
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTIÈME ANNÉE

1887



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1887

N° 1. — SAMEDI 1er JANVIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 1er JANVIER 1887. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Des empêchements au mariage et de l'hermaphrodisme en particulier.

Nous abordons aujourd'hui un autre ordre d'idées, et nous allons commencer par le mariage. Il peut nous intéresser : 1° au moment où il va être contracté; 2° lorsqu'il y a une tentative de dissolution (nullité, divorce, séparation); 3° dans le cas d'un désaveu paternel, quand certains délais trop courts permettent de contester la légitimité d'un enfant.

La première question qui puisse se soulever à propos du mariage est celle-ci : « L'état mental des conjoints était-il sain au moment où ils ont prononcé le « oui » qui les a liés? »

A ce sujet, la contestation peut avoir lieu avant ou après le mariage. Cette question du consentement des conjoints est réglée par l'article 180 du code civil. Mais qu'est-ce que le code entend par consentement libre? Évidemment il s'agit de savoir si l'esprit des conjoints était sain ou non au moment où ils ont contracté l'engagement en prononçant le « oui ». De quelque côté que vienne l'opposition au mariage, pour des motifs d'aliénation, et elle vient rarement du côté des ascendants, c'est à ceux qui la font qu'il appartient de faire aussi la preuve de l'aliénation. C'est quelquefois difficile.

Legrand du Saulle rapporte le fait d'un grand propriétaire de la Somme, qui, ayant perdu son père de bonne heure, fut émancipé à dix-huit ans et fut fait, à vingt et un ans, tuteur et curateur de sa mère. Trois ans après, il eut un accès de manie qui dura trois mois. Il resta dix-sept ans sans rien avoir et en eut un second. Sa mère meurt et il en a un troisième. Malgré les cris de ruine que poussent les agriculteurs, il avait trouvé moyen de doubler la part de biens qu'il avait au soleil au moment de la mort de son père; il avait donc eu une bonne gestion. A cinquante-trois ans, il veut se marier; la future, qui connaissait sa vie passée, consentait; mais quelqu'un fait opposition au mariage. Il s'agissait de savoir si, lorsque la vie d'un homme a été traversée trois fois par des défaillances mentales, on devait étendre ces faits et considérer l'individu comme dément. Or, tous les jugements qui ont été rendus sur des questions analogues disent que l'individu doit être démontré dément au moment même où l'acte, où le contrat est accompli. C'est pourquoi le mariage eut lieu.

Dans une autre circonstance, un individu de trente-deux ans, qui avait eu des attaques épileptoïdes à forme impulsive, pendant lesquelles il était extrêmement dangereux et combattant, veut se marier. La veille de son mariage, éprouvant un certain malaise précurseur, il va chez un premier chirurgien et lui demande de le saigner. Celui-ci ayant refusé, il va chez un second, qui y consent. Le lendemain, au mariage, son visage trahissait une tristesse, une mélancolie extraordinaires. Pourtant il répond « oui » au maire d'une voix très nette. Pendant qu'on faisait les apprêts du repas, il se sent plus souffrant et demande à se coucher un instant. Mais bientôt il se précipite furieux et à moitié nu dans la salle du festin; il ferme la porte, on l'enfonce; il trouve son beau-père derrière et lui plonge un couteau dans le cœur. Ici, la nullité fut prononcée, parce que, au moment de la consommation de l'acte, il avait déjà donné des signes manifestes du commencement de cette période de fureur.

Voici un troisième exemple, qui m'est fourni par Legrand du Saulle. Il s'agit d'un officier d'artillerie qui, ayant voulu aller au Mexique, était déjà assez malade pour que sa famille crût prudent de lui adjoindre une gouvernante. Là, cette femme prit une telle autorité sur lui qu'elle commença par se faire faire une donation de 20 000 francs, puis se fit épouser et donner le reste de la fortune. Mais la famille ayant pu produire le témoignage d'un médecin de Mexico, qui affirma que cet individu avait donné, pendant deux ans, avant son mariage, des signes manifestes de paralysie générale, la Cour déclara la nullité du mariage.

Voilà donc trois cas différents d'opposition avant le mariage, au moment du mariage et après le mariage, dans lesquels on a recherché toutes les fois si le conjoint n'... pas dans un état mental suffisant pour prononcer le... en toute liberté.

Vous savez qu'il est question, dans le... graphe de la loi, d'une erreur dans la p... les avocats faisaient rentrer sous ce... erreurs dans le sexe, mais aussi l... physique d'un époux; c'est-à... puissance comme cause de... ces difficultés sont tranch...

vous dire que jamais l'impuissance n'a été acceptée comme cause de nullité. A ce point de vue, la juridiction est constante; les cours et les tribunaux n'ont tenu compte que des erreurs dans le sexe. Le mariage étant l'union des deux sexes dans le but de la reproduction, il est évident que s'il y a union de sexes semblables, il n'y a pas mariage.

De même, si une des deux personnes possède les deux sexes, le mariage est nul, parce qu'elle a les attributs du sexe du conjoint.

Nous pouvons être consultés dans des cas semblables et le but de l'expertise est bien net : quel est le sexe du conjoint? Quant à l'impuissance, il n'y a pas à en tenir compte. *Dura lex, sed lex.*

Il semble qu'un médecin ne doit pas avoir souvent, dans sa carrière, à rechercher le sexe d'un individu. C'est plus fréquent qu'on ne le pense. Pour ma part, j'ai eu six expertises dans lesquelles j'ai reconnu que les individus inscrits au moment de leur naissance comme petites filles étaient devenus des hommes.

Au moment de la naissance, la question est quelquefois extrêmement difficile à trancher. Le garde des sceaux, consulté par un médecin sur la conduite à tenir dans le cas d'incertitude absolue, répondit qu'une certaine latitude dans le choix devait alors être laissée aux parents. La solution n'est pas très scientifique. Il me semble qu'il vaudrait mieux mettre en marge : « douteux », sauf à spécifier plus tard.

Nous sommes amenés naturellement à l'étude des hermaphrodites. Et je commence par vous dire que l'hermaphrodite complet, quant aux organes génitaux internes et externes, est un mythe. Le développement d'un des sexes a presque toujours été incomplet. Cependant l'hermaphrodite complet quant aux organes internes existe ou du moins a existé, mais il est impossible de trouver en même temps chez lui les attributs externes des deux sexes.

Vous savez que, pendant les six premières semaines de la vie intra-utérine l'enfant est bisexué. Suivant la prédominance de développement des corps de Müller ou des corps de Woolf, il devient ensuite mâle ou femelle. On conçoit dès lors que si le développement est parallèle, il puisse se former à la fois un ovaire et un testicule qui restent ordinairement à l'état rudimentaire. Les choses se passent d'une façon absolument différente pour les organes externes. Jusqu'à deux ou trois mois, l'examen extérieur du fœtus au point de vue du sexe est très trompeur. On aperçoit comme un rudiment de verge qui deviendra soit un clitoris soit une verge. Le scrotum est fendu sur la ligne médiane, et, selon qu'il y aura soudure ou non-soudure de cette fente, il se formera un vrai scrotum ou une vulve. Mais il est facile de comprendre qu'il ne pourra y avoir en même temps soudure et non-soudure, scrotum et grandes lèvres. L'hermaphrodite complet ne peut donc pas exister. On rencontre seulement des malformations monstrueuses capables de mettre dans le doute.

ur vous donner une idée de l'hermaphrodisme interne,
différentes formes qu'il peut affecter : 1° deux
deux testicules; 2° deux ovaires et un testicule;
deux testicules; 4° un ovaire et un testicule.
acune de ces formes que des exemples
essivement rares. Mais on pourrait
me un peu particulière et moins
six observations : l'individu
espèce d'utérus. En somme

A côté de l'hermaphrodisme, se range le pseudo-hermaphrodisme, qui consiste généralement dans un arrêt de développement des organes, pour le sexe masculin, et, dans un excès de développement, pour le sexe féminin.

Le type du premier cas est l'hypospade, dont la monstruosité débute par une atrophie très grande du pénis, qui mesure environ 2 centimètres à l'état de flaccidité, mais qui comporte ordinairement un fourreau et un prépuce avec des plis indiquant qu'il est susceptible d'érection. La fente embryogénique du scrotum n'est pas soudée et donne accès dans une cavité simulant une vulve, qui ne mesure ordinairement que 1 ou 2 centimètres de profondeur. Mais il est des cas où l'usage comme organe femelle a agrandi cette cavité, qui mesure alors jusqu'à 11 centimètres de profondeur. Le plus souvent les hypospades sont cryptorchides; les testicules sont restés derrière l'anneau et n'ont pas franchi le canal inguinal.

Quant au pseudo-hermaphrodisme féminin, il consiste dans un développement exagéré du clitoris, auquel phénomène correspond quelquefois l'oblitération de la vulve. On trouve dans l'histoire, à toutes les époques, des exemples de ces monstruosités. Montaigne, à ce propos, rapporte deux faits : le premier a trait à un soldat hongrois qui, tout en se battant contre les Turcs, accoucha sur le champ de bataille; le second à un moine du couvent d'Issoire, qui accoucha dans sa cellule.

Comme vous pouvez être appelés à faire un diagnostic dans des cas semblables, je vais vous donner quelques conseils à ce sujet. Le premier point à élucider est la démarche générale. Ceci est si vrai que, depuis un an, ayant eu deux fois l'occasion de rendre au sexe masculin, dans mon cabinet, de soi-disant jeunes filles, la personne qui passait après me disait : « Qu'est-ce que c'est donc que cette plaisanterie? qu'est-ce que c'est que ce petit jeune homme habillé en femme qui vient de passer? »

Vous étudierez ensuite la voix, les gestes, la face. Les hommes de ma génération n'ont pas oublié la *femme à barbe* dont la barbe descendait jusqu'au milieu de la poitrine. Examinez aussi la forme des membres, du cou et de la poitrine, qui doit présenter des mamelles plus arrondies. Ce qui fait l'agrément des formes de la femme, c'est un pannicule adipeux, situé sous la peau et assez semblable à celui des enfants nouveau-nés. Le relief des muscles n'appartient qu'aux hommes et c'est par exception qu'on rencontre la saillie des muscles du mollet chez certaines femmes telles que les acrobates et les danseuses. Casper attribue une valeur sérieuse, comme caractère distinctif des sexes, à la disposition des poils du pubis. Vous savez que, chez la femme, ils sont généralement plantés en cercle et chez l'homme en un triangle dont un angle se dirige vers l'ombilic. D'après la statistique, le nombre des femmes, empruntant la disposition mâle des poils, serait de 5 p. 100 et le nombre d'hommes, empruntant la disposition féminine, de 15 p. 100. Enfin, il faut aussi considérer la forme du bassin, plus large et évasée chez la femme que chez l'homme.

Nous arrivons au point essentiel de l'examen, à la recherche des testicules et des ovaires. Les testicules sont très difficiles à trouver, étant presque toujours atrophiés et cachés le plus souvent soit dans l'anneau, soit derrière l'anneau. Quelquefois cependant, ils émigrent dans les grandes lèvres simulées ou dans le pli inguinal. Dans ce cas, on n'a pour se guider que la douleur déterminée par la pression sous les doigts. Mais on peut avoir affaire alors à un

ganglion. Pour ma part, je n'ai jamais pu trouver, en aucun point, un seul testicule, et, si j'en trouvais, je craindrais encore d'être en présence d'une hernie vaginale.

Jusqu'à ces dernières années, on avait attaché une grande importance à la présence de l'utérus. Mais ce caractère n'a pas une valeur absolue, puisque je vous ai montré que la présence de l'utérus pouvait coïncider avec celle des testicules, et que, d'autre part, les hypospades offrent une cavité simulant un vagin. Et, à ce propos, je vous ferai observer que vous rencontrerez des hypospades sachant très bien qu'ils sont du sexe masculin, mais qui trouvant plus facilement à utiliser leur cavité, préfèrent demeurer femmes dans l'opinion publique.

Je veux vous indiquer, au sujet de ces derniers, deux caractères d'une grande importance. Le pénis rudimentaire présente à sa base un sillon, une sorte de bride cutanéo-muqueuse le faisant replier en bas. Jamais vous ne trouverez ce sillon sur le clitoris. C'est pour moi un élément essentiel du sexe mâle.

De plus, si vous écartez les grandes lèvres, vous ne trouverez rien qui ressemble aux petites lèvres. Il n'existe pas un seul exemple de nymphe chez un hypospade. Enfin ces pseudo-hermaphrodites ne possèdent pas non plus d'hymen. Et en supposant qu'on ait affaire à une femme chez laquelle cette membrane a été détruite par le coït, ou rencontrerait au moins des caroncules myrtiformes ou des lambeaux déchirés.

Une dernière recherche assez délicate est celle du sperme ou du sang. Il est arrivé que des écoulements sanguins fortuits ont fait prendre des hypospades pour des femmes. Quant au sperme, lorsqu'on peut en découvrir une trace, c'est un indice incontestablement affirmatif. Mais son absence ne prouve rien, car, outre qu'ils sont le plus souvent atrophiés, les testicules peuvent exister sans canal déférent.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Tumeur squirrheuse du sein.

Si l'opération que nous avons à pratiquer aujourd'hui, l'ablation d'une tumeur du sein, est une de ces opérations banales, communes, cependant elle comporte deux ou trois points intéressants sur lesquels je veux appeler votre attention.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, grosse, grasse, bien portante, porteur d'une tumeur du sein, laquelle présente cette triple particularité : 1° de la rapidité de son évolution ; 2° de l'âge peu avancé de la malade, âge auquel les néoplasmes sont relativement rares. On sait en effet que c'est généralement à partir de quarante-cinq ans que les tumeurs néoplasiques commencent à se développer ; 3° d'une parturition récente. Cette femme est accouchée il y a quatre mois environ, et c'est à la fin de sa grossesse qu'elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur dans la mamelle droite. C'est là aussi une circonstance importante à noter, la grossesse, l'accouchement et la lactation étant toujours des causes aggravantes des néoplasmes mammaires.

Donc chez cette femme, qui est grande et forte, tout le sein droit est augmenté de volume, et le mamelon est très rétracté vers la profondeur, phénomène caractéristique des adhérences contractées par la peau avec le néoplasme. Il y a à la fois augmentation de consistance, induration et épaississement de toute la mamelle. C'est ainsi que si non seulement on prend la tumeur entre les doigts, mais si on appuie la mamelle contre la paroi thoracique, on ne sent pas la glande s'écraser sous la main. Cette exploration est absolument concluante en faveur du diagnostic, car du côté sain pareille épreuve donne la sensation d'une glande s'écrasant, fondant, pour ainsi dire, sous la pression.

Il s'agit donc bien d'une masse dure et résistante formée par un corps solide, volumineux, de la grosseur d'une orange, en apparence du moins, car en réalité son volume n'est pas aussi considérable. La peau ne présente aucune rougeur ; elle est à peu près normale, si ce n'est qu'elle est rétractée au niveau du mamelon, comme nous l'avons dit tout à l'heure, et qu'elle affecte une certaine tendance à revêtir le caractère de ce qu'on appelle la peau d'orange, c'est-à-dire un certain degré d'épaississement avec dilatation des orifices sébacés. L'aisselle ne présente rien de particulier, du moins je n'ai rien trouvé dans le creux axillaire, aucun engorgement ganglionnaire. N'en existe-t-il aucun ? Je ne saurais l'affirmer, aussi me comporterai-je, dans mon intervention chirurgicale, absolument comme s'il y avait des ganglions, en ce sens que j'explorerai complètement la région afin de m'assurer de son intégrité.

En résumé nous n'avons aucun doute que nous sommes en présence d'une tumeur néoplasique. Cependant, étant donné que cette femme est accouchée il y a quatre mois, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas plutôt de quelque mammite, suite d'accouchement, de quelque induration mammaire de bonne nature consécutive à la parturition. Je ne le crois pas, pour plusieurs motifs ; je ne le crois pas : 1° parce que cette femme n'a pas allaité son enfant et n'a pas eu d'engorgement mammaire pendant la lactation ; 2° parce que la malade n'a jamais eu aucun accident mammaire aigu, aucune poussée de mammite, et que son néoplasme s'est développé silencieusement, sans donner jamais lieu à des douleurs bien vives.

Mais de l'âge peu avancé de la malade, de l'évolution rapide de sa tumeur, dont le début remonte à sept mois au plus, enfin de la grossesse, résulte malheureusement un pronostic fâcheux. On sait, en effet, que les malades atteintes, jeunes encore, d'un cancer du sein sont généralement plus gravement touchées que les femmes parvenues à un certain âge, et que chez elles la marche est d'autant plus rapide et plus inexorable aussi qu'elles sont plus jeunes. Le pronostic est donc ici fâcheux, je le répète, et je crains que chez cette grande et belle femme, sa tumeur du sein récidive à bref délai.

Ne voulant pas entrer dans des détails histologiques touchant la nature du néoplasme, je me bornerai à dire que, selon toute apparence, nous sommes chez notre malade en présence d'une tumeur squirrheuse du sein.

Quant à l'opération, elle comportera l'ablation *totale* de la mamelle, je dis *totale*, car en pareils cas l'intervention chirurgicale ne doit pas se limiter au néoplasme, mais aller jusqu'aux zones de repullulation possible.

Je devrai enlever aussi la peau du mamelon où déjà l'on constate les productions fibreuses caractéristiques du squirrhe. Donc, ablation totale de la glande mammaire et de la peau du mamelon, en ayant soin aussi de prolonger notre incision vers l'aisselle, dans le but de rechercher les ganglions qui pourraient s'y trouver, bien que je n'aie pas

constaté encore leur existence, et les enlever. L'opération est en soi sans aucune gravité; elle est, de plus, généralement suivie de la réunion immédiate.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Goître kystique sanguin; ponction; injection d'iode. Guérison.

Le nommé Jean F..., âgé de vingt ans, cocher, entre à l'hôpital Saint-Joseph, pour se faire traiter d'une tumeur du cou.

Il est né dans le département de Meurthe-et-Moselle. Tout le monde se porte bien dans sa famille. Il a quatre frères qui n'ont rien de ce genre.

Le malade est à Paris depuis deux ans.

Il y a dix-huit mois qu'il a remarqué que son cou grossissait, et il est véritablement gêné depuis un an.

Au début, le mal avait le volume d'une noix. Actuellement, le malade porte une tumeur située du côté gauche du corps thyroïde. Elle commence au niveau du cartilage cricoïde et descend jusqu'au sternum. Latéralement, elle dépasse la ligne médiane à droite, de deux travers de doigt, et à gauche passe sous le muscle sterno-mastoïdien dont elle atteint le bord gauche. Pendant sa contraction, ce muscle paraît la couper presque par le milieu.

La tumeur est nettement fluctuante et a un aspect vaguement lobulé. Elle n'est pas mobile sur les parties profondes, mais elle suit le larynx dans ses déplacements. On peut ainsi constater qu'elle ne plonge pas derrière le sternum.

Le malade se plaint que la tumeur le gêne chaque jour davantage, surtout pendant les efforts, il se sent presque sur le point d'étouffer.

La respiration est bruyante et présente un peu de cornage.

19 octobre 1885. — Ponction du kyste; il en sort 60 grammes de sang vermicellé qui se prend en caillots.

Injection de teinture d'iode et d'eau par parties égales. On laisse ce mélange six minutes seulement, parce que le malade se plaint de vives douleurs dans la tête.

On laisse écouler tout le liquide et le kyste se remplit aussitôt.

20 octobre. — Le malade n'a pas beaucoup dormi. Il se plaint de cuissons, le kyste est un peu plus volumineux qu'hier. — Température, 37°,8; pouls, 76. Chloral, 3 grammes.

21 octobre. — Douleurs vives de cuisson. On met un cataplasme laudanisé.

23 octobre. — Le malade ne souffre plus; il dort sans chloral.

25 octobre. — On voit nettement que le volume du kyste a diminué. Il est encore dur et on ne retrouve pas la fluctuation.

27 octobre. — Le kyste diminue et reste dur.

31 octobre. — On trouve de la fluctuation.

18 décembre. — Le kyste a diminué de moitié. Le malade est parti vers la fin du mois. Le kyste avait presque entièrement disparu.

DU TRAITEMENT DES PIEDS BOTS ÉQUINS ACCIDENTELS

PAR LA FLEXION CONTINUE A L'AIDE D'UN NOUVEL APPAREIL.

Par M. le docteur Monnier (de Paris).

Les pieds bots équins accidentels ont été divisés, au point de vue étiologique, en cutanés, ostéopathiques, arthropathiques et musculaires primitifs ou secondaires. Ces derniers sont les plus fréquents (neuf dixièmes des cas); nous les aurons surtout en vue.

Que les équins musculaires soient primitifs ou secondaires, leur traitement comprend deux indications : 1° rendre au tendon d'Achille sa longueur normale; 2° faire disparaître les altérations musculaires et articulaires, s'il en existe.

Les moyens employés pour allonger le tendon d'Achille sont variés; une distinction, du reste, s'impose tout d'abord : l'équin est réductible ou irréductible. S'il est réductible, le massage et l'électrisation suffisent habituellement; quelquefois il faut employer un des appareils que nous allons mentionner. S'il est irréductible, c'est à la ténotomie qu'il faut recourir, ou aux appareils de redressement. Ceux-ci sont inamovibles ou amovo-inamovibles.

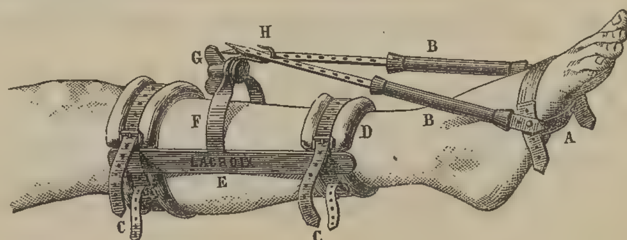
Les inamovibles ne permettent, pour la plupart, que l'application de la méthode des *redressements successifs* et, avec eux, le massage et l'électrisation sont impossibles; de plus, on ne peut surveiller l'état du membre qu'ils recouvrent. Il en est bien qui, ayant une bande de caoutchouc interposée entre les portions jambière et podale, sont une application de la méthode de la *flexion continue*, mais ils sont passibles des mêmes reproches.

Quant aux appareils amovo-inamovibles actuellement usités et qui donnent souvent, nous en convenons, de bons résultats, ils sont ou coûteux ou inefficaces.

Voici un appareil construit sur nos indications par M. Lacroix, et qui nous semble répondre à certains desiderata.

Il se compose, comme l'indique la figure ci-jointe, de trois parties : l'une jambière, l'autre podale, la troisième intermédiaire.

La partie *jambière* est constituée par deux attelles latérales E, en bois, capitonnées, longues de 20 centimètres, larges de 3 centimètres 1/2, épaisses de 6 à 7 millimètres. A leur milieu est fixé un demi-cercle en acier F, appartenant à une circonférence de 10 centimètres de diamètre, large de 1 centimètre, épais de 2 à 3



millimètres, donc, en somme, très léger. A sa partie moyenne est une articulation qu'un écrou à papillon permet de rendre fixe ou mobile. Ce même écrou maintient un crochet H dans lequel s'accroche l'extrémité jambière des liens élastiques. A chaque extrémité des attelles sont deux boucles, l'une supérieure l'autre inférieure, dans lesquelles passent les extrémités de petites courroies C. Interposés entre les courroies et les téguments sont 4 coussins de ouate D.

La portion *podale* est très simple : un étrier en acier A, de 10 centimètres sur 4 centimètres 1/2, capitonné, dont les extrémités recourbées à angle droit, portent quatre pitons; deux pour accrocher les extrémités podales des liens de caoutchouc, et deux autres pour fixer un ruban élastique dorsal, destiné à empêcher le glissement de l'étrier vers le talon.

Enfin, reliant les parties jambière et podale, sont deux forts liens de caoutchouc B, constitués par deux tubes de 12 à 15 centimètres, emboîtés l'un dans l'autre et terminés à chaque extrémité par des lanières à œillet, passant dans le crochet jambier et le piton podalique mentionnés.

La mise en place de l'appareil est aisée. On commence par fixer la partie jambière, puis la partie podale, et alors, pressant plus ou moins fortement, suivant que l'articulation tibio-tarsienne est sensible ou non, avec une des mains sur la plante du pied, afin de le fléchir autant que faire se peut, et de maintenir l'étrier, on accroche les tubes tracteurs au cran voulu pour qu'ils exercent une action d'une puissance proportionnée au but à atteindre et à la tolérance du malade.

Efficacité, simplicité, bon marché, ces trois qualités cardinales de tout appareil nous semblent devoir être accordées à celui-ci.

Est-ce à dire que nous voulions rejeter toujours la section du tendon d'Achille? Loin de nous cette pensée; mais nous croyons que la méthode de la traction élastique peut y suppléer avanta-

geusement dans certains cas, et il nous semble qu'on peut ainsi formuler ses indications et ses contre-indications.

Elle est contre-indiquée : 1° dans tous les équins ostéopathiques; — 2° dans les arthropathiques avec ankylose tibio-tarsienne vraie ou même fausse, mais manifestement incurable par ce moyen; — 3° dans les équins paralytiques anciens, avec déformations osseuses; — 4° lors de transformation graisseuse ou fibreuse complète des gastro-cnémiens; — 5° lors de brides cutanées par trop puissantes; — 6° quand la pression latérale sur le mollet est douloureuse; — 7° enfin, quand l'équin est tellement accentué que l'étrier ne saurait tenir en place : cela va de soi.

Et l'âge, est-il une contre-indication? Nous ne le croyons pas, car les équins accidentels, que seuls nous avons en vue ici, ne se présentent guère qu'après cinq ou six ans, et à partir de cette époque un appareil petit modèle nous semble pouvoir être supporté.

Telles sont les contre-indications de cet appareil; mais nous le tenons pour commode et efficace :

1° Dans les équins réductibles; — 2° dans les équins des premier et deuxième degrés, irréductibles mais de date récente, par raideurs péri-articulaires et articulaires ou rétraction des muscles du mollet; — 3° comme adjuvant après les opérations orthopédiques; il n'a alors qu'un rôle modeste, subalterne, mais important cependant, car les soins consécutifs à ces opérations comptent pour beaucoup dans le résultat final; — 4° enfin comme prophylactique, c'est-à-dire dans toutes les affections au cours desquelles, accidentellement, peut se produire l'équinisme.

Une des parties importantes du traitement de toute cette catégorie de pieds bots est le massage, l'électrisation et l'exercice; ces agents répondent à la seconde indication formulée au début. Il est donc absolument nécessaire d'employer un appareil facile à placer et à enlever; nous croyons que le nôtre répond à ce desideratum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATION

Section du nerf médian. — M. **SCHWARTZ** communique une observation de section et de suture du nerf médian avec retour partiel seulement de la sensibilité.

RAPPORTS

Opération d'Emmet; hernie scrotale étranglée.— M. **PÉRIER** fait un rapport sur deux observations de M. Houzel (de Boulogne-sur-mer).

La première a trait à une déchirure du col utérin consécutive à un accouchement et traitée avec succès par l'opération d'Emmet. L'opération fut faite le 1er juillet 1885; le col fut avivé, puis suturé par quatre fils d'argent. Pansement à l'iodoforme. La guérison fut complète après quelques jours. M. Houzel se montre très partisan de cette opération.

La seconde observation a pour titre : Hernie scrotale gauche étranglée, cure radicale; guérison. Il s'agit d'un jeune homme qui avait toujours porté un bandage. Des accidents d'étranglement apparurent; l'opération fut pratiquée seize heures après le début de ces accidents; M. Houzel fit l'énucléation du sac. La cicatrisation était complète huit jours après l'opération; il survint un petit abcès, déterminé par l'application trop hâtive d'un bandage.

M. Périer reproche à M. Houzel d'avoir fait sur le péritoine une ligature en masse. Il pense qu'ici la ligature en chaîne s'impose. Quant à la dissection du sac, elle est parfois laborieuse et détermine une infiltration sanguine dans le scrotum. Aussi M. Périer préférerait-il le conserver ou n'en faire que l'excision partielle, si son énucléation devait être trop difficile.

Hystérectomie vaginale. — M. **RICHELOT** fait un rapport sur une observation d'hystérectomie vaginale pratiquée par M. Rohmer (de Nancy). La malade, âgée de trente-deux ans, était atteinte d'un épithélioma du col, gros comme un œuf de poule. Les culs-de-sac étaient libres et l'utérus pouvait être facilement abaissé.

Pour éviter la récidive sur les parois vaginales, M. Richelot conseille, l'ablation de l'utérus étant faite, de reprendre la muqueuse vaginale antérieure et d'en exciser le plus possible sans blesser la vessie.

M. Rohmer eut quelque peine à renverser l'utérus. Il coupa les ligaments larges entre deux ligatures; cette seconde ligature du côté de l'utérus paraît inutile à M. Richelot qui d'ailleurs préfère let pinces à demeure à toute ligature. La malade de M. Rohmer succomba à une péritonite suppurée circonscrite. On trouva, mélangés au pus, quelques caillots sanguins.

M. Rohmer laissa des pinces hémostatiques sur les artères vaginales pendant quatre jours. Ce terme est, selon M. Richelot, beaucoup trop long ; trente-six heures suffisent. M. Rohmer fit à deux reprises un grand lavage au sublimé qui a pu n'être pas sans danger.

Comme conclusion, M. Richelot répète que l'usage des pinces à demeure paraît avoir de grands avantages sur les ligatures. Il se demande si les caillots sanguins trouvés à l'autopsie ne provenaient pas des ligaments larges insuffisamment serrés.

M. **POZZI** dit que l'ablation d'une partie du vagin envahi est de pratique courante en Allemagne.

M. **BOUILLY** ajoute que quand la paroi vaginale est envahie, la récidive est fatale, quelque soin qu'on prenne à exciser cette paroi. Quand elle est malade, elle doit donc être considérée comme une contre-indication.

M. **RICHELOT** n'avait pas l'intention de donner comme nouvelle l'excision de la paroi vaginale. Quand d'ailleurs cette paroi est envahie, il pense, avec M. Bouilly, que la récidive est fatale. C'est surtout à titre préventif qu'il l'a conseillée.

Occlusion intestinale. — M. **KIRMISSON** fait un rapport sur une note adressée à M. Heydenreich (de Nancy), sur trois cas d'occlusion intestinale.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, présentant tous les symptômes d'une occlusion intestinale; l'obstacle semblait siéger du côté droit. M. Heydenreich fit l'entérotomie sur l'intestin grêle du côté gauche. Quelques semaines après les matières passaient par l'anus, et l'on put laisser l'anus artificiel se fermer.

Dans le second cas, c'était un jeune homme de vingt-quatre ans, portant une hernie inguinale gauche; phénomènes d'étranglement avec obstacle probable au-dessus de l'arcade du côté droit, laparotomie, section d'une bride, réduction très difficile de l'intestin et de l'épiploon. Les accidents persistèrent quelque temps après l'opération. Désunion de la plaie; malgré toutes ces complications, le malade finit par guérir complètement.

La troisième observation a trait à une femme de soixante-sept ans, offrant des phénomènes d'étranglement; application de courants continus amenant, après six heures, des garde-robes; guérison complète. Ce cas montre la valeur incontestable de l'électrisation dans les cas d'occlusion intestinale.

Pour le premier cas, M. Kirmisson pense qu'il eût mieux valu pratiquer l'entérotomie du côté de l'obstacle. Sous cette réserve, M. Kirmisson ne peut qu'approuver la conduite de M. Heydenreich dans les deux cas où il est intervenu.

M. **TRÉLAT** rappelle que de tous les moyens proposés il a conseillé de ne conserver que l'électrisation et la laparotomie rapide. Il se trouve donc d'accord avec M. Kirmisson.

Ophthalmotomie. — M. **DELENS** fait un rapport sur un cas d'hémorrhagie traumatique du corps vitré et d'ophthalmotomie suivie de guérison, par M. Rolland (de Mont-de-Marsan). Il s'agit d'un enfant qui eut un épanchement considérable de sang dans le corps vitré par suite de l'explosion d'un pétard. La vue étant complètement perdue, M. Rolland pratiqua l'ophthalmotomie proposée par M. Galezowski. Il eut recours à toutes les précautions antiseptiques, et peu de jours après la vision était revenue.

Le succès a donc été complet. Désormais les chirurgiens devront intervenir dans des cas semblables. M. Galezowski n'a pratiqué jusqu'ici cette opération que dans les cas d'hémorrhagies pathologiques, et dans ces cas la vision n'est revenue souvent que trois mois après l'intervention. Elle semble donner de bien meilleurs résultats dans les cas d'épanchements traumatiques, puisque le malade de M. Rolland a pu compter les doigts dès le lendemain.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. **TRÉLAT** fait connaître les résultats de l'autopsie médico-légale qui a été pratiquée par M. Descouts chez le jeune malade opéré par M. Pozzi, dont il a été question dans la dernière séance. Cette autopsie a montré que ce malade a succombé, non pas à une péritonite, mais à une obstruction intestinale. La cavité péritonéale ne renfermait aucun épanchement séreux ni purulent; les intestins n'étaient perforés en aucun point. L'une des sutures a déterminé le rétrécissement de l'intestin.

Donc ce jeune homme n'avait pas de péritonite; aucune des blessures de l'intestin n'avait été méconnue; les sutures intestinales avaient bien tenu. A ce point de vue, l'intervention chirurgicale avait été heureuse. La blessure de la vessie qui avait dû être négligée était fermée, et de ce côté aucun accident.

On se rappelle que M. Pozzi dut faire sur un point une résection notable d'une des parois de l'intestin, d'où un certain rétrécissement du calibre de cet intestin qui est devenu la cause de la mort. Il eût donc été préférable de réséquer franchement toute cette portion de l'intestin. C'est là l'enseignement à tirer de cette autopsie qui prouve nettement que, sur tous les autres points, l'intervention a été parfaitement justifiée et qu'elle a donné de bons résultats au point de vue du traitement des lésions intestinales.

M. **POZZI** se demande si ce jeune homme a bien succombé à ce rétrécissement incomplet de l'intestin, et s'il n'est pas plutôt mort de paralysie intestinale.

M. **TRÉLAT** admet que la paralysie intestinale a pu être la cause de la mort; mais il veut surtout démontrer qu'ici l'indication était la résection de l'intestin.

M. **LE DENTU** communique plusieurs cas de plaies de l'intestin qu'il a observés.

M. Verneuil a insisté sur la bénignité des blessures par balle de 7 millimètres. Cela est vrai pour la plupart des régions du corps, sauf pour l'intestin. M. Le Dentu a observé deux cas de plaie pénétrante de l'abdomen sans lésion de l'intestin.

Il cite l'exemple d'un jeune mobile de la Sarthe qu'il a soigné à Blois pendant la guerre et qui avait eu une plaie de l'abdomen par balle prussienne sans lésion de l'intestin.

Il a constaté le même fait sur un malade de Saint-Louis qui n'avait qu'une lésion de l'artère épiploïque. Ces deux malades sont morts. Dans ces cas l'intervention n'est plus indiquée. Il faut, pour la justifier, des signes de perforation intestinale.

Dans les faits de MM. Pozzi et Trélat on a été assez heureux pour trouver et traiter toutes les perforations. Il est des cas où il n'en est pas de même et l'opération devient alors inutile. La cause de la mort de ces opérés n'est pas toujours facile à déterminer.

A ce point de vue, M. Le Dentu cite l'exemple d'un malade de son service qui avait eu une plaie pénétrante de l'abdomen déterminée par une rondelle de cuir détachée d'une machine et violemment projetée contre le ventre. M. Le Dentu fit, deux heures après, la laparotomie, trouva une plaie de l'intestin, constata, dans cet intestin, la présence de corps étrangers, en pratiqua l'extraction, fit la suture intestinale et referma le ventre avec toutes les précautions antiseptiques. L'opération avait marché aussi régulièrement que possible. Cependant le malade succomba quelques heures après. A l'autopsie, il fut impossible de trouver la cause de la mort.

M. **MARC SÉE** cite un fait qu'il a observé à Sedan. Il s'agissait d'un soldat qui avait eu l'abdomen troué par une balle. Il n'eut aucun accident si ce n'est que l'urine s'écoulait par la plaie de l'hypogastre. Ce blessé continua à bien se porter et ne présenta aucun autre accident. Il est pourtant bien certain que la vessie et l'abdomen avaient été traversés, car il y avait un trou d'entrée et un trou de sortie du projectile.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 décembre 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : M. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Moissan, agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par décret, en date du 30 décembre 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Empis, médecin de l'Hôtel-Dieu; Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière; Etoc-Demazy, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Thomas, ancien interne des hôpitaux, maire du XIIIe arrondissement de Paris; Miard, à Paris; Bonnans, ancien membre du conseil général de l'Ariège; Ouvrier, vice-président du conseil général de l'Aveyron; Coste, médecin en chef du service des hôpitaux civils de Marseille; Castan, médecin en chef de l'hôpital de Gaillac; Taulier, vice-président du conseil d'arrondissement et adjoint au maire d'Avignon,

— Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1886, sont nommés :

1° *Officier de l'instruction publique* : MM. les docteurs Dehenne, à Paris; Le Roy des Barres, à Saint-Denis; Combe, à Paris; Horteloup, à Paris; Magaille, à Marseille; Gros et Bruch, à Alger; Faivre, à Besançon; Layet, à Bordeaux; Allard, à Grenoble; Cauvet, à Lyon; Jallet, à Poitiers; M. Brièle, archiviste de l'Assistance publique à Paris.

2° *Officier d'Académie* : MM. les docteurs Ducor, à Paris; Dujardin, à Pordic; Guindey, à Évreux; Iszenard, à Paris; Lacombe, à Angoulême; Leboucq, à Paris; Parenteau, à Paris; Regnard, à Paris; Rouget, à Arbois; Tachard, à Colombes; Vacherie, à Rançon; Vergne, à Tulle; Bourcy, à Saint-Jean d'Angély; Caillet, à Luynes; Decours, à Paris; Fauverteix, à Saint-Sauves; Grandjean, Grandjux, Rouire, médecins-majors, à Paris; Silbert, à Aix; Aubeau, Proust, Grancher, Pozzi, à Paris; Lajoux, à Reims; Bouisson, à Marseille; Venot, à Bordeaux; Rocher, à Clermont-Ferrand; Hermann, Tourneux, à Lille; Teissier, à Lyon; Grasset, à Montpellier; Schmitt, Arth, à Nancy; Pillault, à Limoges; Accolas, à Rennes; Bertin, à Nantes; Petit, à Paris; Petitjean, à Belfort; Filandeau, à La Roche-sur-Yon; Balestre, à Nice;

MM. les pharmaciens Riffard, à Tarascon; Lextrait, à Paris; Malosse, à Montpellier;

— Par arrêté ministériel en date du 29 décembre 1886, les chaires de clinique médicale et de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Nancy sont déclarées vacantes.

— *Erratum*. — Page 1212, 1re colonne, 8e ligne, au lieu de : « 10 grammes par injection », lire : « 1 gramme par injection ».

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20496

10

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

61

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement.

60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

46

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

93

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

33

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Epuisement, Maladies des os.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses :** *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale :** *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

72

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie.*

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

104

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

HOGG, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

17

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu, et à l'Essence de Santal,

Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

88

QUINIUM ROY

Tonique — GRANULÉ — Fébrifuge

Extrait normal de quinquina formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes**. Il représente son propre poids du meilleur quinquina titrant 3 p. 100 d'alcaloïdes. *Soluble* — dans l'eau et le vin.

Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature.

A. Roy

74

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le RECTUM comme par la bouche.

En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*

Et sous des formes agréables au goût :

VIN, SIROP, ÉLIXIR, CHOCOLAT.

MÉDAILLES EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1885.

Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

52

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

110

ASTHME **catarrhe, oppression,** et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ✱✱. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Tuberculose génitale.

Je profiterai de la présence de deux malades atteints de tuberculose génitale pour vous parler de cette affection.

Les individus, qui présentent des accidents de cette nature, ne sont pas toujours de vieux tuberculeux. Ainsi, le malade couché au n° 32 bis est un homme de quarante-sept ans, qui est entré dans nos salles pour tout autre chose; il est venu à l'hôpital pour un écrasement du prépuce, datant de dix-neuf mois, suivi d'une eschare qui a laissé après elle un lambeau cutané en battant de cloche, lequel a nécessité récemment, de ma part, une opération de phimosis incomplet. Mais, tandis que j'examinais mon malade, j'ai trouvé deux foyers d'épididymite double. Et pourtant ses antécédents morbides sont absolument nuls, à l'exception d'une fièvre typhoïde à l'âge de vingt-deux ans, ce qui n'a aucun rapport avec la maladie en question.

Par contre, le malade du n° 36, âgé de vingt-neuf ans, présente les antécédents que voici : ophthalmies dans son enfance, pneumonie, rougeole, faiblesse générale au collège, telle qu'il est envoyé à la campagne, fièvre typhoïde à dix-neuf ans, bronchite chronique à vingt ans, sommet du poumon droit douteux, de telle sorte qu'il fut réformé du service militaire ; enfin abcès au périnée.

Ainsi voilà, comme vous le voyez, deux cas absolument différents au point de vue du passé pathologique. L'un rien et l'autre tout, pour ainsi dire.

La tuberculose testiculaire a aussi une marche très différente selon les cas. Elle est quelquefois inexorable, comme chez le n° 36, présentant une aggravation continue et des accidents variables. D'autres fois, comme chez le malade auquel j'ai ouvert ce matin même un abcès testiculaire, le mal fait tout à coup explosion à la suite de certaines fatigues. Chez d'autres, la santé reste longtemps très bonne, en apparence du moins, mais à la suite d'un travail excessif, d'une grande fatigue, un petit gonflement testiculaire se produit, un certain degré d'épididymite est constaté, qui ne sont autres qu'une poussée tuberculeuse résultant des dites fatigues. Il en est aussi chez lesquels la marche de la maladie est tellement lente, témoin le malade du n° 32 bis, que le sujet ne se doute nullement de l'existence d'une affection testiculaire dont il ne souffre pas, tant le processus en est torpide.

Enfin voici un quatrième cas, comme j'ai quelquefois été appelé à en observer : Un jeune homme bien constitué, pas mal portant du tout, peut-être seulement un peu trop gras, est appelé au service militaire comme volontaire d'un an. Pendant les trois premiers quarts de l'année, il va bien, mais, dans les derniers mois, il se fatigue facilement, puis survient une orchite, laquelle ne guérit pas, traîne, se prolonge, sans qu'il y ait ou qu'il y ait eu cependant aucun écoulement uréthral. Il est renvoyé dans sa famille. On me demande, — c'était au mois de novembre, — et je constate une double épididymite testiculaire, plus une petite fistule d'un côté. Je prescris la médication iodée à l'intérieur et le traitement ioduré à l'extérieur, puis j'envoie le malade à Salies de Béarn. Depuis lors, il s'est très bien remis, la fistule est complètement guérie, les foyers ont disparu à peu près complètement, et mon jeune malade est revenu à un état convenable.

J'ai connu autrefois un négociant et l'ai suivi pendant quinze ans; il portait les traces parfaitement visibles de fistules tuberculeuses de l'appareil testiculaire, remontant à l'âge de vingt-deux ou vingt-trois ans. Il avait trois enfants, *bien à lui,* et il avait quarante ou quarante-cinq ans quand je fus appelé à le soigner. Actuellement je l'ai perdu de vue.

Ainsi donc la forme et la marche de la tuberculose testiculaire sont des plus variables, ainsi que les lésions de l'appareil génital, qui varient aussi depuis le petit foyer tuberculeux de l'épididyme, guérissant par cicatrisation, par induration, jusqu'à ces grands foyers pouvant atteindre tout l'appareil génito-urinaire.

Si les localisations de la tuberculose dite testiculaire sont aussi quelquefois très différentes, cependant nous savons que l'épididyme est le lieu d'élection de la maladie, puis vient le cordon, puis la prostate, puis les vésicules séminales, et, en dernier lieu, l'organe testiculaire lui-même. C'est ainsi que la tuberculose du testicule proprement dit est moins commune, en réalité, que celle de l'épididyme.

La tuberculose génitale a un début très variable aussi, selon les cas. Chez l'un, elle est consécutive à la tuberculose du poumon; chez d'autres, elle survient, comme je vous le disais tout à l'heure, à la suite de fatigues et débute par de la douleur, du gonflement, et, à l'arrivée à l'hôpital, on

constate un épididyme atteint tout récemment, et le diagnostic reste alors parfois douteux sur la nature même du mal dont la cause a été la fatigue susdite, un travail exagéré.

Velpeau avait donné de ces faits une explication très judicieuse pour son temps, mais qui n'était pas la vraie et ne pouvait pas l'être, l'anatomie pathologique n'en étant pas alors bien connue. Il disait que la maladie était une des formes particulières de l'inflammation, surtout dans le cas de tuberculose caséeuse avec enveloppement épais de tissu de néoformation. M. Reclus a dit avec raison que l'on confondait souvent de véritables poussées inflammatoires de tuberculose épididymaire avec de simples épididymites inflammatoires, que, plus tard, ou bien le mal traînait avec une lenteur extrême, et, s'il guérissait, se terminait par une induration permanente, ou bien, au contraire, il poursuivait sa marche envahissante, gagnant peu à peu les autres organes de l'appareil génital.

Un petit point sur lequel j'ai déjà insisté à plusieurs reprises est le suivant : l'hydrocèle accompagne-t-elle plus souvent la tuberculose testiculaire que la simple inflammation du testicule? S'il est assez difficile de se prononcer, cependant on peut dire que l'hydrocèle est fréquente dans la tuberculose. De nos trois malades, deux ont une hydrocèle, mais peu volumineuse.

Les indications thérapeutiques de la tuberculose génitale sont difficiles à saisir. Rarement on a l'occasion d'une exérèse radicale.

Autrefois on n'y touchait même pas; mais aujourd'hui, les découvertes microbiennes et l'antiseptie ont modifié la manière de faire. Cependant il est rare que l'on ait à pratiquer la castration, rare aussi de trouver des foyers suffisamment accusés, incontestables, avec intégrité des autres organes. Sur les deux malades auxquels j'ai eu l'occasion de faire cette opération, la guérison a été rapide. Je dis donc, en résumé, que chaque fois que l'on rencontrera un foyer tuberculeux, unique, bien caractérisé, il faudra le circonscrire et l'enlever; mais j'ajoute que les événements ne sont pas tels que cette doctrine soit souvent applicable. On a même d'autant moins l'occasion d'intervenir de cette façon que, quelquefois, une médication générale donne des résultats vraiment admirables. Tel est le cas de ce négociant dont je vous parlais tout à l'heure et dont j'ai suivi l'existence pendant quinze ans, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de cinquante-cinq à soixante ans. Mon jeune volontaire d'un an, dont je vous ai dit aussi quelques mots, est aujourd'hui également un sujet de très bonne apparence, grâce à la médication à laquelle j'ai eu recours.

Quant à la castration, elle a pour but de supprimer des foyers de suppuration trop considérables, trop persistants, pour qu'on puisse en espérer la guérison; et les seules contre-indications sont dans l'état général du malade et dans la multiplicité des localisations de la tuberculose dans d'autres organes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sclérose en plaques (1).

III

Les maladies qu'on peut confondre avec la sclérose en plaques classique, ce sont d'abord les maladies à tremblements, car ce que nous voyons tout d'abord, ce sont les oscillations, les tremblements rhythmés.

Ce sont, en second lieu, les mouvements choréiformes, qu'il ne faut pas prendre pour des tremblements, le caractère de ces mouvements, c'est d'être involontaire, sans rhythme ni cadence, tandis que dans la sclérose, la cadence et le rhythme des mouvements sont absolument caractéristiques. Et cependant on est souvent porté à confondre les deux maladies, comme l'a fait pendant longtemps Duchenne (de Boulogne) lui-même.

Les tremblements constituent une grande classe que l'on peut diviser d'après le nombre des secousses enregistrées par l'appareil Marey, dans l'espace d'une seconde. C'est ainsi que : 1° le groupe des maladies à tremblements lents, c'est-à-dire de quatre à cinq par seconde, comprendra la sclérose en plaques, la paralysie agitante et le tremblement sénile; 2° le groupe des affections à tremblement rapide (7 à 9 par seconde) renferme le tremblement alcoolique, mercuriel, des morphiomanes, la paralysie générale progressive et surtout la maladie de Basedow; 3° enfin, entre ces deux groupes, est un groupe intermédiaire (5 à 7 oscillations par seconde) dans lequel nous rencontrons les tremblements généralisés de l'hystérie.

Passons donc, dans une revue rapide, chacun de ces types.

Dans la sclérose, au repos les tremblements sont faibles; mais ils commencent au moindre mouvement intentionnel des malades, et peuvent se mesurer : les oscillations sont de 4 à 5 par seconde.

Dans la paralysie agitante, nous trouvons deux formes : l'une, sans tremblements, dont nous n'avons pas à nous occuper ici; l'autre avec tremblements.

De plus, il ne faut pas confondre, comme on le fait quelquefois, le tremblement avec la rigidité musculaire de ces paralytiques aux allures empesées, au regard fixe, étonné. Mais il n'existe aucune ressemblance entre la sclérose en plaques et la paralysie agitante. En effet, le paralytique est constamment agité; il y a chez lui une sorte de mouvement perpétuel : ce sont de petites secousses rhythmées, cadencées comme dans la sclérose, mais avec cette différence que dans cette dernière le tremblement n'est pas constant, qu'il existe seulement pendant les mouvements intentionnels. De plus, dans la paralysie agitante il existe la rigidité dont je viens de dire déjà quelques mots, de véritables contractures myopathiques ne reconnaissant pas une origine spinale. Il n'y a pas non plus de nystagmus. Enfin on observe dans cette paralysie un mouvement de propulsion qu'on ne voit pas dans la sclérose, et les malades, au lit, ne peuvent rester en place, sont continuellement agités et se plaignent d'avoir trop chaud.

Le tremblement dit sénile est très différent de celui de la sclérose. Il est continu. Il ne s'accompagne ni de nystagmus ni d'embarras de la parole; en un mot, on ne trouve rien de ce qu'on observe dans la sclérose en plaques.

Voici pour le groupe des tremblements lents.

Dans le second groupe, ou groupe des tremblements généralisés, le diagnostic est ordinairement très facile. Je vous montrerai comme l'un des types de cette série intermédiaire, un jeune homme de vingt-trois ans, polonais, israëlite, qui est atteint d'un tremblement généralisé. C'est un sculpteur, qui a non seulement la passion de l'alcool, mais bien d'autres encore, et c'est même pourquoi, certain jour, son père lui a supprimé les vivres. Il est arrivé, il y a deux

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1226.

ans, dans notre service, sourd et muet, au point de ne pas entendre même un tam-tam frappé à ses oreilles. Il est un type de paralysie hystérique et présente un tremblement de tout le corps, la tête exceptée, tremblement qui augmente un peu sous l'influence des mouvements et dont les oscillations sont de 5 à 7 par seconde. Il est complètement insensible de partout au froid, au chaud, aux piqûres. Le sens musculaire chez lui n'existe plus, les réflexes ne sont pas exagérés ; il présente le signe de Rumberg au plus haut degré. Il a perdu aussi la sensibilité des sens. Bref c'est un de ces hystériques parfaitement vrais que l'on repousse le plus souvent des hôpitaux comme étant des simulateurs.

Le malade assis à côté de lui est un garçon très malheureux aussi, qui a toujours été regardé également comme un simulateur. On a cru tout d'abord chez lui à une sclérose en plaques. Il a toute une hérédité pathologique fort complexe : père alcoolique, mère hystérique, sœur de sa mère épileptique, frère sujet aux vertiges épileptiques. Il est venu dans le service ayant un tremblement généralisé, de tout le corps, marqué surtout aux membres inférieurs, qui sont agités comme d'une trépidation épileptoïde. Il a perdu le sens musculaire, il a une insensibilité complète du corps ainsi qu'une insensibilité sensorielle. Le champ visuel rétréci est presque punctiforme. Cet homme est encore un hystérique et rentre dans le groupe intermédiaire des tremblements, c'est-à-dire des tremblements caractérisés par 5 à 7 oscillations par seconde.

Dans le troisième groupe, nous trouvons les tremblements rapides et notamment ceux qui caractérisent la maladie de Basedow (7 à 9 par seconde) ; affection singulière inconnue encore il y a trente ans, que j'ai fait connaître en France le premier, alors que j'étais chef de clinique de Piorry, sous le nom de goitre exophthalmique. Cette affection n'est pas une triade, comme on le dit généralement, c'est-à-dire caractérisée par les trois phénomènes : exophthalmie, goitre et takicardie (d'ailleurs l'un d'eux, la takicardie exceptée, peut quelquefois faire défaut).

Il y a réellement dans la maladie de Basedow quatre phénomènes, car aux trois que nous venons d'indiquer, il faut ajouter le tremblement et tremblement rapide (7 à 9 oscillations par seconde). Je dirai plus, cette maladie n'est ni une triade ni une tétrade, mais une *pentade*, car nous trouvons encore un cinquième caractère, soit une diminution de la résistance électrique, c'est-à-dire que le fluide électrique peut traverser les sujets avec la plus grande rapidité. Ce cinquième caractère n'existe guère que dans la maladie de Basedow, et parfois aussi chez les sujets atteints d'asystolie, tandis qu'on ne le rencontre ni dans la paralysie agitante ni dans la sclérose en plaques.

Voilà ce que j'avais à dire pour le phénomène des tremblements.

Si, maintenant, nous passons aux mouvements choréiformes, nous remarquons qu'ils ne sont ni rhythmés, ni cadencés, mais absolument désordonnés. Chez l'une de nos malades, ces gesticulations désordonnées se sont déclarées à la suite d'une hémichorée post-hémiplégique consécutive à une hémiplégie survenue à la fin d'une scarlatine. Or, dans la chorée nous ne trouvons jamais ce repos que l'on observe dans la sclérose en plaques.

Il n'y a pas de confusion possible entre cette dernière affection et l'athétose — je me borne à la signaler — qui n'est qu'une sorte d'hémichorée, sans aucun repos. Nous avons une de ces malades chez laquelle le membre supérieur gauche est agité de mouvements lents mais continus et contradictoires, prononcés surtout dans les doigts à tel point que cette femme ne peut rien tenir dans ses mains. Chez elle, la bouche, les lèvres, sont également agitées de mouvements semblables ainsi que les pieds, mouvements, en somme, tout à fait caractéristiques.

REVUE DE LA PRESSE

De la duodéno-cholécystotomie. — Les conclusions qui découlent d'un travail avec expériences à l'appui de M. le docteur James Gaston, professeur de clinique chirurgicale au collège d'Atlanta sont les suivantes :

1° Le shock anéantit les forces vitales dans toutes les opérations qui obligent à exercer une violence assez grande sur la vésicule biliaire et sur le duodénum, dans des conditions normales de susceptibilité à l'impression traumatique ;

2° L'interruption brusque de l'écoulement de la bile par le canal naturel, quand il n'existe pas de voie artificielle, amène la désorganisation de la substance hépatique et la mort du sujet à courte échéance ;

3° Un simple fil de soie qui unit les parois de la vésicule à celles du duodénum assure leur adhérence et amène la formation d'une communication fistuleuse à travers la cloison ainsi formée, sans causer le moindre inconvénient ;

4° La conservation d'une ouverture fistuleuse pendant trois mois, sans occlusion du canal cholédoque, donne de fortes présomptions en faveur de la persistance de cette communication en cas d'occlusion du canal cholédoque ;

5° L'opération qui a pour but d'établir une fistule cysto-duodénale n'est indiquée que dans les cas d'imperméabilité du canal cholédoque, le canal cystique restant libre ;

6° On doit essayer de faire cesser l'obstruction temporaire par le cathétérisme des canaux et leur dilatation ;

7° Si l'on ne réussit pas à vaincre l'obstacle, on peut établir une communication entre la vésicule et l'intestin. Il n'en résulte aucune induration des tissus ni rétrécissement des canaux, et l'on peut préjuger que le calibre du duodénum reste le même ;

8° Dans ces conditions, les parois de la vésicule se contractent et prennent les caractères de celles d'un canal, de sorte que la bile est poussée en avant et empêche le bol alimentaire de pénétrer dans la vésicule. L'écoulement constant de la bile par l'orifice de communication empêche la formation d'une fistule cutanée et entretient d'une façon définitive la communication entre la vésicule et le duodénum. (*Journal de médecine de Paris.*)

Syphilis et grossesse. — M. le docteur Hiridoyen, chirurgien-adjoint à la Maternité de Bordeaux, vient de faire une étude clinique de l'influence de la syphilis sur la grossesse, c'est-à-dire sur la femme enceinte et sur le fœtus qu'elle porte. Cette étude, basée sur les nombreuses observations qu'il a recueillies, pendant deux années de clinicat à l'hôpital Saint-André de cette ville, a conduit l'auteur aux considérations suivantes :

1° Dans les services spéciaux d'accouchement, de Bordeaux, la proportion des femmes syphilitiques est de 5 p. 100 ;

2° Les cinq-sixièmes sont des filles-mères ;

3° La syphilis influe sur la grossesse en la compliquant et en amenant, le plus souvent, sa terminaison prématurée ;

4° L'âge de la syphilis a une influence très nette ;

5° Sur huit grossesses chez des femmes syphilitiques, depuis une ou plusieurs années, il y a eu deux enfants vivants mais chétifs ;

6° Sur douze femmes syphilitiques dans les quatre premiers mois de la grossesse, les douze produits sont mort-nés ;

7° La syphilis survenant du quatrième au sixième mois de la grossesse est encore très dangereuse pour le fœtus ; la moitié au moins succombent ;

8° La syphilis des trois derniers mois de la grossesse donne un peu plus de la moitié des enfants vivants, quatre sur sept; elle est moins grave pour le fœtus que la syphilis maternelle antérieure à la grossesse;

9° Sur trente-trois grossesses de femmes syphilitiques, huit ont donné des enfants vivants; les trois quarts des grossesses chez les femmes syphilitiques (à l'hôpital) se terminent par la mort du fœtus;

10° La syphilis peut amener, dans certains cas relativement rares, des difficultés au point de vue du travail ou des complications dans les suites de couches;

11° Pour être efficace, le traitement antisyphilitique doit pouvoir être entrepris dès le début de la grossesse et continué pendant toute sa durée. Le traitement doit être poursuivi avec persistance pour agir avec fruit sur les grossesses subséquentes des femmes syphilitiques. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Hématomes traumatiques. — M. Lemarignier fait suivre l'observation d'un cas d'hématome sous-aponévrotique de la partie inférieure de la cuisse des conclusions suivantes :

Des différentes observations d'hématomes traumatiques que l'on connaît, il résulte que ces épanchements sanguins se terminent ordinairement par la résorption complète, mais que cette résorption est plus ou moins lente à s'accomplir et quelquefois favorisée par l'infiltration du sang dans le tissu conjonctif voisin, grâce à la rupture accidentelle du kyste sanguin.

Le contenu des épanchements sanguins non résorbés est variable, suivant la nature des éléments du sang qui persistent dans la poche et suivant les modifications physico-chimiques qu'ils ont pu subir.

Les hématomes se terminent quelquefois par abcès sanguins dont le contenu est très variable; quelquefois par phlegmons circonscrits ou diffus. Cette terminaison peut avoir lieu dans les jours qui suivent le traumatisme ou au bout d'un temps plus ou moins long.

Les causes de la non-résorption du sang sont nombreuses; elles tiennent surtout au siège de l'hématome (fesse, partie supérieure et externe de la cuisse, etc.), à la production de l'épanchement dans une bourse séreuse, normale ou accidentelle, à l'abondance du tissu adipeux, à l'inflammation préalable ou consécutive du tissu conjonctif. La grande quantité de sang épanché n'est pas un obstacle absolu à sa résorption.

Les causes de la suppuration de l'hématome sont locales et générales. Locales elles tiennent à la violence de la contusion et à l'intensité de la réaction inflammatoire qui en résulte, aux irritations consécutives de la paroi de l'hématome et au voisinage d'un foyer de suppuration. Généralement elles tiennent à la coexistence d'une affection fébrile (variole, fièvre typhoïde, etc.), d'un foyer de suppuration éloigné, d'un état général diathésique, tel que le diabète. (*Paris-médical.*)

Traitement de la conjonctivite. — Au début de la conjonctivite, M. Abadie fait laver les yeux des malades, cinq ou six fois par jour, avec une solution composée de :

Acide borique. . . . . 10 grammes.
Eau distillée . . . . 300 —

Plus tard, si le gonflement de la muqueuse est considérable, il touche, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, toute la surface conjonctivale, y compris les culs-de-sac, avec un pinceau trempé dans une solution contenant 50 centigrammes de nitrate d'argent pour 100 grammes d'eau distillée. On lave immédiatement à l'eau pure et, dans l'intervalle, on fait des lotions fréquentes avec l'eau boriquée.

Dans le cas de conjonctivite chronique accompagnée de blépharite marginale, appliquer durant quelques minutes sur les paupières entr'ouvertes des compresses imbibées de :

Extrait de saturne . . . . 20 gouttes.
Eau. . . . . 1/2 verre.

(*Union médicale.*)

Taille hypogastrique. — Dans l'une des dernières séances de la Société centrale de médecine du département du Nord, M. le docteur Paquet a communiqué l'observation d'un enfant de quinze ans atteint d'un calcul vésical. Cet enfant, très vigoureux, ne souffrait presque pas de sa pierre. Aussi loin que remontaient ses souvenirs, il se rappelait avoir eu de l'incontinence d'urine diurne et nocturne, mais la vessie était d'une tolérance remarquable vis-à-vis de ce corps étranger, tolérance qu'expliqua plus tard la forme de ce calcul.

En effet, de forme irrégulièrement cubique, il avait son sommet dirigé vers le col vésical et, dans cette situation, il se trouvait presque immobile. Comme, d'autre part, sa surface était peu accidentée, les parois de la vessie n'étaient guère incommodées par la présence du corps étranger, ne réagissaient pas et ne provoquaient pas de douleur.

M. Paquet eut recours à la taille hypogastrique. Il incisa la vessie en deux temps, prolongeant la première incision de la paroi vésicale vers le col, par ce fait que, après cette première incision, un doigt introduit dans le rectum ne parvenait pas à mobiliser la pierre. Mais après cette incision complémentaire, l'extraction fut facile. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier. L'enfant était guéri seize jours après l'opération.

Le calcul pesait 86 grammes et était formé d'acide oxalique pur.

M. Paquet fait remarquer que la taille hypogastrique est loin d'avoir la gravité qu'on lui attribue, c'est-à-dire une mortalité de 30 et même de 15 p. 100, car, pratiquée déjà douze fois par lui, elle lui a donné douze succès. Il est bon cependant, ajoute-t-il, de reconnaître que la plupart de ces opérations ont été faites sur des enfants. (*Bulletin médical dn Nord.*)

Les vins et les colorants de la houille. — Au moment où la question du vinage vient d'être discutée au sein de l'Académie de médecine, nous pensons qu'il est intéressant de faire connaître les conclusions auxquelles de nouvelles expériences ont conduit récemment M. le docteur P. Cazeneuve, professeur de chimie organique et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lyon.

Voici ces conclusions :

1° Les principaux colorants de la houille employés pour les vins : sulfoconjugué de la fuschine, rouge de Bordeaux, rouge pourpre, rouge de roccelline, peuvent persister de longues années dans les vins, au point d'être retrouvés intacts à l'analyse;

2° Les modifications chimiques que subissent les vins, entre autres le dépouillement dans les vins nouveaux, amènent la précipitation d'une portion plus ou moins grande de colorant artificiel;

3° Les maladies que subissent les vins sous l'influence des microphytes, si bien étudiés par M. Pasteur, amènent assez rapidement la disparition des colorants. On peut citer l'action du mycoderma vini, du mycoderma aceti, du ferment de la tourne;

4° On n'a pas à se préoccuper, au point de vue toxicologique et hygiénique, des modifications subies par le vin coloré ainsi artificiellement. Le colorant artificiel devient insoluble dans les lies et se soustrait ainsi à l'absorption. Les modifications chimiques profondes que peut subir ce colorant avec génération de produits nouveaux, peut-être solubles et toxiques, ne doivent pas non plus nous inquiéter. Le vin, en effet, subit dans ce cas-là des modifications telles qu'il devient imbuvable. C'est le cas de certains vins tournés et putréfiés. (*Lyon médical.*)

Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe. — De l'examen de deux cas de ce genre, M. le docteur Rendu a déduit les conclusions suivantes :

1° Les paralysies radiculaires sont la conséquence d'une névrite, soit de cause directe (traumatisme, tumeur, impression du froid peut-être), soit de cause indirecte. Les deux observations rapportées prouvent que la névrite peut être réflexe et provenir d'une irritation du plexus nerveux gastro-hépatique;

2° Les troubles de la sensibilité, jusqu'ici incomplètement étudiés, se montrent dès la période initiale de la névrite; seulement ils sont passagers et disparaissent au moment où commencent à s'accentuer les troubles moteurs paralytiques de l'atrophie;

3º La distribution de l'anesthésie cutanée correspond, à très peu de chose près, à celle de la paralysie motrice, ce qui prouve que les origines des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs du plexus brachial émanent de la même région de la moelle;

4º Le pronostic des paralysies radiculaires est relativement favorable, mais la guérison exige plusieurs mois de traitement;

5º Le traitement qui, jusqu'à présent, paraît être le plus utile, consiste dans des révulsifs répétés sur la région cervicale et sur le moignon de l'épaule (ventouses scarifiées et pointes de feu); plus tard dans l'application de courants continus et le massage. (*Journal des connaissances médicales.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 décembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Expériences sur le jeûne prolongé. — M. LABORDE a voulu expérimenter l'effet du jeûne prolongé sur les animaux. Il a voulu voir comment se comportaient deux animaux dont l'un serait soumis à un jeûne absolu tandis que l'autre aurait à sa disposition une certaine quantité d'eau. Deux chiens ont été mis en présence. Tous deux en parfaite santé, à peu près de même âge, de même force, pesaient 15k,500. Le premier de ces chiens a été soumis au jeûne absolu. Il est mort le vingtième jour de l'expérience.

Le deuxième a été soumis au jeûne, mais avec de l'eau à sa disposition. Or, le vingtième jour, alors que son compagnon mourait, ce chien paraissait en parfaite santé. Il était vif, alerte, et rien ne semblait modifié dans son organisme. Il avait toutefois un peu maigri et diminué de poids. Tous les jours on mettait auprès de lui 1 litre d'eau. Le quarantième jour le chien se portait encore très bien. L'expérience a été arrêtée à ce moment, paraissant concluante.

Le premier chien, mort au vingtième jour, ne pesait plus, au moment de sa mort, que 8 kilos. C'était donc une diminution de poids de 7 kilos 500 pendant la durée de l'expérience. Le second chien n'avait, au contraire, au vingtième jour, perdu que 6 kilos. Il pesait encore à cette époque 9k,500 grammes. D'ailleurs, au fur et à mesure que le jeûne se prolongeait, ce chien perdait de moins en moins de son poids tous les jours, si bien qu'au quarantième jour il pesait encore 7k,600. Il n'avait donc, en somme, au quarantième jour, diminué que de 400 grammes de plus que le premier chien au vingtième jour. Il avait eu 1 litre d'eau par jour à sa disposition et néanmoins n'avait bu, pendant toute la durée de l'expérience, que 3 litres 700 grammes: soit la quantité minime de 97 grammes par jour.

M. Laborde a voulu voir alors, au quarantième jour, quel serait l'effet de l'alimentation sur ce chien qui n'avait absorbé que la quantité d'eau qui vient d'être dite.

On a alors donné au chien 2 kilos de soupe, mais il n'en a mangé que 1k,218 grammes. On lui a alors donné 1 kilo de viande, pensant que ce chien ne devait pas être nourri habituellement avec de la soupe. L'animal a mangé le kilo de viande avec voracité. Il a eu alors quelques vomissements, mais il n'a en somme rejeté que la quantité minime de 225 grammes. La température du chien était très abaissée à la fin de l'expérience. Le thermomètre marquait 37 degrés dans le rectum. Le chien grelottait manifestement. Après avoir mangé, il est allé se coucher contre le poêle, et, au bout de quelques heures, il était réchauffé et sa température rectale était remontée à 39 degrés. Il a rendu, quelque temps après l'expérience, un bouchon très dur de matières fécales, qui évidemment avait séjourné dans l'intestin depuis le début de l'expérience.

D'ailleurs l'augmentation de poids a été rapide et le chien que M. Laborde montre à la Société, en parfaite santé, pèse maintenant 11 kilos.

L'eau en quantité minime a donc suffi à empêcher ce chien de dépérir; fait intéressant, puisque certains liquides, dits à tort nutritifs, le bouillon, par exemple, ne suffisent pas pour obtenir le même résultat, un chien nourri exclusivement de bouillon mourant rapidement.

Expériences sur les muscles striés. — M. BABINSKI communique les résultats des recherches très intéressantes qu'il a faites sur les muscles striés de l'homme.

Sur une coupe transversale de muscle, on observe les faisceaux secondaires et entre eux des traînées de tissu conjonctif dans lesquelles se voient des nerfs et des vaisseaux.

Or M. Babinski a observé sur ces coupes des figures spéciales. A leur périphérie se voit une gaine lamelleuse colorée en rouge par le picro-carmin. Dans l'intérieur de la gaine on aperçoit des fibres musculaires fines. A côté sont d'autres figures semblables qui contiennent des fibres musculaires et aussi des fibres nerveuses. A côté on en rencontre dans lesquelles se trouvent des fibres musculaires et des vaisseaux. Dans quelques-unes de ces figures enfin se voient des cloisons qui les subdivisent en plusieurs loges. Dans l'une de ces loges il y a des fibres musculaires, dans une autre des fibres nerveuses, dans une autre encore des vaisseaux. M. Babinski se demande si c'est là une disposition normale, ses recherches ayant porté sur des muscles malades.

M. Ranvier insiste sur l'intérêt que présente la communication de M. Babinski. Il rappelle avoir signalé la disposition, que M. Babinski décrit dans les muscles de l'homme malade, dans des muscles d'animaux inférieurs. C'est aussi ce qui se passe pour certains autres éléments anatomiques que l'on ne trouve chez l'homme qu'à l'état pathologique alors qu'ils existent normalement chez des animaux occupant un rang inférieur dans la série animale: par exemple les éléments cartilagineux spéciaux qui se voient normalement chez le calmar et qui se rencontrent pathologiquement chez l'homme dans les euchondromes, alors qu'ils n'existent jamais dans le cartilage humain normal.

Action de la naphtaline. — M. CHARRIN communique les résultats obtenus chez des lapins par l'ingestion de naphtaline. Cette ingestion détermine rapidement chez ces animaux l'apparition de la cataracte.

Si on cesse l'administration de la naphtaline au début de l'apparition de la cataracte, celle-ci n'en évolue pas moins. Le moment où se montre la cataracte est variable. C'est en moyenne du vingt au vingt-cinquième jour. Il suffit d'une quantité de 1gr,50 à 2 grammes par jour pour obtenir ce résultat. M. Charrin a essayé aussi le naphtol et d'autres produits analogues, mais sans résultat. Comme on retrouve dans les urines des lapins auxquels on administre de la naphtaline, du naphtylsulfite de soude, M. Charrin en a donné à des lapins, mais également sans résultat. Il en a été de même avec l'acide phénique et le phénate de soude.

M. R. DUBOIS se demande s'il ne se passe pas ce qui a lieu dans la production de la cataracte chez les grenouilles par l'action de l'eau salée, si la naphtaline n'agit pas en déshydratant les éléments anatomiques.

M. SPILLMANN présente une note sur la valeur hypnotique des injections rectales de gaz carbonique et sulfurique.

M. RICHET présente le livre de M. Ochorowicz sur la suggestion mentale.

Il indique un procédé très simple (en collaboration avec M. Henriot), pour doser l'acide carbonique de la respiration.

A 5 h. 1/2, comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 décembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Tumeur du foie. — M. GUYOT présente un malade qui est atteint d'une tumeur du foie. Jusqu'en 1881, aucun symptôme; à cette époque, phénomènes de dyspepsie, le foie augmente de volume; M. Quenu lui fait une ponction en 1885; il n'est sorti

qu'un peu de sang; actuellement on constate une tumeur qui part à un travers de doigt au-dessous du mamelon pour s'étendre jusqu'au niveau de l'ombilic. Du côté gauche, on voit une petite tumeur mobile du volume d'une mandarine qui paraît être un ganglion ou une rate surnuméraire. Ce malade ne souffre pas; il ne porte aucune trace de syphilis.

Diagnostic du cancer de l'estomac. — M. DEBOVE fait une communication sur ce sujet. Il rappelle combien est difficile le diagnostic de cancer de l'estomac au début et par quels procédés, basés sur l'examen des matières stomacales, les Allemands ont proposé de faciliter ce diagnostic. Ces procédés n'ont pas été acceptés en France jusqu'ici. M. Debove en a fait l'essai sur un malade qu'il présente à la Société, et il a obtenu des résultats si satisfaisants qu'il croit important de les signaler et d'engager ses collègues à les mettre en pratique.

Il s'agit d'un homme, jeune encore, qui, au commencement de cette année, a été pris de troubles digestifs, de douleurs d'estomac et de vomissements. M. Debove examina les liquides de son estomac pendant la digestion et y constata l'absence de l'acide chlorhydrique.

C'est, on le sait, sur ce signe obtenu à l'aide des procédés en question, que les Allemands s'appuient pour porter le diagnostic de cancer. Or cet homme ne présentant d'ailleurs aucun autre symptôme de cancer, M. Debove croyait que ces procédés étaient ici en défaut quand, il y a peu de temps, il reconnut chez ce malade la présence d'une tumeur stomacale sur la nature cancéreuse de laquelle il ne conserve aucun doute.

Ayant examiné plusieurs fois les liquides stomacaux de ce malade, il y a toujours constaté la présence de l'acide lactique et l'absence de l'acide chlorhydrique. Ce signe paraît donc avoir une réelle importance.

Voici les réactions à l'aide desquelles il peut être reconnu : Il faut examiner les liquides de l'estomac pendant la digestion; il faut, avant de procéder à leur examen, les filtrer aussi rapidement que possible. On se sert du violet de gentiane ou de l'orangé Poirier pour la recherche de l'acide chlorhydrique, du perchlorure de fer ou d'un mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique pour la recherche de l'acide lactique.

Le violet de gentiane donne une coloration bleue en présence de l'acide chlorhydrique. L'orangé Poirier nº 4, en solution saturée dans l'eau, donne une coloration rouge en présence du même acide.

Le perchlorure de fer, en présence de l'acide lactique, donne une coloration jaune. Le mélange de 3 gouttes de perchlorure de fer avec 10 gouttes d'une solution aqueuse concentrée d'acide phénique, en présence de l'acide lactique, passe du bleu améthyste au jaune.

M. GÉRIN-ROZE demande à M. Debove s'il a fait ses recherches chez des gens sains.

M. DEBOVE répond qu'il a fait ces recherches et qu'elles lui ont constamment donné le même résultat.

ÉLECTIONS

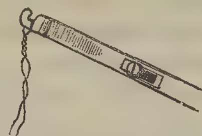
Sont élus pour l'année 1887 : président, M. Féréol; vice-président, M. Gallard.

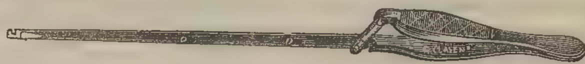
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Coupe-fil Deroubaix modifié par Clasen.

Cet instrument est destiné à faciliter la section des fils après la suture métallique, lorsqu'il s'agit de les enlever. Sa disposition permet de pratiquer cette section sans risquer d'érailler les tissus, comme cela peut arriver lorsqu'on se sert à cet effet de ciseaux pointus ou mousses. La partie manuelle de cet instrument affecte la forme d'une pince à ressorts; l'une des branches de celle-ci se termine par une longue tige surmontée d'un petit crochet mousse qui sert à accrocher l'anse du fil à sectionner. L'autre branche commande, au moyen d'un levier, une seconde tige mobile sur la





première, dans le sens de sa longueur, et se termine en biseau tranchant. Le rapprochement des branches de la pince suffit pour amener la rencontre du crochet et du tranchant et pour produire la section du fil.

Cet instrument se fait de différentes longueurs à extrémités agissant droit ou coudées, suivant le cas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La mort de M. le docteur Gillette, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, entraîne les mutations suivantes parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris à dater du 1er janvier 1887. M. le docteur Monod, chirurgien de l'hospice des Incurables (d'Ivry), passe à l'hôpital Saint-Antoine, et M. Blum, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hospice des Incurables.

Enfin, par suite de la retraite de M. le professeur Pajot, M. le docteur Pinard, professeur agrégé, est chargé, jusqu'à nouvel ordre, du service de la clinique d'accouchements et de gynécologie.

— Par décret, en date du 24 décembre 1886, le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 11 septembre 1886, la donation faite par la dame veuve Parise, d'un capital productif d'une rente annuelle de 100 francs pour la fondation d'un prix biennal.

— Par décret, en date du 27 décembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Fauconnier, Lallemant, Juvigny, Dillay, Knoepfler, Benoit, Meunier, Debrigode, Girard, Jaille, Prévost, Joubert-Laurencin, Ducher, Godart, Heitz, Besnard, Collin, Brulard.

— Par décret, en date du 30 décembre 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Moisson;

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Boulain, Comme, Déchamp, Trucy, Éléonet, Breton.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Foucaud, Pallier, Poulain, Lombard, Le Golleur et Couillebault.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1886, ont été décernées, aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de maladies épidémiques, les récompenses suivantes :

Médaille d'or. — M. Serre, à Manosque.

Médailles d'argent. — MM. Chalvet, à Crest; Balmoussières, en Vaucluse; Adam et Bousquet, à Marseille; David, à Saint-Just; Caradec (Th.), à Brest. — MM. les pharmaciens Chastel, à Salon; Chalbos, à Bessèges.

Médailles de bronze. — MM. Campana, Darche, Gallian, Papi, Scam et Aroni, à Marseille. — M. Balanghien, pharmacien à Boiry-Saint-Martin.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places de médecin-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. André Moussous et Dallidet.

— *Hôpitaux de Rouen.* — MM. de Beaumais, Boutard et Marion sont proclamés internes des hôpitaux.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Chapplain, professeur de clinique chirurgicale, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite école.

— Un concours avec titre est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé pour en obtenir la titularisation. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 janvier, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où seront donnés tous les renseignements utiles pour ce concours.

— La Société de médecine pratique a renouvelé son bureau pour l'année 1887 de la manière suivante :

Président, M. Limousin; vice-présidents, MM. Dujardin-Beaumetz et Laburthe; secrétaire général, M. Gillet de Grandmont; secrétaire général adjoint, M. A. Champigny; secrétaires annuels, MM. Crouigneau, Léon Petit, Tolédano, Dupont; trésorier, M. L. Jolly; archiviste, M. Dubouys de la Vigerie.

— M. Émile Cartailhac, directeur de la « Revue des matériaux pour l'histoire primitive de l'homme », est chargé d'une mission en vue d'étudier les documents anthropologiques de l'exposition d'Ékaterinenbourg (Russie).

M. Deflers, inspecteur adjoint des forêts, en disponibilité, membre de la Société botanique de France, est chargé d'une mission scientifique en Arabie et particulièrement dans l'Yémen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Muguet, décédé à Lyon, à l'âge de cinquante ans, et celle de M. le docteur Ducellier, de Montmorillon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20505

N° 3. — JEUDI 6 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 6 JANVIER 1887. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Avec l'année commence une nouvelle discussion sur le traitement préventif de la rage par la méthode de M. Pasteur. Cette fois encore, c'est M. Peter qui engage la lutte.

Un hasard lui a fait connaître la mort d'un charbonnier qui, une fois mordu par un chien enragé, était allé se faire inoculer au laboratoire de la rue Vauquelin et était mort au bout de six semaines.

De quoi était-il mort? là est toute la question.

M. Peter pense que c'est de la rage, d'après le récit des symptômes fait par les parents.

S'il en était réellement ainsi, la forme revêtue dans ce cas par la maladie n'aurait pas été celle qui est de beaucoup la plus fréquente, chez l'homme, c'est-à-dire la forme convulsive; mais celle qu'on rencontre souvent chez les animaux, particulièrement chez ceux qui sont inoculés dans les laboratoires, c'est-à-dire la forme paralytique.

On sait qu'un grand nombre de poisons, agissant spécialement sur le système nerveux, peuvent produire, suivant les doses reçues, soit des phénomènes convulsifs ou tétaniques, si ces doses sont modérées, soit des phénomènes paralytiques, si elles deviennent excessives. M. Peter nous a paru n'être pas éloigné de croire qu'avec la nouvelle méthode, dite intensive, d'inoculations, préconisée dernièrement par M. Pasteur, la rage devrait être plutôt paralytique que convulsive, à cause de la saturation plus considérable par le virus.

Pour transformer en notion scientifique cette simple vue de l'esprit, il faudrait, a-t-on objecté à M. Peter, des preuves plus certaines qu'un récit de symptômes recueilli après coup de la bouche de gens complètement étrangers à toute notion médicale. M. Dujardin-Beaumetz, qui, depuis cinq ans déjà est chargé de l'enquête sur tous les cas de rage, au nom du Conseil de salubrité, a rappelé que cette enquête a parfois écarté le diagnostic de *rage* par les résultats de l'autopsie et ceux de l'inoculation du bulbe chez les animaux, alors qu'il paraissait d'abord le mieux établi d'après les symptômes. M. Brouardel a promis de donner à l'Académie, dans la prochaine séance, des détails, très circonstanciés, sur un fait de ce genre, également relatif à un cas de mort survenu après le traitement de M. Pasteur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

I. Nouveaux faits de dermatite artificielle. — II. Goître exophthalmique.

I. A plusieurs reprises, l'année dernière, j'ai appelé votre attention sur certains faux érysipèles ou érysipèles artificiels, sur certaines dermatites dont la seule origine est dans l'application d'un de ces médicaments vulgaires que toute famille qui se respecte croit devoir posséder dans sa petite pharmacie. Je veux parler de la teinture d'arnica, dont une foule de gens se servent à la moindre contusion, au moindre coup, à tort et à travers, il faut bien le dire, qu'il y ait plaie contuse ou déchirure des tissus. De là des accidents plus ou moins sérieux, parfois même plus graves dans certains cas que la lésion primitive elle-même, à laquelle on avait voulu remédier.

Je viens encore d'en avoir la preuve il y a quelques jours, dans ma pratique de la ville, chez un jeune collégien dont la figure présentait en certains points, notamment sur la racine du nez et la région temporale droite, un aspect assez semblable à celui qu'aurait produit un vésicatoire. En un mot, il s'agissait, une fois encore, d'un pseudo-érysipèle, ou mieux d'une dermatite reconnaissant pour cause une application de compresses imbibées de teinture d'arnica sur une petite blessure du front.

Ce n'était point, en effet, un érysipèle véritable; le malade n'avait aucun phénomène fébrile et l'appétit était conservé. La cause en était d'autant plus sûrement dans les compresses d'arnica, que ce malade avait été également blessé à la main et que cette blessure, n'ayant pas été pansée avec l'arnica, n'avait présenté aucune complication pseudo-érysipélateuse. Cette malheureuse passion pour la teinture d'arnica est tellement enracinée dans l'esprit des gens que, dans une précédente circonstance, la mère de ce jeune collégien s'en était déjà servi sur un autre de ses enfants, avec le même succès, c'est-à-dire en déterminant aussi une dermatite artificielle de la main. Cette complication ne l'avait nullement guérie de la manie de panser les plaies contuses ou autres avec ladite teinture.

J'ai tenu à vous faire connaître ce nouveau fait, tant les applications d'arnica sont un dogme répandu. Car, je ne saurais trop le répéter après mon maître, M. Hardy, si la teinture d'arnica appliquée à l'extérieur sur une plaie ou une contusion n'a jamais fait de bien, elle a, par contre, souvent fait du mal et beaucoup.

Je pourrais vous citer le fait également récent d'un magistrat dont les contusions de l'épaule et du bras, suites d'une chute dans un bosquet, traitées à la campagne par la teinture d'arnica, s'accompagnaient dès le lendemain d'une dermatite artificielle suivie bientôt d'un phlegmon qui menaça de devenir diffus.

Quelques médecins, dont la confiance en ce médicament n'a jamais été ébranlée, répondront que ce sont là des faits exceptionnels ou tout au moins fort exagérés. Il n'en est rien, et si les malades qu'ils ont traités par cet agent ont échappé à ces accidents, cela tient seulement au mode de préparation de la teinture d'arnica. Il y a, en effet, selon telle ou telle officine, arnica et arnica. M. Peyrot m'a raconté, dernièrement aussi, le fait d'un de ses clients qui fut mis à mal par un phlegmon diffus, déterminé par des applications de compresses d'arnica sur une blessure.

II. Je vous dirai maintenant quelques mots de deux malades atteints de goître exophthalmique.

Le premier est une femme qui présente les trois signes caractéristiques de cette affection, c'est-à-dire l'exorbitisme, la tumeur thyroïdienne et la takicardie. Le second, au contraire, nous présente la forme fruste de la maladie de Basedow; or, quand les trois symptômes ci-dessus existent, on peut dire qu'ils sont les trois premiers termes du goître exophthalmique; mais quand la maladie est fruste, elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

La pathologie actuelle considère avec raison la maladie de Basedow comme une névrose, aussi est-il important d'interroger les malades sur leurs antécédents héréditaires et personnels, surtout dans les formes frustes. C'est ainsi que vous voyez les malades entrer dans leur maladie par un certain nervosisme, de l'agitation, un caractère baroque et être considérés par leur entourage comme des gens nerveux, comme des originaux, jusqu'au moment où, sous l'influence d'une cause particulière, la maladie se révèle tout à coup. Cette agitation, ce nervosisme, etc., sont de véritables prodromes qui ne vous paraîtront véritablement tels que si vous avez eu soin d'étudier la biographie complète de votre malade. L'observation de celui-ci doit donc, pour être entière, comprendre toute sa vie; elle vous montrera ainsi que le nombre des individus atteints de goître exophthalmique est, en réalité, plus considérable qu'on le croyait, il y a quelques années encore.

Il y a aussi quelquefois dans la maladie de Basedow une question médico-légale de haute importance. En effet, tel individu qui paraît dévoyé, dont le caractère est des plus irritables, qui se fait de tout le monde des ennemis, n'a été quelquefois qu'un malade atteint de la maladie de Basedow méconnue.

Je pourrais vous citer un certain nombre de faits curieux. Je me bornerai au suivant, que je résumerai en quelques mots. L'an dernier entrait à l'hôpital Tenon un malade dont les antécédents héréditaires nous montraient la filiation entre les névroses adéquates et le goître exophthalmique. Ses oncles paternel et maternel étaient des névropathes. Quant à lui, dès sa naissance, il avait toujours traduit un état nerveux; à sept ans, il avait eu une rougeole à forme délirante; à douze ans, mordu par un chien, il avait présenté tous les signes de l'expression hydrophobique, bien que l'animal ne fût pas enragé. Bachelier ès lettres à dix-sept ans, il s'était engagé dans un régiment d'Afrique, à la suite d'une violente dispute avec son père. Mais là il avait eu des démêlés avec tout le monde; à ce moment, il éprouvait déjà ses premières palpitations, un peu plus tard son commencement d'exorbitisme avait été pris par un de ses supérieurs, pendant une revue du régiment, pour un regard arrogant et puni comme tel de deux jours de salle de police. Peu après survenaient des crises d'excitation, le volume du cou augmentait, et soudain il avait, au cours d'une discussion avec un officier, une telle turgescence de la face, avec agitation violente, que celui-ci crut sa vie menacée et le condamna à deux jours de cachot. Plus tard encore, entré à Saumur, il en était renvoyé au bout de peu de temps pour de prétendues incartades et insubordinations. Enfin, après avoir déroulé toutes les étapes de la maladie de Basedow, il venait échouer dans un hôpital civil, où la nature de son mal était alors reconnue.

Vous voyez par ce seul fait combien il est important de dévoiler la maladie dès le début, combien le côté psychique est des plus intéressants.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Transformation de la présentation pelvienne en présentation du sommet.

Il est presque fatal qu'un homme qui, pendant de longues années, a étudié un moyen d'exploration obstétricale le vante à tous propos, comme de beaucoup supérieur à tous les autres. C'est ainsi qu'il y a eu des représentants exclusifs du toucher, qu'il y a eu et qu'il y a encore des représentants exclusifs du palper, qu'il y a eu aussi des représentants exclusifs soit de l'auscultation, soit de la percussion. Or de cette exclusivité, nous devons faire justice.

Je vous parlerai à ce propos de la femme qui est couchée au n° 35, femme assez bien bâtie, mais chez laquelle, cependant, on ne trouve pas les choses ordinaires. En effet sur toutes les femmes de notre service, celle-ci exceptée, on constate, en appliquant les mains de chaque côté du bassin, la présence de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne, tandis que chez le n° 35 le ballottement de la tête est remplacé par un corps volumineux, moins rond et moins dur. D'autre part les mains appliquées sur la partie supérieure de l'utérus éprouvent la sensation de ballottement de la tête. Bref nous avons chez elle une présentation de l'extrémité pelvienne, ce qui soulève une question moderne des plus intéressantes à discuter.

En effet, on a proposé, dans ces derniers temps, de transformer ces présentations en présentations du sommet. Cela n'est certainement pas impossible, car ainsi que l'a dit Arago très justement : « En dehors des contradictions, tout homme et surtout tout homme de science qui prononce le mot *impossible* est un imprudent. » J'insiste pour que vous reteniez bien cette phrase, car elle vous évitera bien des sottises.

On a donc dit qu'il fallait transformer la présentation pelvienne en présentation du sommet parce que celle du siège était beaucoup plus défavorable pour l'enfant que celle du

sommet, tandis que pour la femme elle a peu d'importance. Il est certain qu'elle est plus dangereuse pour l'enfant, parce que dans la présentation du sommet, dès que la tête est sortie, on peut dire que l'accouchement est fait, puisque la partie la plus grosse étant sortie, le reste la suit facilement. Il n'en est pas de même pour le siège, loin de là, car c'est lorsque celui-ci est arrivé hors de la vulve, que les difficultés commencent, les parties fœtales à venir étant de plus en plus volumineuses. Il y a d'ailleurs, en plus, une circonstance très défavorable pour le fœtus, je veux parler de la tension et de la compression du cordon ombilical qui déterminent une telle gêne de la circulation utéro-placentaire que le fœtus peut succomber, dans un temps fort court, comme asphyxié. Cette suspension de la circulation dure un temps assez considérable, car il faut une nouvelle dilatation pour que le reste des parties fœtales puisse sortir.

Quand vous vous trouvez dans la clientèle en présence d'un cas semblable, tandis que la femme pousse des cris plus ou moins formidables, la famille, l'entourage est là vous circonvenant, vous sollicitant de soulager la femme, d'intervenir par des tractions sur le fœtus pour faciliter son expulsion. Mais gardez-vous de céder, car si vous ne résistez pas à de pareilles sollicitations, l'enfant court les plus grands dangers, sa vie est des plus compromises. Rappelez-vous que si la force qui pousse le fœtus vient d'en haut, il faut que les parties fœtales restent dans la matrice, et la tête reste fléchie sur la poitrine; si elle vient d'en bas, au contraire, la force va tendre à redresser les bras, de là la nécessité de les dégager tour à tour selon les règles précises que vous connaissez; mais pendant ce temps, si court qu'il soit, le cordon continue à être comprimé. Voilà déjà un premier contre-temps; cependant on arrive en général assez facilement à ce dégagement. Mais si vous continuez à exercer votre traction, le menton se relève et la tête se trouve à un moment donné retenue par le cou saisi, étranglé pour ainsi dire dans l'orifice. C'est alors que vos tractions, quelque force que vous employez, n'aboutiront à d'autre résultat que de décapiter l'enfant.

Il y a quelques années, je me trouvais remplacé par un agrégé qui avait pour doctrine que dans certains cas de rétrécissement du bassin, la présentation par la tête devait être remplacée par celle des fesses. Chez une des femmes du service, il voulut appliquer cette doctrine, mais comme malgré tout l'enfant ne sortait pas, il tira et tira si bien que la tête se trouva dans la position que je viens de vous indiquer. Que faire? Tirer de nouveau, se dit-il, et ses tractions eurent un tel succès que le tronc lui resta dans la main et la tête dans l'utérus! Mais ce n'est pas tout, car cet accouchement fut réellement un comble. Ce bel exploit accompli, mon remplaçant se dit: « Laissons reposer la femme jusqu'à demain. » Et le lendemain matin à son arrivée il apprenait que la tête était venue toute seule deux heures après l'issue du tronc.

Si jamais pareil événement vous arrivait, vous n'auriez qu'à faire en hâte votre paquet et quitter la ville où vous exerciez sous peine de voir votre cabinet à tout jamais déserté.

Nul homme n'a été dans sa pratique plus sage que Paul Dubois et je me suis toujours applaudi de suivre ses préceptes, aussi je ne saurais trop vous conseiller de les suivre également. Or que prescrivait-il en pareille circonstance? « Quand vous avez affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne surtout chez une primipare, et que vous apercevez le siège à la vulve, placez immédiatement la femme dans la position obstétricale, ne tirez jamais sur le fœtus mais surveillez le travail; s'il marche bien, laissez faire; s'il marche mal, soyez prêt à intervenir — je vous dirai comment dans une autre leçon. » Rien n'est plus rationnel.

Malheureusement cette doctrine de la transformation de la présentation pelvienne en présentation du sommet est tellement dans l'air, qu'un grand nombre d'accoucheurs n'échappent pas à la contagion. Mais réfléchissez donc à l'énorme distension de l'utérus qu'elle nécessite et par suite à quels dangers de rupture de cet organe elle vous expose, à quels regrets pour votre vie entière elle vous conduirait si par une pareille manœuvre vous perdiez votre malade! Aussi, je le dis bien haut, je ne me crois pas en droit de la faire dès la moindre difficulté, surtout si l'on songe que la présentation pelvienne est à peu près inoffensive pour la mère, tandis que la transformation de cette présentation est, au contraire, des plus dangereuses, surtout chez une primipare.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1887. — Présidence de M. Trélat, puis de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur prince Zagiell de Groduo (Russie), relative à dix soldats russes inoculés dans le laboratoire de M. Pasteur. Ces soldats avaient été mordus par un chien qu'on croyait enragé, et ils avaient été amenés à Paris par M. le docteur Cipoinsxi. Mais à leur retour, après avoir subi le traitement, ils apprirent que le chien auteur des morsures n'avait pas eu la rage et se portait très bien, dit M. Zagiell;

2° Un pli cacheté relatif à un nouveau forceps, présenté par M. le docteur Crouzat. (Accepté.)

INSTALLATION DU BUREAU

M. Trélat, président sortant, avant de céder le fauteuil à M. Sappey, prend la parole pour résumer les travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler. Il exprime le vœu de voir désormais lire en séance publique, par le président, ce tableau sommaire de l'œuvre accomplie, ce qui n'empêcherait pas d'ailleurs le président sortant de pouvoir exprimer, dans la première séance de l'année, sa reconnaissance à ses collègues. Puis il invite MM. Sappey et Hérard à prendre place : l'un comme président et l'autre comme vice-président.

M. Sappey adresse à M. Trélat les remerciements de l'Académie; il raconte la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'Instruction publique, et, en promettant le plus grand zèle dans l'accomplissement de ses fonctions nouvelles, il annonce modestement que tout son désir est d'être classé parmi les présidents utiles.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Carlet (de Grenoble); en deuxième ligne, M. Bitot (de Bordeaux); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro) et Riembault (de Saint-Étienne).

Le nombre des votants étant de 56, majorité 29,

M. Carlet obtient . . . . 39 voix.
M. Bitot . . . . 7 —
M. Mauricet. . . . . 6 —
M. Bonnet . . . . 2 —
M. Marquez. . . . . 1 —

En conséquence, M. Carlet est proclamé correspondant national.

COMMUNICATION

Inoculations antirabiques intensives et mort par la rage. — M. PETER communique à l'Académie un cas de rage survenue à Paris après traitement par la nouvelle méthode intensive, et dont le récit lui a été communiqué par M. le docteur Miquel.

Un jeune homme de vingt ans, charbonnier, demeurant à la Villette, fut mordu à un doigt de la main par le chien de son patron. Ce chien, reconnu enragé, fut abattu peu de temps après.

Le lendemain, un pharmacien, consulté par le jeune homme mordu, lui conseillait de s'adresser au laboratoire de la rue Vauquelin, ce qu'il fit effectivement quarante-huit heures après la morsure.

Au laboratoire, les inoculations furent pratiquées à la région des hypochondres, suivant la nouvelle méthode intensive, trois fois par jour pendant douze jours consécutifs.

La santé resta parfaite pendant cinq semaines, jusqu'au dimanche 12 décembre exclusivement. Ce jour-là apparut un symptôme prémonitoire d'une importance considérable : une douleur, qui bientôt devint constante, au niveau de la cicatrice des *piqûres des inoculations antirabiques*, et non au niveau de la cicatrice de la morsure du doigt.

Bientôt malaise général et sentiment d'extrême faiblesse. La journée du dimanche se passe ainsi dans l'immobilité et dans la tristesse.

Le lundi, la faiblesse augmente, le malade ne peut quitter la chambre et prend à peine quelque nourriture.

Le mardi, il s'alite définitivement et meurt le jeudi, six semaines après la morsure. Le docteur Miquel, appelé ce jour-là, le trouve mort, ayant une bave écumeuse à la bouche.

Des renseignements recueillis dès lors et depuis, il résulte que le mercredi et le jeudi, troisième et quatrième jours de la maladie, il y eut des spasmes de la gorge, de l'impossibilité à avaler les liquides, puis, qu'à d'autres moments, la déglutition de petites quantités de boisson pouvait se faire.

Il n'y a jamais eu de convulsions, mais de la faiblesse, puis de la paralysie.

Tel est le cas de mort chez un mordu inoculé suivant la nouvelle méthode intensive.

Il semble impossible de ne pas être ici frappé d'au moins deux faits :

Le premier, c'est que les douleurs prémonitoires se sont montrées, non pas au niveau du doigt mordu, mais au niveau des piqûres faites par les inoculations antirabiques;

Le deuxième, c'est que les symptômes n'ont pas été ceux de la rage ordinaire, puisque, à part le spasme œsophagien, les accidents dominants, au lieu d'être convulsifs, ont été paralytiques.

DISCUSSION

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Le fait que vient de rapporter, par ouï dire, M. Peter, n'a malheureusement pas été suivi par un médecin. Le docteur Miquel n'est arrivé qu'après la mort et n'a pu que constater la présence d'une bave écumeuse à la bouche. Cela, même en y joignant les récits de famille, était-il suffisant pour caractériser la rage? Non, sans doute.

La forme paralytique est très rare chez les hommes atteints de rage; et c'est par conséquent la moins supposable. D'ailleurs on ne nous parle pas de la sputation constante, un des symptômes les plus importants et les plus caractéristiques de cette maladie. Enfin le critérium par excellence fait ici défaut puisqu'on n'a pas inoculé le bulbe sur des animaux. Quand il s'agit de rage vraie, cette inoculation produit toujours la rage chez les animaux qui la subissent. Dans le cas contraire, elle reste inefficace. Quand elle a fait défaut, il reste donc des doutes sur la nature de la cause de la mort.

Or il peut fort bien arriver qu'un individu mordu par un chien, puis traité, meure d'une autre cause. Récemment encore n'a-t-on pas vu un enfant mordu puis traité suivant la méthode intensive de M. Pasteur, être pris, à la suite d'un coup qu'il avait reçu dans le côté, d'une douleur très vive siégeant dans les hypocondres, c'est-à-dire à la région inoculée, puis d'accidents qui furent considérés d'abord comme rabiques et qui causèrent la mort dans un très bref délai?

Ce fait paraissait un insuccès pour la méthode de M. Pasteur. Mais à l'autopsie on constata que cet enfant avait les reins malades : et d'ailleurs l'inoculation de son bulbe ne produisit nullement la rage chez les animaux.

M. BROUARDEL. J'apporterai à la prochaine séance cette observation dans tous ses détails.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. On ne saurait donc être trop réservé en l'absence de toute autopsie et de toute inoculation de la substance bulbaire.

M. PETER. On ne peut pourtant pas ici nier trois grands faits :

1° La morsure initiale ;
2° Le traitement subi ;
3° La mort survenue au bout de six semaines.

En ne tenant compte que du premier et du dernier de ces trois faits, on n'hésiterait pas à conclure que cet homme est mort de la rage, s'il n'avait pas été traité suivant la méthode de M. Pasteur.

Les douleurs prémonitoires sont très fréquemment accusées, dans la région mordue, par ceux qui vont être atteints de la rage. Ici elles siégeaient au niveau des inoculations pratiquées; et, chose remarquable, la forme était la forme paralytique, celle qu'on observe le plus souvent lorsqu'on inocule des animaux dans les laboratoires, dans ce qu'on pourrait appeler *la rage des laboratoires.*

M. CHAUVEAU. La forme paralytique est fréquente chez les animaux; elle n'est nullement spéciale aux laboratoires, et s'il est vrai, ce qui est très possible sans être entièrement démontré, que cet homme soit mort de la rage, on n'en pourrait nullement conclure que cette rage a été produite par les inoculations plutôt que par la morsure initiale.

M. PETER. Mais c'est bien aussi mon avis.

M. CHAUVEAU. Cet homme serait donc mort de la rage malgré le traitement de M. Pasteur, non à cause de ce traitement. Je crois qu'on s'est d'abord beaucoup exagéré le résultat possible des inoculations préventives. Elles ne peuvent pas toujours réussir : c'est une illusion sur laquelle il faudra revenir un jour. Mais il ne faut pas les accuser de produire les accidents qu'elles n'auront pas pu empêcher.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Plus j'y pense, moins je crois que c'est la rage qui a tué cet homme. En effet, il est mort sans qu'on ait appelé aucun médecin jusqu'au dernier moment. Les choses ne se passent pas ainsi lorsqu'il s'agit sûrement de rage. On prévient les médecins, la police, on transporte le malade dans un hôpital, et c'est pourquoi on peut toujours en faire l'autopsie et constater la nocuité des inoculations de substance bulbaire.

M. PETER. Ces gens étaient très pauvres : et d'ailleurs la forme paralytique effraie moins l'entourage que la forme convulsive.

M. VERNEUIL. Le récit fait à M. Peter et rapporté par lui manque des caractères qui lui donneraient une valeur scientifique. Si notre croyance dans l'efficacité de la méthode de M. Pasteur est une illusion, pour abandonner cette illusion douce, il nous faudrait des preuves plus puissantes, des observations plus complètes.

RAPPORTS

M. PLANCHON, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources nouvelles.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa).

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

KAIROUAN, 28 OCTOBRE — 10 NOVEMBRE.

I

Quand, du fond de la plaine aride et grise, on découvre Kairouan, toute blanche et massée dans son étroite enceinte, au-dessus de laquelle émergent les minarets et les dômes, on éprouve une sensation de soulagement et d'apaisement, qui n'a rien que de très agréable. C'est du moins ce que nous ressentîmes tous, après nos longues journées de fastidieuses solitudes ou de faciles combats.

Nous étions relativement si nombreux et si imposants que les quelques téméraires, qui osèrent se battre, eurent bientôt fait de fuir devant quelques obus et quelques feux de salve.

Et nous allions majestueusement à travers les plaines succédant aux plaines, séparées les unes des autres par des massifs isolés, entre lesquels on passait par des cols plus ou moins difficiles.

On ne rencontrait rien; si ce n'est quelques chaumes, des chardons couverts de coquilles de l'hélice commune, et, de loin en loin, des traces de campements indigènes dont la place était nette, en ce sens qu'il n'y restait que des ordures et de la vermine; par hasard un marabout, grossière maçonnerie blanche, carrée par la base, surmontée d'un dôme et abritant le tombeau d'un saint personnage.

Là où le sol était humide ou sur les bords d'un oued, toujours sec à la surface à cette époque de l'année, il y avait du laurier-rose, du ricin, de la stramoine, auxquels les chameaux, qui mangent tout, se gardaient bien de toucher. Parfois des touffes épaisses de jujubier sauvage, de vertes aubépines et même du thuya entravaient le passage. Au flanc des massifs des amas de cactus donnaient de loin l'illusion d'une prairie; au-dessus étaient de rares pins et puis, plus rien que des rocs anguleux, des crêtes et des pics dénudés dessinant sur le ciel des lignes sinueuses.

Tout ce qui tenait à l'homme avait fui devant la gigantesque invasion, qui ne comptait pas moins de dix mille gens, servis par douze mille bêtes, dont huit mille chameaux. Quand on traversait des ruines, les chouettes effarouchées se sauvaient dans les airs; ailleurs, c'était de pauvres lièvres qui, surpris par la colonne, s'y empêtraient et se faisaient prendre, à la grande joie des popottes.

Et l'on s'avançait jusqu'à ce que l'on trouvât un peu d'eau pour économiser celle du convoi. C'était généralement près de ruines, dont quelques-unes sont restées grandes et attestent encore les splendeurs de la civilisation romaine par l'épaisseur de leurs murailles, par l'entassement des pierres taillées, par les portes triomphales, par les colonnes de marbre couchées confusément sur le sol, par les débris de monuments funéraires, et même par les inscriptions tombales, dont l'une d'elles (à Haïdra) espère que la mémoire d'une épouse chère sera plus durable que le marbre qui recouvre ses restes, dont une autre (à Kasserine) recommande aux amis le bon vin de la Gaule.

Donc, on était las de fouler cette terre déserte dont le cheval arabe, là où il pose le pied, fait disparaître la végétation, suivant un énergique dicton qui exprime bien les instincts destructeurs d'une race restée barbare et ne produisant absolument que ce qui est nécessaire à sa sauvage existence.

Et quand, à midi, le 28 octobre, apparut Kairouan, masquée jusqu'alors par les ondulations du sol, on poussa des cris de joie, et je ne pus, à ce moment, m'empêcher de retourner en arrière dans l'histoire de ce peuple, en pensant à nos ancêtres, les Croisés, arrivant sur les hauteurs d'Emmaüs et apercevant la cité de David.

Cette large silhouette blanche se profilant sur l'horizon lointain d'une plaine immense, dont le ciel n'est borné par des montagnes qu'au nord et à l'ouest; de fatigantes étapes franchies, le repos assuré pour quelques jours, les communications reprises, l'état sanitaire excellent, la nature calme, l'air bleu, en fallait-il davantage pour faire oublier toutes les misères?

Vingt kilomètres nous en séparaient encore, pendant lesquels nous trébuchâmes mille fois sur les innombrables terriers d'un tout joli petit rongeur, qui s'appelle la gerboise, et dont nous n'avions jusqu'alors rencontré que quelques spécimens.

De longues perches, obliquement dressées sur des massifs de pierres, signalaient des puits en briques, larges, profonds, dont l'eau sert à abreuver la terre et ne devrait pas avoir d'autre usage.

Le lendemain, nous campions sous les murs de la ville sacro-sainte. Il y avait, éparpillés dans les alentours, quelques bouquets d'oliviers et de palmiers et partout, au milieu de touffes d'herbes rabougries, des milliers de cloportes, comme si nous n'avions pas assez de toutes les mouches que nous emportions obstinément.

Ces cloportes bleus, gros et moitié longs comme le petit doigt, si nombreux qu'on ne pouvait faire un pas sans en écraser, furent le commencement du dégoût que devaient compléter les ordures de Kairouan.

II

Cette ville est un inextricable fouillis de cases arabes, à un étage au plus et sans autre ouverture qu'une porte basse communiquant en zigzag avec la cour intérieure. Ces cases sont en terre argileuse pétrie et moulée, puis séchée au soleil et plus ou moins cuite au feu; et elles demandent toutes d'urgentes réparations que dédaigne le fatalisme musulman. Elles s'enchevêtrent mutuellement dans un dédale de corridors étroits, dont quelques-uns sont voûtés pour servir de trait d'union aux terrasses.

Et la voie publique qui s'élargit par places et ailleurs constitue quelques semblants de rues; c'est le sol même sur lequel se jettent les immondices de toutes sortes qui s'y amassent et y pourrissent. J'y ai vu, étalées, des peaux d'animaux dont le trépignement des passants fait les premiers frais de tannage.

Dans un quartier spécial est le souk ou marché: en d'autres termes, plusieurs files entrecroisées de petites boutiques borgnes, longeant des ruelles raboteuses, avec des auvents dépenaillés, sous lesquels s'exercent les petites industries et les petits métiers.

Dans chaque carrefour est une mosquée; il y en a quarante de toutes les façons. Ou c'est simplement un marabout, ce qui, aux dimensions près, revient au même.

Des murailles hautes et crénelées, également en briques, qui se démolissent un peu partout d'elles-mêmes, enserrent ces masures. Pour les atteindre du dehors, il n'y a pas plus de chemin que sur la main; on y va tout droit, du côté où il y a une porte, par une piste livrée au caprice de la poussière ou de la fange.

Et voilà la cité vers laquelle s'inclinent toutes les têtes musulmanes de la contrée. Car elle possède la grande mosquée du fameux Sidi Okba, le conquérant de la Tunisie. Cette mosquée, où les purs frémissaient de nous voir, se distingue par son haut minaret en forme de tour carrée, par son étendue et principalement par ses deux cent quarante colonnes de marbre, magnifiques débris de fins arceaux et d'élégants portiques, qui produisent dans ce lieu l'effet de perles dans du fumier.

Ces colonnes sont alignées et accouplées. Le poli de celles qui sont abritées subsiste; les autres ont plus ou moins subi l'injure des ans, et presque toutes ont leurs belles feuilles d'acanthe écornées par un transport maladroit.

Elles sont reliées par de grosses barres de fer et elles supportent des voûtes presque plates et grossièrement construites. C'en est grotesque, et pour comble, des lustres vulgaires en fil d'archal sont suspendus à ces voûtes qu'ils enfument avec leurs lampions en verre de deux sous.

Kairouan possède aussi sa Zaouïa ou école : c'est une lourde bâtisse surmontée de cinq dômes juxtaposés qui dominent la perspective. L'intérieur, dans lequel on pénètre par un portail vermoulu et des marches ébréchées, est divisé en plusieurs salles; il est nu et malpropre. On y remarque quelques tableaux d'écoliers collés aux murs, et, par ci par là, des bancs à peine dégrossis.

Dans un compartiment est un sarcophage entouré et couvert de loques vertes, et, dans une encoignure poussiéreuse, sont amassés des sabres très épais dont les faces sont criblées d'inscriptions de versets du Coran. Ces sabres ressemblent à des espèces de massues, à l'aide desquelles on devait faire entrer les préceptes divins dans le crâne des récalcitrants.

A côté de la Zaouïa, un enclos délabré renferme plusieurs ancres énormes, et l'on est stupéfait à la pensée du travail qu'elles ont dû coûter pour être traînées en cette place, même du rivage le plus voisin. A vrai dire, cela devait se passer à une époque où la main d'œuvre se payait principalement en coups de trique.

Enfin, la Casbah ou établissement militaire attire également l'attention par ses apparences de vieille forteresse démantelée par le temps et l'incurie. Quelques canons antiques finissent d'en écraser les murs, du haut desquels on surplombe la vaste étendue de toutes les terrasses de la ville, ce domaine des femmes, où quelques-unes se faisaient voir, en faisant semblant de se cacher.

Extérieurement, deux immenses bassins, dont les parois s'émiettent suivant l'habitude, étalent en pein air leur eau croupissante, où les animaux gros et petits paraissent ne pas manquer.

Et dans ce milieu fourmillent quinze mille êtres humains, dont le genre masculin, le seul qui circule, est le type achevé du béat bouffi, hâve et flasque. Naturellement, et suivant la formule chère à ces gens-là, qui sont charnels avant tout et d'autant plus qu'ils sont plus efféminés, ils pullulent. Chez eux, la femme c'est la femelle qui, dès qu'elle est nubile, ne cesse pas d'être aux œufs ou au lait. Et, naturellement aussi, ils meurent comme mouches pour toutes sortes de bonnes raisons qui n'ont rien de commun avec l'hygiène publique. Ils ont même l'air de s'enterrer avec enthousiasme, à en juger par les bruyantes démonstrations dont ils accompagnent ceux qui viennent de quitter les terrestres houris, comme s'il n'y avait de saveur et de charmes véritables qu'aux joies du paradis.

Leurs cimetières sont à deux pas de l'enceinte. Les tombes s'y coudoient. Les exhalaisons des fosses peu profondes s'échappent dans l'espace par une étroite issue ménagée vers la tête et facilitant ainsi, à tous les points de vue, le commerce des vivants avec les morts.

Ils ont des bains communs, où ils s'échaudent et se massent. C'est noir et c'est visqueux; il faut être Arabe pour en user.

Et chaque maison contient une citerne souterraine, où tout ce qui tombe de pluie est rigoureusement recueilli, après avoir préalablement balayé les plates-formes et les cours. Il va sans dire que cette eau n'a d'autre qualité que de conserver une certaine fraîcheur. Les grandes citernes extérieures sont des provisions aménagées pour parer à l'insuffisance possible des autres et surtout servir aux nombreux pèlerins qui alimentent les mosquées et toute la séquelle.

Si ce monde ne se lavait pas et même s'il ne se rasait le poil, sauf la barbe, par ordre de Mahomet, c'est-à-dire par acte de foi; si, aux principales dates de son calendrier lunaire, il ne badigeonnait d'un lait de chaux, intus et extra, ses cahutes entassées, et s'il n'avait les longues sécheresses qui arrêtent les fermentations, il serait inabordable. Ce serait aujourd'hui sa seule et vraie défense.

III

Et le temps était féerique : à peine quelques légères vapeurs par instants et presque toujours un soleil splendide ou une lune éclatante. Le soir, on ne se couchait pas, tant le calme d'une douce atmosphère invitait aux longues causeries. Nous dépassions 30 degrés dans l'après-midi; deux fois nous montâmes jusqu'à 33 degrés, et les nuits étaient relativement fraîches.

Malheureusement l'état sanitaire du camp ne cadrait plus avec l'état du ciel.

Pour une colonne, rien ne vaut le déplacement. Tant qu'elle marche, tout va bien la fatigue d'un jour, à l'âge du soldat, n'ayant qu'une médiocre importance et les conditions météorologiques et alimentaires étant d'ailleurs satisfaisantes.

Dans l'espèce, on avait parcouru un peu plus de 200 kilomètres en dix jours, soit 20 kilomètres en moyenne à faire par jour, et il y avait eu deux séjours. Si les obstacles matériels, dus au passage de profonds ravins ou à la nécessité de châtier et tenir à distance d'enragés énergumènes, avaient occasionné quelque peine et quelques retards, il n'avait pas cessé de faire beau et les provisions avaient été si bien comprises qu'il n'était pas permis de se plaindre.

Donc, en arrivant sous Kairouan, la morbidité ne présentait rien que de très ordinaire. Il y avait quelques tubes digestifs en souffrance, quelques-uns même gravement atteints (le plus souvent par le fait d'une insouciance trop commune). Il y avait surtout les accidents paludiques, ceux-là inévitables sur une terre où la moindre humidité développe du miasme. Bref, les équipages ne portaient à cette heure pas plus d'une centaine de malades, y compris quelques blessés par coup de feu ou de sabre, dont un seul amputé. Il y avait eu trois tués, et l'on venait de perdre le premier fiévreux.

Eh bien! nous étions à peine installés que le poison typhoïdien non seulement naquit et évolua de lui-même, mais qu'il imprima son caractère à l'ensemble des manifestations morbides. En pouvait-il être autrement, au sein de cette masse énorme de dix mille hommes et particulièrement de douze mille grandes bêtes, dont les exonérations intestinales, malgré toutes les recommandations et toute la surveillance possible, s'exhalaient plus ou moins longuement à l'air libre?

Il y eut bientôt des coins et des recoins, et, parmi les animaux, de petits bourbiers sous le vent desquels il ne fallait plus rester. A quelque distance, une autre colonne était également campée sous la ville, et cette ville n'était qu'un vaste fumier. Les tripailles de boucherie n'étaient pas partout constamment enfouies; des cadavres de chameaux gisaient çà et là sur les limites du camp, déchiquetés par nos convoyeurs arabes, qui n'avaient pas le moindre souci des débris.

En outre, le 31, il tomba juste à point une petite pluie pour humecter tous les déchets et activer leur décomposition, et la chaleur était presque ardente.

Il en résulta que le sol, déjà si fertile en méfaits paludiques, fut tout de suite prêt à l'épanouissement et à la généralisation du contage typhoïgène.

Il faut s'empresser d'ajouter que c'était prévu et que, dès le premier jour, furent prises les mesures appropriées. Les divers corps furent espacés, le convoi éloigné autant que le permettaient les précautions stratégiques, et un large cercle fut laissé vide autour de l'ambulance, dont les hôtes augmentaient dans de notables proportions. Au surplus, une évacuation sur Sousse fut immédiatement ordonnée, qui la déchargea complètement. Mais nous étions intoxiqués, et dès lors nous ne cessâmes d'avoir des cas graves.

Une conférence hygiénique décida enfin que la situation ne pouvait se prolonger sans danger et qu'il fallait ou se déplacer ou partir. Ce dernier avis prévalut, et l'on partit en effet, le 10, après avoir, par une seconde évacuation, éliminé tout ce qui était ou menaçait de devenir sérieusement indisponible.

Nous fûmes tous témoins, dans cette circonstance, de l'atténuation rapide de phénomènes dysentériques par le fait même de la mise en route.

On allait vers le sud, la région des palmiers. La musique des zouaves entonnait la Lisette et le beau ciel suivait.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 30 décembre 1886, sont nommés :

1° Professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, M. Gariel.

2° Professeur d'anatomie à ladite Faculté, M. Farabeuf.

3° Professeur de pathologie interne à ladite Faculté, M. Dieulafoy.

4° Professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. Moissan.

5° Professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris, M. Joannès Chatin.

6° Professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers, M. Garbe.

— Par décret, en date du 4 janvier 1887, MM. les docteurs Charrin et Martin (A.-J.), à Paris, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 23 décembre 1886, M. Crolas, professeur à la Faculté de Lyon, a été nommé membre de la commission supérieure du phylloxéra.

— Par arrêté ministériel en date du 3 janvier 1887, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux docteur et pharmacien dont les noms suivent :

M. Guillet, docteur à Beffon (Côtes-du-Nord); M. Labsolu, pharmacien à Yerville (Seine-Inférieure).

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1887; M. Janssen a été élu par 44 suffrages sur 58 votants.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20518

N° 4. — SAMEDI 8 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 8 JANVIER 1887. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des auto-intoxications dans les maladies.

« Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre, quand on s'intéresse aux choses de la médecine. » Ainsi s'exprimait M. le professeur Bouchard dans la première leçon de son cours de pathologie générale de la Faculté de 1885-1886. Il entendait caractériser et louer par là la tendance de la médecine de nos jours à se préoccuper de la genèse des maladies, après s'être attachée, pendant de longues années, à la constatation des symptômes, à la recherche des lésions anatomiques et à l'étude de la physiologie pathologique. La pathogénie semble être, en effet, en ce moment, l'objectif principal des méditations et des recherches des pathologistes. Quelques-uns, du moins, parmi ceux à qui nous décernons le plus volontiers la qualification de maîtres et qui en ont effectivement la charge, abordent bravement le problème physiologico-pathologique si ardu du mécanisme de production des maladies et l'étude des conditions qui, dans un état morbide donné, déterminent l'enchaînement des lésions et les manifestations des symptômes qui les traduisent ; complétant et élargissant ainsi, en l'éclairant d'une lumière nouvelle, l'œuvre déjà si féconde de leurs prédécesseurs.

M. Bouchard est justement un de ceux-là ; et si nous partageons de grand cœur avec lui ce sentiment de satisfaction de vivre dans ce mouvement, c'est à lui-même que nous en sommes en grande partie redevables. Déjà, il y a quelques années, à l'occasion de la publication des leçons de son premier cours à la Faculté, sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition*, nous faisions remarquer avec un véritable plaisir tout ce que renfermait ce cours de documents instructifs et de théories séduisantes, par leur caractère vraiment scientifique, sur tous les éléments de la question des altérations générales de la nutrition, envisagées comme causes des maladies. A l'aide d'un tel guide, on suivait avec un intérêt croissant la recherche du comment se produisent les maladies qui dépendent du ralentissement de la nutrition ; comment leurs éléments s'enchaînent ; à quels résultats elles aboutissent ; comment elles naissent, comment elles finissent et comment elles peuvent être abrégées.

Dans cette nouvelle série de leçons, dont le sujet est l'étude du rôle des auto-intoxications dans les maladies, nous allons retrouver, sinon une solution certaine et définitive, du moins une étude toujours approfondie d'un grand nombre de problèmes pathogéniques de la plus grande portée pratique.

Pour M. Bouchard, les maladies peuvent être le résultat de quatre grands processus. La nutrition est défectueuse ou viciée, les troubles nutritifs peuvent être héréditaires ou acquis. De là les maladies par trouble ou ralentissement nutritif, — sujet traité dans la première série des *Leçons de pathologie générale*.

L'organisme humain est rendu malade par des causes extérieures, mécaniques, physiques ou chimiques (traumatismes, brûlures, empoisonnements). Ces causes extérieures restent rarement à l'état de simplicité ; elles se compliquent souvent d'actions réflexes ou d'infection. Elles peuvent aussi exercer une action indirecte par l'intermédiaire du système nerveux.

Enfin notre organisme peut être envahi par le parasitisme et devenir malade par voie d'infection.

L'intoxication, dit M. Bouchard, lorsqu'elle agit primitivement, est comprise dans l'un des grands processus pathogéniques ; mais les autres processus, aussi bien les troubles préalables de la nutrition que les réactions nerveuses et l'infection, peuvent aussi agir secondairement par intoxication.

Quand la nutrition est ralentie, chez les obèses, chez les goutteux, par exemple, il est fréquent d'observer certains troubles nerveux : l'apathie, l'accablement, l'inaptitude au travail, la céphalée, et de constater dans les excrétions rénales, cutanées ou pulmonaires, des produits incomplètement oxydés de la désassimilation, l'acide oxalique, les acides gras, volatils. C'est une ébauche d'intoxication, due à un trouble préalable de la nutrition.

Les mêmes substances nuisibles engendrant les mêmes désordres nerveux, peuvent se produire d'une façon surabondante ou se détruire d'une façon insuffisante, chez des gens habituellement bien portants, par le fait d'excès, de veilles, de préoccupations tristes ou sous l'influence de l'humidité, du froid, du séjour dans des lieux mal aérés et mal éclairés, toutes causes qui n'impressionnent l'organisme qu'en modifiant d'abord le système nerveux, soit central, soit périphérique. C'est un autre exemple d'intoxication ébauchée due à une réaction nerveuse pathogène.

Parmi les substances fabriquées par certains microbes, il en est qui, même à petites doses, sont éminemment toxiques, alors même que ces microbes n'existent que dans le tissu cellulaire, les accidents généraux étant dus, dans ce cas-là, à l'absorption des matières toxiques fabriquées par ces microbes. Il y a donc des cas où l'infection amène secondairement l'intoxication.

Ainsi, ajoute M. Bouchard, l'homme s'empoisonne non seulement quand il avale une substance vénéneuse ou quand il respire un gaz méphitique, mais encore quand il est atteint de certaines maladies.

Le poison, quand il vient du dehors ou quand il est fabriqué dans l'organisme par une perversion de la nutrition ou par la sécrétion d'un microbe, est une matière anomale. Mais il existe des poisons normaux.

L'homme sain est un réceptacle et un laboratoire de poisons. Il en reçoit par les aliments, il en fabrique par désassimilation, il en forme par ses sécrétions.... Et cependant il n'est point empoisonné. Pourquoi? Il est défendu de plusieurs manières contre l'empoisonnement : d'abord par son foie qui le protège en arrêtant au passage les poisons puisés dans l'intestin par la veine-porte, pour les neutraliser ou les rejeter dans l'intestin; puis par les émonctoires, qui expulsent les poisons en circulation. Enfin l'urine contient plusieurs poisons : une substance diurétique (l'urée); une substance narcotique; une autre sialogène; une qui contracte la pupille; une hypothermisante; deux convulsivantes.

Tous ces poisons viennent du sang, et cependant le sang n'est pas toxique, ou du moins il ne l'est que très faiblement. Les poisons qu'il contient sont des matières organiques, résultant de la désassimilation et de la sécrétion, et des matières minérales.

Enfin le tube digestif est une source considérable de poisons : la potasse des aliments, la bile, sa matière colorante et ses sels, les produits des putréfactions intestinales.

La connaissance de la multiplicité des agents toxiques et normaux permet de comprendre, suivant que prédomine tel ou tel d'entre eux, les formes cliniques multiples que peut revêtir l'intoxication urémique, notamment les formes convulsive et comateuse; elle explique l'apparition de certains symptômes spéciaux, tels que l'hyperthermie, la contraction pupillaire, etc.

Après l'étude de l'intoxication résultant de la rétention des poisons normaux, M. Bouchard étudie les états morbides causés par l'exagération de leur formation, exemples : l'embarras gastrique, la constipation, l'obstruction intestinale, les intoxications par poisons d'origine intestinale (viandes gâtées, aliments altérés, etc.), tous cas ressortissant à l'infection, avant d'aboutir à l'intoxication, et dans lesquels on constate, entre l'ingestion des aliments putrides et le début des accidents toxiques, une assez longue période d'incubation.

La circonstance la plus commune dans laquelle se trouvent réalisés les accidents d'intoxication par formation excessive de poisons dans le tube digestif, est la dilatation de l'estomac, qui, indépendamment des troubles digestifs et des accidents nerveux, cortège habituel de la dyspepsie, cause beaucoup d'autres désordres, tels que, en particulier, une albuminurie habituellement chronique et qui peut devenir permanente si elle n'est combattue à temps.

C'est en provoquant des fermentations gastriques anomales et un excès de fermentations intestinales, en préparant ainsi des poisons et surtout de l'acide acétique, que la dilatation de l'estomac vicie la nutrition du tissu osseux et produit une déformation particulière de certaines articulations, une variété de rhumatisme noueux, l'ostéomalacie, etc. Il est d'autres maladies de déchéance qui résultent des troubles de la nutrition générale engendrée par la dilatation de l'estomac : la chlorose et la phthisie pulmonaire.

M. Bouchard indique le rôle que jouent, même dans les maladies infectieuses, certaines intoxications secondaires, et il est conduit ainsi à exposer ses vues sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Il montre la part qui revient à l'intoxication dans l'ictère. Cette intoxication est double. La bile est toxique surtout par sa matière colorante. D'autre part, les sels biliaires augmentent la désassimilation, détruisent des cellules musculaires et des globules sanguins et mettent ainsi en liberté des poisons organiques et minéraux, notamment de la potasse.

Dans beaucoup des maladies qui produisent l'ictère, le foie, qui normalement protège l'organisme contre les poisons intestinaux, étant détruit ou entravé dans son fonctionnement, cesse d'exercer ce rôle de protection et cesse aussi de fabriquer de l'urée, qui entraîne avec elle les autres matériaux toxiques. Ainsi se produit une intoxication complexe dont les phases successives sont la cholémie, l'acholie et l'urémie.

Dans l'ictère, la vraie sauvegarde de l'organisme contre l'intoxication, est le rein. Tant qu'il fonctionne, les urines des ictériques sont très toxiques. Le rein vient-il à exercer d'une manière insuffisante son rôle dépurateur, l'urine de l'ictérique cesse d'être toxique, mais l'ictérique s'empoisonne par le fait de la rétention des poisons normaux.

Les poisons normaux ne sont pas seuls en cause dans les auto-intoxications. L'atrophie jaune aiguë du foie fournit un exemple de substances anomales fabriquées par l'organisme élaborant vicieusement la matière. Telle est l'origine de certaines albumines insolites, de la transformation insolite de certains médicaments, de la naphtaline, par exemple.

Chez les glycosuriques, outre les accidents résultant d'une destruction incomplète du sucre formé par l'organisme, celui-ci peut donner naissance à un corps qui, dans les urines des malades atteints de coma diabétique, prend une coloration rouge au contact du perchlorure de fer. Ce corps, qui est toxique, se trouve également dans certains cas de cancer de l'estomac, d'anémie pernicieuse, de leucocythémie.

Dans le choléra, il se fait aussi parfois une élaboration anomale de la matière, attestée par la coloration violette que présentent les urines de certains cholériques soumis à l'usage de la naphtaline. Il existe, en outre, chez les cholériques, un poison primitif inconnu, qui est fabriqué soit par l'organisme à la sollicitation de microbes pathogènes, soit par ces microbes eux-mêmes. L'existence de ce poison est démontrée par la toxicité spéciale des urines des cholériques injectées aux animaux. Enfin, outre les accidents causés par ce poison, les cholériques subissent, à un moment donné, par suite de l'anurie, une intoxication secondaire par rétention des poisons normaux.

Ce rapide aperçu d'une pathogénie qui s'appuie sur des faits en grande partie nouveaux et sur des théories physiologico-pathologiques du plus grand intérêt, puisées à la double source des études de laboratoire et de l'observation

clinique, serait incomplet, si nous ne le faisions suivre des applications thérapeutiques qui s'en déduisent ; car, suivant la juste remarque qu'en fait M. Bouchard lui-même, ces notions pathogéniques ne donnent pas seulement satisfaction à la curiosité scientifique, elles ont pour corrollaire des applications pratiques.

C'est ce que nous exposerons dans la prochaine Revue.

Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren).

Un nouvel exemple de rétraction de l'aponévrose palmaire, cette affection singulière, encore incomplètement connue, sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs, s'est présenté récemment dans le service de M. Trélat à la Charité. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, bien portant et bien conformé d'ailleurs, qui depuis moins d'un an, est affecté d'une lésion de la main gauche qui en paralyse en partie les fonctions et le gêne beaucoup dans l'exercice de sa profession (il est boulanger). Voici en quoi elle consiste.

Si l'on regarde la main par sa face dorsale, on n'y remarque rien d'anomal ; mais à la face palmaire on constate un certain degré de rétraction des doigts, notamment de l'annulaire, sans ankylose ; on peut les fléchir, mais ils opposent une grande résistance aux efforts de redressement. Le tégument de la paume de la main est épaissi, tendu, dur ; on y remarque deux cordes saillantes dans la direction des tendons fléchisseurs ; la peau n'est pas seulement soulevée, distendue, par ces deux cordes, mais elle y est très fortement adhérente, elle fait corps avec elles, et elle est elle-même un peu hypertrophiée.

Les cordes qui soulèvent ainsi le tégument viennent mourir sur l'articulation métacarpo-phalangienne où leur tension est le plus prononcée.

Vu l'âge du malade, son état général de santé, le genre de travail auquel il est astreint, la lenteur avec laquelle cette lésion s'est produite, les caractères particuliers et le peu de réaction qu'elle a exercée sur l'ensemble de l'économie, tout indiquait qu'on avait affaire à cette affection restée longtemps mal connue, à laquelle on a donné le nom de Dupuytren, qui l'a le premier décrite : la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Pendant longtemps les chirurgiens s'entendaient très peu sur la nature de cette affection. La plupart croyaient avoir affaire à des rétractions tendineuses. Quelques-uns ont même pratiqué des ténotomies, mais ces sections tendineuses ne devaient donner et ne donnèrent pas les résultats attendus. Ce ne fut qu'à l'occasion de quelques rares autopsies — cette lésion n'amenant jamais la mort par elle-même — qu'on put parvenir à reconnaître qu'il ne s'agissait pas là de rétraction des tendons des doigts, mais bien de l'aponévrose palmaire qui les recouvre et dont les languettes vont se fixer sur les côtés des phalanges.

Sauf quelques nuances dans les limites attribuées à la dégénérescence, tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour admettre que les lésions siègent principalement dans les dépendances de l'aponévrose palmaire et dans cette aponévrose elle-même. Voici en quels termes M. Polaillon, qui a eu l'occasion de disséquer une main atteinte de cette lésion, l'a décrite dans l'article : MAIN (pathologie) du *Dictionnaire encyclopédique* :

« La peau est saine. Lorsque par sa dissection on l'a séparée des brides fibreuses qui se fixent à la face profonde, on reconnaît qu'elle jouit de toute sa souplesse et de l'intégrité de sa texture... La couche de graisse sous-cutanée est traversée par des tractus fibreux, plus ou moins hypertrophiés, qui vont de la profondeur du derme à la face antérieure de l'aponévrose... Dans les cas où la rétraction est peu prononcée, le ligament palmaire ne présente souvent ni une épaisseur, ni une force, ni une résistance plus grandes que de coutume... Quoi qu'il en soit, les brides pathologiques suivent la même direction que les fibres normales du ligament palmaire. Comme elles, les unes sont longitudinales, les autres transversales.

Les fibres longitudinales partent du ligament palmaire et se rendent à la partie profonde du derme ou aux deux premières phalanges sur lesquelles elles s'insèrent, soit sur le côté, soit sur la face antérieure de la gaine des fléchisseurs. Ces brides fibreuses sont remplacées quelquefois par de véritables tumeurs fusiformes ou fibromes, etc. »

Grâce à cette première notion et à une observation plus rigoureuse et plus attentive, on est arrivé à constituer d'une manière à peu près complète l'histoire de cette maladie. C'est ainsi que l'on sait aujourd'hui que c'est une maladie de l'âge adulte ; on ne l'observe que très rarement au-dessous de vingt ans ; c'est, en général, entre quarante et cinquante ans qu'elle se montre ; elle est tout à fait exceptionnelle chez la femme. Enfin on a cru qu'elle était héréditaire dans certaines familles. La démonstration de l'hérédité n'est pas encore bien établie ; mais quelques faits cependant semblent autoriser à l'admettre.

Quant à l'étiologie, on s'est longtemps mépris. La plupart des chirurgiens considéraient cette rétraction comme le résultat d'un traumatisme, et l'attribuaient aux pressions réitérées exercées sur la paume de la main par des corps durs dans un grand nombre de travaux manuels.

On a reconnu dans ces derniers temps qu'elle se rattachait le plus souvent à une diathèse goutteuse ou rhumatismale, les pressions, les chocs et les frottements répétés n'intervenant que comme causes accessoires. En remontant aux antécédents on a presque toujours retrouvé des manifestations goutteuses ou rhumatismales, soit chez les malades eux-mêmes, soit chez leurs parents.

Avant que l'on ait acquis cette notion sur l'origine la plus commune de la rétraction de l'aponévrose palmaire, on n'attaquait cette lésion que par des procédés chirurgicaux. Dupuytren coupait en travers toutes les brides avec la peau et il s'arrêtait quand l'obstacle lui paraissait avoir été détruit. Il était souvent obligé de faire de nombreuses incisions à ciel ouvert. Il en résultait parfois des inflammations des gaines tendineuses, l'exfoliation des tendons et des fusées purulentes. Pour obvier à ces inconvénients, Goyrand proposa de faire une incision longitudinale à la peau, sur chaque bride préalablement tendue ; les lèvres de la plaie étaient ensuite écartées et détachées des adhérences ; les cordons fibreux mis à découvert étaient coupés en travers. M. Richet a modifié heureusement le procédé de Goyrand, en faisant une incision longitudinale sur la bride tendue, puis en pratiquant perpendiculairement à chacune des extrémités de cette incision, deux autres incisions, de manière à obtenir deux lambeaux cutanés en forme de volets et excisant ainsi tout ce qui s'opposait à l'extension.

La notion de l'origine rhumatismo-goutteuse de cette lésion avait fait momentanément renoncer à ces opérations, dans l'espoir qu'un traitement médical approprié à la dia-

thèse arthritique en viendrait à bout. Mais devant l'impuissance démontrée, dans la majorité des cas, de la médication alcaline, aidée des topiques narcotiques et résolutifs, des bains et douches sulfureux et du massage, on est revenu depuis quelques années aux procédés opératoires, d'autant plus qu'on y était autorisé et encouragé par le secours des moyens antiseptiques qui en assuraient l'innocuité.

M. Trélat a procédé chez ce malade à l'opération, d'après un procédé qui lui a déjà réussi dans un cas semblable, en 1869, et qui consiste à introduire un ténotome sous la peau, à décoller celle-ci de ses adhérences avec l'aponévrose et à faire ensuite avec ce même ténotome, par une véritable application de la méthode sous-cutanée, des sections multiples, en raison des résistances à vaincre. La main, une fois redressée, une palette devra la maintenir dans une extension d'abord légère et qui devra être graduellement accrue par la suite. Puis on exercera successivement tous les jours l'extension et les mouvements des doigts.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLY.

Polypes naso-pharyngiens.

Si nous jugions de l'état sanitaire de la capitale d'après ce qui se passe dans nos salles, nous pourrions dire qu'il est des meilleurs actuellement, chirurgicalement parlant, car nous n'avons absolument aucun fait un peu important duquel nous puissions vous entretenir, aucune opération à pratiquer en ce moment. Tout ce que nous avons à faire aujourd'hui, c'est de continuer la cure du polype naso-pharyngien chez un petit malade en cours de traitement depuis un certain temps déjà, c'est-à-dire poursuivre la destruction dudit polype par une application du thermocautère à travers la voie que nous avons ouverte dans ce but par le procédé de Nélaton soit par une section du voile du palais et non pas de la voûte palatine.

Sous l'influence des cautérisations répétées que nous avons déjà faites, l'expansion pharyngée est déjà en grande partie diminuée tandis que l'expansion du côté des fosses nasales semble se racornir, se dessécher peu à peu et diminuer aussi maintenant d'une façon assez notable.

A ce propos je vous entretiendrai quelques instants d'une communication faite sur le même sujet des polypes naso-pharyngiens, à la Société de chirurgie, il y a quelque temps, par M. Berger. Il s'agit d'un jeune garçon d'une douzaine d'années que mon confrère a présenté à la Société, désireux d'avoir l'avis de ses collègues sur l'opération à pratiquer, soit le procédé de douceur, c'est-à-dire la destruction lente, progressive, du polype, par la cautérisation à l'aide du fer rouge, ou à l'aide d'un caustique quelconque, soit le procédé d'exérèse totale, l'ablation radicale du polype naso-pharyngien.

Un certain nombre de chirurgiens ont repoussé cette dernière opération, notamment M. Verneuil, qui fut d'avis de pratiquer par la voie buccale une boutonnière suffisamment large pour arriver à détruire ledit polype naso-pharyngien par des cautérisations répétées, soit avec le fer rouge, soit avec un caustique quelconque.

Cette abstention de toute intervention par instruments tranchants est basée sur un certain nombre de cas malheureux, nombre petit, il est vrai, mais suffisant néanmoins pour la justifier, ces cas ayant été caractérisés par des hémorrhagies se terminant par la mort. L'écoulement sanguin est d'ailleurs toujours considérable, et toute tentative d'extraction provoque les hémorrhagies qui peuvent être dangereuses surtout si l'opération est un peu longue.

On a discuté la question de ces pertes de sang, et M. Pozzi a proposé l'explication suivante de ces terminaisons fatales.

Il a dit que, des hémorrhagies se produisant dans un point aussi rapproché de l'encéphale avaient une influence plus grande sur la production des syncopes que celles qui avaient lieu dans une région plus éloignée, il y aurait là une influence directe sur ces syncopes en raison du siège même de l'hémorrhagie.

Une autre cause pourrait aussi être invoquée pour expliquer la rapidité de la mort, c'est que les malades porteurs de polypes naso-pharyngiens sont généralement, par suite même de cette lésion, sujets déjà depuis un temps plus ou moins long à des hémorrhagies, à des épistaxis à répétition. De là un certain degré d'anémie au moment où ces malades sont soumis à une intervention chirurgicale.

Cependant — et je reviens maintenant au fait de M. Berger — nous avons soutenu, dans le cas présent, M. Terrier et moi, l'opinion d'une opération radicale, de l'extirpation totale du polype, nous basant sur l'excellent état de santé du malade, sa bonne constitution, nullement épuisée, et aussi sur le long temps pendant lequel les cautérisations doivent être continuées pour en arriver à une destruction complète, tandis qu'une exérèse faite rapidement pourrait nous préserver d'une hémorrhagie grave. L'on sait, en effet, que dès que la tumeur est enlevée, l'écoulement du sang cesse aussitôt.

J'ai proposé, comme plan opératoire, l'incision ordinaire, la section du maxillaire par le procédé de Nélaton, le malade étant placé la tête suffisamment en bas pour éviter la pénétration du sang dans les voies respiratoires, en ayant soin, de plus, de tamponner très fortement avec des éponges.

Chez le petit malade dont je vous ai parlé en commençant, m'étant trouvé constamment arrêté par les hémorrhagies à chaque tentative d'extraction de son polype, j'avais dû opter pour la destruction lente par des cautérisations répétées faites avec le thermocautère. Mais, je me hâte de dire que ce cas n'était nullement comparable à celui de M. Berger.

Ces deux faits nous prouvent, en résumé, que dans les polypes naso-pharyngiens on se trouve conduit à agir bien plutôt selon chaque malade que d'après la lésion elle-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1887. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. — M. TILLAUX, à l'occasion de l'observation présentée par MM. Pozzi et Trélat et de la discussion qui s'en est suivie, fait connaître son opinion sur la conduite à tenir en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Il rappelle que M. Trélat a émis cette opinion que toute plaie de la zone ombilicale intéresse fatalement l'intestin grêle; que toute plaie de l'intestin grêle par arme à feu est mortelle; sa conclusion était donc que la laparotomie est indiquée

pour toute plaie de la zone ombilicale, aux premiers signes de péritonite.

M. Tillaux ne partage pas cette manière de voir; une balle, dit-il, peut cheminer entre les anses intestinales; M. Le Dentu en a cité un exemple; en outre, les balles de petit calibre pénétrant dans l'intestin grêle ne sont pas fatalement mortelles. M. Tillaux cite un exemple de guérison spontanée dans un cas de ce genre. Donc, que faire en présence d'une plaie petite, sèche, sans écoulement, dans la région de l'intestin grêle? S'il n'y a aucun phénomène local ou général, si la plaie est très étroite et l'intestin vide, il ne faut pas faire la laparotomie; il faut recourir à une immobilisation absolue et immédiate, à la diète et à l'opium à hautes doses. S'il y a une sonorité générale du ventre, même sur le foie, un commencement de péritonite, le cas est très grave; mais si la péritonite est localisée, elle peut être enrayée par un traitement médical. La laparotomie, faite dans ces conditions, est très grave; elle peut entraîner la mort par elle-même, par la longueur des recherches faites sur l'intestin; elle ne peut donc que diminuer les chances de guérison.

Enfin, si la péritonite est généralisée ou en voie de généralisation, la mort est certaine. La laparotomie peut alors être tentée. Elle doit donc être réservée aux cas désespérés.

M. DESPRÉS, en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, fait appliquer une bande de diachylon comprimant l'abdomen au niveau de la plaie, prescrit la diète absolue, même des liquides, et l'opium si l'on veut. Il cite l'observation d'un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'une plaie par revolver près de l'ombilic, qui est amené à l'hôpital à deux heures du matin; le lendemain matin, M. Després trouve le ventre modérément ballonné; il ne sort rien par la plaie; il y a eu seulement un vomissement glaireux; M. Després pense qu'il n'y a pas eu de lésions de l'intestin ou que des adhérences se sont déjà effectuées. M. Després soumet ce malade au traitement dont il vient de parler, et, treize ou quatorze jours après, la guérison était complète. Or si ce malade était tombé entre les mains d'un chirurgien entreprenant, on lui aurait peut-être fait la laparotomie, et il avait chance d'en mourir. Cette opération, si elle est faite trop tôt, peut être non seulement inutile, mais même dangereuse: plus tard, alors que le malade est perdu, elle peut être tentée, mais sans doute bien inutilement. On a proposé également la laparotomie contre la péritonite chronique ou même contre la péritonite puerpérale. Dans ce dernier cas, en particulier, elle est de toute inutilité.

M. LE FORT pense que quand on a affaire à un malade qui a reçu dans le ventre une balle de petit calibre, lorsqu'il n'y a pas d'accidents, il faut ne pas intervenir. On sait, en effet, que les balles de 7 millimètres traversent les tissus sans grand dommage. Mais la difficulté commence quand les accidents apparaissent. M. Tillaux est encore d'avis d'attendre dans ces cas. M. Le Fort ne partage pas cette opinion et pense que, dans ces cas, le malade est perdu si on n'intervient pas; il faut alors faire la laparotomie.

Il ne faut pas rapprocher ces faits de ceux de la péritonite puerpérale, comme l'a fait M. Després. Dans ces derniers cas il y a un empoisonnement et l'ouverture du ventre n'y fera rien. Il n'en est plus de même dans les cas de péritonite traumatique. Quand il y a des matières épanchées, il faut ouvrir le ventre. Contrairement à M. Tillaux, M. Le Fort pense qu'il ne faut pas attendre que le malade soit *in extremis* pour intervenir.

M. POZZI fait remarquer que le calibre des balles est très important; mais ce n'est pas le seul fait important. Ainsi dans son cas, où il s'agissait d'une balle de 7 millimètres 1/2 il y avait des blessures considérables de l'intestin. Il faut donc tenir compte aussi de la direction du projectile.

Enfin dans les cas où l'on a la certitude que la vessie a été traversée, n'est-il pas formellement indiqué d'intervenir autant que possible avant douze heures?

M. TILLAUX dit que certainement il est très difficile de savoir au juste quand il faut intervenir. Il y a des cas où on observe les symptômes d'une péritonite commençante et où les malades peuvent guérir. M. Berger en a cité un exemple: quand il y a un épanchement évident de matières stercorales, alors, sans doute, il faut intervenir, le malade étant perdu fatalement sans intervention.

M. BOUILLY ajoute que c'est la réaction péritonéale et l'intensité de cette réaction qui fait l'indication. Quand il y a épanchement de bile, d'urine ou de matière fécale, il y a une réaction péritonéale spéciale, intense, qui commande l'intervention hâtive. Quant à la péritonite puerpérale, on peut l'arrêter par la laparotomie et le lavage. Il y a des exemples. En résumé, c'est la réaction du péritoine avec ses diverses variétés qui fait l'indication de l'intervention.

M. DESPRÉS se rappelle avoir observé pendant la guerre plusieurs blessés ayant reçu de grosses balles dans le ventre, qui tombaient sous le coup, se relevaient, marchaient avec leur blessure, puis étaient pris de douleurs atroces et mouraient en quatre heures. Que pourrait faire la laparotomie pour de pareils cas?

Kélotomie. — **M. FARABEUF** fait un rapport sur plusieurs cas de kélotomie pratiqués par M. Piéchaud (de Bordeaux) pour des hernies étranglées. Sur huit cas, il n'a eu qu'un cas de mort.

Désarticulation de la hanche. — **MM. PIÉCHAUD** et **LANNELONGUE** ont aussi communiqué deux cas de désarticulation de la hanche par dissection suivis de mort. Dans ces deux cas il s'agissait d'un ostéo-sarcome du fémur.

Restauration de la face. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur un travail de M. Auffret, chirurgien de la marine, sur plusieurs cas de restauration de la face à la suite de traumatismes, de cancroïdes enlevés ou de lupus ulcéreux. M. le rapporteur signale particulièrement une observation de lupus en voie de dégénérescence cancroïdiale qui a nécessité une large ablation et une restauration autoplastique qui a très bien réussi.

Résection du péroné. — **M. REYNIER** communique un cas d'ostéo-myélite du péroné chez un enfant de seize ans, pour lequel il a pratiqué la résection de cet os, opération qui a été suivie d'une prompte guérison et d'une rapide régénération osseuse. (Comm.: MM. Peyrot, Nepveu et Schwartz.)

Ovariectomie. — **M. BOUILLY** communique l'observation d'une femme de trente-trois ans souffrant du ventre depuis quatorze ans. Elle fut prise il y a quelques mois d'un abcès à la fosse iliaque qui fut ouvert. Les accidents reparurent et on sentit du côté du cul-de-sac vaginal droit une fluctuation qui fit penser à une suppuration de l'ovaire. M. Bouilly, assisté de M. Terrillon, fit ce matin même la laparotomie et pratiqua l'ablation de l'ovaire droit qui était infiltré de foyers purulents et très volumineux. Le pus fut examiné histologiquement. Il s'agissait donc bien d'une ovarite suppurée. Immédiatement après, M. Bouilly procéda à l'extirpation de l'autre ovaire dont la malade souffrait également. Cet ovaire était plus petit, très dur, et adhérant à toutes les parties voisines.

Rupture du rectum. — **M. QUENU** communique un cas de rupture spontanée du rectum chez une malade qui avait des hémorrhoïdes internes.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

80. M. JUÉRY. Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané. (Essai sur leur pathogénie.) — 81. M. ANSALONI. Considérations sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus. — 82. M. CŒUR. Contribution à l'étude de l'œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires. — 83. M. RUMEAU. Essai pathogénique de quelques troubles de la conjonctive, survenus

dans le cours des affections inflammatoires consécutives à des maux de dents. — 84. M. Cornudet. De la dent de sagesse en général et en particulier des accidents provoqués par son éruption. Nouvelles considérations pathogéniques. — 85. M. Dimitropoulos. Des dyspepsies nerveuses. (Étude pathogénique et critique.) — 86. M. Orléanu. Contribution à l'étude de la pellagre, observée particulièrement en Roumanie. — 87. M. Peigné. Parallèle entre les présentations de la face et celles du sommet. (Diagnostic et mécanisme.) — 88. M. Méchin. Contribution à l'étude de la monoplégie hystéro-traumatique.

VARIÉTÉS

Fragments poétiques (1),

Par M. le docteur Henry Bouchut, licencié ès sciences.

Si Chéreau, le chercheur, sortait de la tombe et voulait publier une seconde édition de son intéressant *Parnasse médical français*, paru en 1874, il aurait à y ajouter quelques noms nouveaux; car, malgré l'esprit positif qui est la caractéristique de notre époque, on rencontre encore quelquefois des gens qui estiment à bon droit que

Un pasteur de santé peut bien sans déroger
S'exercer dans un art aux cures étranger,

comme l'écrivait Andrevetan, dans le *Code moral de médecine*. On a raconté tant de fois qu'Apollon est père d'Esculape, que bien des médecins ont fini par le croire et se sont permis de lutiner la Muse.

Un jeune docteur, Henry Bouchut, enlevé prématurément à ses parents, à ses amis, à la science et à la littérature, — licencié ès sciences à dix-neuf ans, docteur en médecine à vingt-quatre! — avait trouvé le moyen de faire marcher de front ses études scientifiques et littéraires, se délassant des unes en s'adonnant aux autres, et ne laissant ainsi aucun moment inoccupé dans son existence, comme si un fatal pressentiment lui eût dit que sa fin était proche.

Dans ses cartons, on trouva, après sa mort, un abondant butin littéraire : un opéra en quatre actes, quelques romans et de nombreux fragments poétiques. Une main pieuse et amie les a recueillis, et ils constituent un élégant volume, que nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs.

Ces vers sont écrits avec le cœur d'un jeune homme qui cherche sa voie, qui a demandé à la science et à la médecine ce qu'elles peuvent lui donner, et qui a pensé qu'à côté de la science il y a place pour la littérature. Il avait doublé les étapes de la vie pour arriver à ce banquet dont parle le poète, et dont il est sorti « la bouche encore pleine », avec toutes les illusions et les longs espoirs de la jeunesse. Il semblerait qu'Henry Bouchut pressentît que ses jours étaient comptés, car ses vers étaient empreints d'une douce mélancolie et d'un septicisme prématuré :

On ne croit plus à rien dans le siècle où nous sommes,
Le vent a desséché le cœur des jeunes hommes...

Quelquefois il ondoie, passe du grave au doux, et se rappelle sa valseuse :

Son pied est petit; dans sa mule
Un roitelet n'entrerait pas,
Et sa taille de libellule
Vous fait parfois perdre le pas.

Ou bien encore il porte un toast à son maître, le professeur Wurtz; sans doute, dit-il,

Sans doute je devrais me taire,
Je suis jeune et suis inconnu ;
Votre bonté n'est pas mystère,
Et j'espère être bienvenu.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. — Paris 1887, Guillard, Aillaud et Cie.

Je suis élève d'Épicure,
J'aime ses atomes crochus,
Mais j'aime aussi, c'est ma nature,
La douce liqueur de Bacchus.

De sa vie militaire, Henry Bouchut n'avait pas conservé un souvenir chauvin, car, dit-il,

En mettant l'habit militaire,
J'ai perdu toute liberté ;
J'ai bien le nom de volontaire,
Mais je n'en ai pas la fierté.

Il faut avoir été médecin de campagne pour comprendre tout ce qu'il y a de poésie dans le son des cloches « à la voix argentine » dans les belles matinées ou les soirées des grands jours. Un jour Henry Bouchut assiste au baptême d'une cloche à Nuits-sous-Ravières. Cette petite fête provinciale lui inspire une charmante pièce sur la cloche :

Lorsqu'à l'aube l'oiseau fredonne sa chanson,
Que déjà l'alouette a chanté sa venue,
Que le gai rossignol, caché dans son buisson,
Chante un nouveau soleil éclairant l'horizon,
Tu diras que le jour apparaît dans la nue.

Dans cet élégant volume, le jeune poète a dit toute sa vie. Ses vers, écrits presque au jour le jour, réflètent les impressions qui ont laissé la trace la plus vivace de leur passage, et tout ce que nous avons lu nous fait sentir davantage les regrets et le vide que laissera une perte aussi grande et aussi prématurée.

Pendent opera interrupta.

A. C.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le prix Lacaze (10000 francs a été décerné à M. le docteur Albert Robin pour son ouvrage intitulé : *Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde.*

Le prix Jeunesse a été décerné à M. le docteur Thoinot, pour son ouvrage ayant pour titre : *Histoire de l'épidémie cholérique en 1884.*

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Puech est institué chef de clinique ophthalmologique.

M. Hédon est nommé prosecteur.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Delplanque est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Phisalix est nommé suppléant d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Dérignac est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Bourget, licencié ès sciences, est nommé préparateur de physique.

— MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 10 janvier à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera complet en quarante leçons. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou à M. Berthod, à la Maternité.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20533

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

77

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

23

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

53

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

43

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Ancnne Mon J. THOMAS et Cie.

A. TAILLANDIER

USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent : Bordeaux 1865, Havre 1868; Paris 1878.

Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement pur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de cinchonidine*; il a une composition toujours constante, soit :

QUININE	74.31
ACIDE SULFURIQUE MONOHYDRATÉ	11.24
EAU DE CRISTALLISATION	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** répondant aux divers essais du Codex de 1884.

Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le distingue des autres sulfates de Quinine. En le prescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir un produit pur et toujours constant.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

15

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25*.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

85

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ✱✱. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Goutte et saturnisme.

Je vais vous parler aujourd'hui d'un cas intéressant en lui-même et important au point de vue de certaines questions pathogéniques qui sont encore aujourd'hui l'objet de discussions scientifiques.

Il s'agit du malade couché au n° 37 de la salle Jenner. Cet homme, âgé de cinquante-sept ans, d'une constitution assez robuste, est entré dans le service le 3 de ce mois, au quatrième jour d'une attaque de goutte survenue à la suite de refroidissement. Cette attaque avait débuté par le côté interne du gros orteil gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, et, dès le soir même, le gros orteil du pied opposé avait été envahi; puis, le lendemain, la région dorsale du pied était prise, ainsi que les deux articulations tibio-tarsiennes droite et gauche. Le surlendemain, les symptômes persistaient, le genou gauche était atteint et le malade arrivait à l'hôpital avec des douleurs d'une grande acuité et des fluxions articulaires très nettement accentuées. Les gros orteils étaient très tuméfiés, la peau lisse, luisante et rosée; les douleurs étaient vives, non seulement à la pression mais aussi spontanément; enfin, à tous les phénomènes classiques s'ajoutait une véritable hydarthrose du genou gauche.

L'état fébrile qui accompagnait cette attaque achevait d'en caractériser l'ensemble — la température oscillait entre 37°,9 et 38°,2 ou 38°,3 — ainsi que certaines conditions d'urémie. En effet, l'examen des urines rendues dans les vingt-quatre heures (du 6 au 7 de ce mois), montrait un excès notable d'acide urique, 71 centigrammes, tandis que le maximum de la moyenne est de 60 centigrammes par vingt-quatre heures. Cet excès persista les jours suivants, malgré la diète lactée à laquelle nous avions soumis ce malade dès son arrivée.

Nous étions donc bien en face d'un accès fébrile de goutte, très régulier comme siège, comme symptômes, comme état fébrile et comme état des urines. Tous ces phénomènes durèrent jusqu'au 9, jour où la fièvre diminua, les douleurs cessèrent dans la soirée, les accidents locaux s'amendèrent et les urines redevinrent normales. Aujourd'hui le malade est complètement guéri de son attaque, sans autre vestige qu'un léger gonflement du genou gauche, qui persiste encore.

Cette attaque est la troisième que notre malade éprouve. La première a eu lieu au mois de novembre 1884, avec localisation aux lieux d'élection, et fut caractérisée par plusieurs reprises, de telle sorte qu'il dut rester à l'hôpital pendant six semaines. La deuxième attaque a eu lieu l'an dernier, également au mois de novembre; sa durée fut très courte, comme cette fois (une dizaine de jours), mais sa localisation fut différente, les articulations du poignet et du coude gauche furent seules atteintes. Ce qui prouve qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à la localisation sur les gros orteils.

Enfin la troisième attaque, — celle que nous venons d'avoir sous les yeux, — a également eu lieu en novembre, avec ses localisations classiques et ses caractères normaux.

J'insiste sur le caractère régulier de ces attaques et sur l'époque toujours la même à laquelle elles ont lieu, bien que la saison la plus ordinaire des accès de goutte soit le printemps. L'an dernier, j'ai soigné, ici même, un jockey anglais qui, chaque année, pendant dix-neuf ans de suite, eut ses attaques au mois d'avril.

Une goutte datant de trois ans seulement, c'est peu au point de vue de l'ancienneté, aussi avions-nous de grandes chances de ne trouver que très peu ou point même de lésions viscérales. Chez lui, en effet, les appareils respiratoires et digestifs sont intacts, et si l'appareil rénal donne par vingt-quatre heures une certaine polyurie (3 à 4 litres d'urine), il faut tenir compte des 3 ou 4 litres de lait absorbés journellement. En somme, nous ne trouvons d'autres lésions viscérales qu'un peu d'induration de l'endocarde avec souffle diffus ayant son maximum à la pointe et une très légère dureté des artères périphériques. Encore faut-il se rappeler que cet homme a cinquante-sept ans.

En résumé, il s'agit d'une goutte subaiguë régulière chez un homme très bien portant dans les intervalles de ses accès.

Mais pourquoi cet homme est-il devenu goutteux? Il est ouvrier, vivant de son travail, sans privations non plus que sans excès de cette alimentation raffinée qui est considérée comme la cause ordinaire de la goutte. Ce fait de la goutte dans la classe ouvrière est le troisième que j'observe à l'hôpital depuis trois ans.

Les excès alimentaires ne sont donc pas nécessaires pour produire la goutte, non plus que la vie sédentaire, confinée. L'hérédité serait-elle en cause? Pas davantage ici : ses père et mère, morts tous deux, n'ont jamais rien présenté qui puisse tenir au rhumatisme ou à la goutte. Les causes réputées classiques de cette affection nous font donc défaut chez lui. Et cet homme est goutteux, purement et simplement en raison de sa profession de peintre en bâtiments, qu'il exerce depuis l'âge de quinze ans. Cet homme est un saturnin par intoxication, ainsi que le démontrent les différents accès de saturnisme qu'il a présentés depuis l'âge de vingt-cinq ans. Ici la relation étiologique est certaine, incontestable, elle a été indiquée déjà par différents auteurs, qui ont exagéré dans leurs statistiques cette relation, dont la proportion pour moi, d'après les travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, ne dépasse pas 10 p. 100; c'est-à-dire que sur nos 100 goutteux on trouve environ 10 saturnins.

Les observations cliniques ont montré aussi que le saturnisme engendre d'autant plus facilement la goutte qu'il est associé à l'alcoolisme. Sous ce rapport, notre malade, sans être un alcoolique invétéré, n'est pas une exception, et nous pourrions citer son frère, un alcoolique prononcé, qui travaillait aussi dans le plomb et qui est mort de la goutte il y a dix ans.

Quelques observateurs ont dit que le saturnisme déterminait plus facilement la goutte quand il s'associait à l'influence héréditaire. Cela va de soi. On a remarqué aussi que la goutte saturnine, alors même qu'elle débutait par des accès franchement aigus, tournait rapidement à la torpidité et à la cachexie, surtout si l'individu continuait à travailler dans le plomb. C'est là encore un point qui différencie cette goutte de la goutte ordinaire. Il en est de même de l'absence de tophus dans la goutte saturnine, où l'on observe seulement du gonflement en masse.

Mais pourquoi le plomb amène-t-il la goutte? Ici il faut distinguer deux groupes de cas : 1° celui où le saturnisme ne produit les attaques de goutte que lorsque les malades sont atteints de néphrite interstitielle depuis un temps plus ou moins long. Ici on comprend très bien que la néphrite gêne l'élimination de l'acide urique, et l'apparition de la goutte l'explique parfaitement. Mais ces cas sont l'exception ; 2° les cas où il n'existe point de néphrite antérieure. Or nous avons vu tout à l'heure que, chez l'ouvrier, on ne parvenait pas à invoquer les excès d'alimentation ; il faut donc chercher la cause de la goutte dans l'évolution des matières azotées, non pas dans leur introduction dans l'économie, non plus que dans l'élimination, mais en réalité dans un ralentissement, une altération de la combustion des matières organiques, de telle sorte qu'une proportion anomale persiste à l'état d'acide urique. Or l'intoxication plombique a justement pour effet de ralentir les combustions organiques, notamment en ce qui concerne les matières azotées, et, par suite, de créer l'uricémie. Il ne faut donc pas invoquer un défaut d'élimination rénale, et cela d'autant plus que lorsqu'on observe des goutteux en puissance de goutte régulière avec attaques annuelles et périodes intercalaires de bonne santé, on trouve toujours, pendant ces périodes, un excès constant d'acide urique.

Quant au traitement, il consiste exclusivement dans la diète lactée et rien autre, nul médicament, si ce n'est parfois un peu de quinine quand la fièvre est très forte encore au quatrième jour; mais je ne donne jamais le salicylate de soude, pas même à la dose de 2 ou 3 grammes dans les vingt-quatre heures, comme on l'a quelquefois prescrit, alors que les reins étaient absolument intacts. Même dans ces cas-là, je ne le donne jamais.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles MAURIAC.

Diagnostic et pronostic de la syphilis tertiaire.

I

La question du diagnostic est d'une importance capitale dans la syphilis tertiaire. Pour la résoudre, on n'aura qu'à grouper méthodiquement et à analyser, au point de vue des signes qu'on en peut tirer, toutes les circonstances pathologiques qui se rattachent aux symptômes, aux causes, et au processus.

Lorsque les déterminations de la syphilis s'effectuent à la surface du corps, sur la peau, sur les muqueuses, dans des cavités accessibles à nos moyens d'exploration, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur la plupart des os du squelette, etc., elles sont faciles à reconnaître, car elles présentent presque toutes des caractères spécifiques très tranchés, qui ont été signalés et décrits dans toutes leurs particularités cliniques et anatomiques, depuis l'invasion de la syphilis en Europe.

On rencontre cependant quelquefois des difficultés qui tiennent à diverses causes et principalement aux suivantes :

1° L'âge très avancé de la syphilis ; plus la maladie s'éloigne de son début, plus, en général, son type subit d'altérations ;

2° L'âge de l'individu, qui entraîne, aux diverses périodes de la vie, une fréquence plus grande de telle ou telle maladie, ayant plus ou moins de ressemblance dans ses symptômes et le siège de ses déterminations, avec les accidents propres à la syphilis : scrofule dans l'enfance et la jeunesse ; arthritisme, dartres à l'âge de maturité ; plus tard, cancer et toutes les altérations organiques et les dyscrasies qui tiennent à l'usure progressive de la vie ;

3° Convergence sur les mêmes points de lésions diathésiques d'origines constitutionnelles diverses, etc.

Dans mes leçons antérieures, j'ai étudié toutes les questions de diagnostic qui ont trait aux déterminations tertiaires de la syphilis sur la peau et le tissu cellulaire souscutané. Qu'il me suffise d'avoir rappelé les points qui doivent servir de jalons dans la question du diagnostic, quand le tertiarisme externe présente des caractères obscurs, incomplets ou trop complexes.

Les déterminations viscérales de la syphilis tertiaire sont incomparablement plus difficiles à diagnostiquer que les précédentes. Mais du moment qu'on est pénétré de cette idée qu'elles sont possibles, un grand pas est déjà fait et le problème est à moitié résolu. La défiance est ici, on peut le dire, la mère de la sûreté, en matière de diagnostic, surtout si on a le bon esprit de ne pas trop l'exagérer et de la maintenir dans des limites raisonnables. Encore vaudrait-il mieux pécher par excès que par défaut, car il ne faut jamais oublier qu'une syphilis tertiaire a besoin d'être reconnue de très bonne heure pour être guérie. Tout retard, toute tergiversation, feraient courir le risque de lésions incurables.

Nous retrouvons, à propos du tertiarisme viscéral, les

mêmes causes de difficulté dans le diagnostic que pour le tertiarisme externe, mais plus nombreuses et plus grandes, et avec quelques autres bien autrement compliquées.

Et d'abord, que l'époque très reculée, dans un passé lointain et presque oublié, de l'accident primitif et des premières manifestations diathésiques, ne vous porte pas à nier l'existence de la syphilis viscérale, ni à douter de ses manifestations internes. Il est fréquent d'observer un intervalle quelquefois très considérable et dépassant même toute limite croyable, entre le chancre contracté dans la jeunesse et telle ou telle syphilose viscérale de l'âge mûr ou de la vieillesse. Par contre, on ne voit qu'assez rarement l'évolution diathésique se faire avec une régularité telle, que la succession, l'enchaînement, la topographie et le caractère de plus en plus accusé des déterminations, conduiraient les plus aveugles à les reconnaître, alors même qu'elles se cacheraient au plus profond des viscères.

La forme, le nombre, l'intensité et la durée de la syphilis primitive et secondaire n'ont aucune importance dans la question du diagnostic et même du pronostic de la syphilis viscérale. Ainsi, il serait très téméraire de conclure qu'une viscéropathie n'est pas syphilitique parce que le malade n'a eu récemment ou à une époque plus ou moins éloignée, que des accidents toujours insignifiants.

Néanmoins, la question des antécédents est d'une importance si grande pour le diagnostic de la syphilis viscérale, qu'on ne saurait mettre trop de soin, de temps et de patience, à l'élucider. Par cela seul qu'on aura la certitude qu'antérieurement à la maladie actuelle le malade a eu la syphilis, on sera autorisé à se demander et on devra rechercher par tous les moyens possibles si son affection ne pourrait pas émaner de cette diathèse.

Mais ces antécédents ne sont pas toujours, il s'en faut de beaucoup, faciles à découvrir ou à éclaircir. Bien plus, maintes fois, ils font complètement défaut, parce que les malades les ont oubliés, méconnus, ou parce qu'ils veulent les dissimuler. Ce genre de malades est beaucoup moins fréquent aujourd'hui qu'autrefois. La génération actuelle est moins ignorante en syphiliographie que celle d'il y a vingt ou trente ans. Elle n'est pas étrangère aux progrès que nous avons faits dans l'étude de la syphilis tertiaire. Elle en connaît l'imminence, la possibilité à tout âge et les dangers. A cet égard, nous avons fait son éducation. Pour ma part, sans alarmer mes malades atteints de syphilis, je ne manque jamais de leur dire de tenir pour suspects tous les troubles, toutes les lésions qui peuvent leur survenir, alors même que ces lésions et ces troubles ne leur sembleraient avoir absolument aucun rapport avec la syphilis. Les femmes sont moins initiées à la pathologie spécifique que les hommes. Elles sont encore moins enclines qu'eux à révéler leur passé morbide, quand elles le connaissent et qu'on ne le leur a pas caché. Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, le diagnostic du tertiarisme viscéral est-il plus malaisé chez elles. Ne l'oubliez pas.

Cela posé, il faut maintenant entrer plus au cœur de la question et chercher les signes diagnostiques dans la viscéropathie elle-même, indépendamment de toutes les conditions extrinsèques que je viens de passer en revue. Nous les étudierons plus tard minutieusement, au sujet de telle ou telle syphilose interne. Bornons-nous ici à les énumérer.

Tenez compte surtout des circonstances suivantes : *a* isolement excessif ou profusion et dissémination irrégulières des phénomènes; — *b* leur discordance, leur dissociation; — *c* leur développement insidieux; — *d* leur état ébauché, incomplet, qui ne leur permet pas de former des syndromes à physionomie franche, comme le font d'autres affections; — *e* leur augmentation progressive puis leur temps d'arrêt, comme s'ils hésitaient à aller jusqu'au bout de leur processus; — *f* leurs alternatives inattendues et insolites de mieux et de plus mal; — *g* leur complexité désordonnée, avec absence de systématisation catégorique et définitive.

Dans l'appréciation de tous ces signes diagnostiques, il faut avoir en vue, non seulement la syphilis, mais aussi toutes les autres maladies générales et toutes les affections locales qui sont susceptibles de produire les mêmes désordres qu'elle.

On songera plus particulièrement à la scrofule, à l'arthritisme, aux artério-scléroses de toute provenance, aux grandes intoxications, surtout à l'alcoolisme. Eh bien, quoi que vous fassiez; avec quelque soin que vous soumettiez à l'analyse la plus minutieuse et la plus exacte toutes les circonstances qui doivent servir de base au diagnostic; quelque largeur de vue que vous apportiez dans l'appréciation de leur attache étiologique, etc., etc.; vous n'arriverez pas toujours à sortir du doute, à vous faire une conviction absolue sur la nature syphilitique ou non de telle ou telle viscéropathie.

Peut-être alors le traitement vous fournira-t-il un précieux élément de diagnostic. Dans tous les cas douteux, et à plus forte raison dans les autres, il faut y recourir et administrer l'iodure de potassium à hautes doses. Il est vrai que ce sel améliore aussi d'autres affections que celles qui sont syphilitiques, mais pas au même degré cependant, ni avec la même promptitude.

Mettez enfin, au nombre des bons signes indicateurs de la syphilis, la discordance qui existe entre l'âge du sujet et l'affection interne dont il est atteint.

II

Le pronostic général de la syphilis tertiaire implique l'étude des circonstances qui peuvent faire prévoir qu'à tel ou tel moment, la maladie, jusque-là secondaire ou bien latente et en apparence guérie depuis longtemps, se modifiera ou se réveillera en se formulant sur le mode spécial des lésions profondes et destructives et des localisations viscérales qui sont propres à sa période constitutionnelle. J'ai examiné cette question et je ne vois pas la nécessité d'y revenir aujourd'hui.

Mais il y a, en outre, le pronostic du tertiarisme constitué. Eh bien, ai-je besoin de dire que, envisagé dans l'ensemble de ses manifestations multiples et de ses tendances destructives, le tertiarisme est toujours sérieux, souvent grave et que, dans nombre de cas, il peut tuer ou rendre irrémédiablement infirme.

Il y a de grandes différences toutefois entre les dangers du tertiarisme, suivant qu'il est externe ou interne. Au dehors, c'est la malignité de la lésion elle-même qui est à craindre. Dans la syphilis viscérale, le siège de la localisation est souvent d'une plus grande importance que le désordre anatomique. Au premier rang des déterminations viscérales dangereuses, il faut placer celles qui s'effectuent sur le névraxe et sur les yeux; ce sont les plus précoces et les plus fréquentes. Celles du larynx peuvent mettre aussi quelquefois la vie rapidement en danger. Les syphiloses

hépatique, rénale, pulmonaire, viennent peut-être en seconde ligne. Les déterminations syphilitiques tertiaires sur les cavités de la face, sur l'œsophage, l'anus et les organes génitaux externes sont fécondes en désordres matériels très graves, mais elles ne portent pas des atteintes aussi sérieuses à la vie.

L'âge du malade doit entrer en ligne de compte dans le pronostic. Il est plus grave dans la vieillesse qu'aux autres périodes de la vie.

Enfin, il faut prendre également en considération la coexistence d'autres maladies constitutionnelles, la santé antérieure et actuelle des malades, surtout leur passé syphilitique et aussi leur plus ou moins grande aptitude à éprouver promptement et dans toute sa plénitude l'action curative des spécifiques.

ÉCOLE DENTAIRE. — M. Th. David.

Sur l'étiologie et la pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes (1).

VII

D'après cette théorie, que nous appellerions volontiers *fibreuse*, pour tenir compte des différences constatées entre la membrane péridentaire et le périoste ordinaire, la production kystique se rattache à l'inflammation de la membrane ou ligament alvéolo-dentaire. Une dent, atteinte de *carie pénétrante*, est obstruée avant que la cavité soit complètement séchée, guérie, ou bien, par suite d'un traumatisme, une dent est atteinte de périostite du sommet de la racine. Le processus inflammatoire aboutit à la formation, entre la racine et la membrane alvéolo-dentaire, d'un épanchement séro-sanguinolent ou purulent. Le liquide, ne pouvant s'écouler par la racine dentaire obstruée et n'étant pas résorbé, se collecte en soulevant le capuchon fibreux qui coiffe le sommet de la racine, et sa présence irrite l'épithélium adamantin : le kyste est ébauché.

La production de liquide et d'épithélium continuant sous l'influence de l'irritation, que rien n'arrête, le kyste s'agrandit par dilatation de son enveloppe fibreuse, laquelle peut en outre s'hypertrophier, s'épaissir.

On sait que la membrane alvéolo-dentaire, peu adhérente dans le fond de l'alvéole, à l'entrée du faisceau vasculo-nerveux, contracte ensuite des adhérences très solides avec l'os, plus solides encore avec la dent. Sur le corps de la racine ces adhérences sont telles, que les liquides, ne pouvant les rompre pour fuser et venir sourdre au collet, refoulent, usent, perforent le tissu osseux plutôt que de se vider le long de la face externe de la racine, ce qui s'explique bien avec la disposition des faisceaux ligamenteux décrits par M. Malassez. Mais au sommet, tout en restant par continuité intimement uni à la partie adhérente, le capuchon terminal se laisse facilement décoller, soulever.

Ces conditions anatomiques expliquent très bien :

1° Le point de départ du kyste et ses rapports intimes avec la racine; il naît là où nous le trouvons, et nous n'avons pas à invoquer une migration plus ou moins hypothétique;

2° La localisation des kystes au sommet des racines, au seul point où la membrane alvéolo-dentaire puisse se laisser décoller ;

3° L'adhérence des kystes à la racine. Le kyste vient avec la dent pendant l'extraction, comme vient normalement la membrane alvéolo-dentaire, qui est moins adhérente à l'os qu'à la dent. Lorsqu'il se rompt, ce qui arrive rarement, la rupture a lieu au pôle opposé au point d'insertion, parce qu'à cet endroit la membrane est moins épaisse.

En rattachant les kystes à la production inflammatoire d'un liquide aux dépens de la face radiculaire de la membrane alvéolo-dentaire, on comprend très bien la relation qui existe entre leur mode de formation et leur cause reconnue, *la carie*. Celle-ci ne sert que de porte d'entrée aux agents qui vont déterminer l'inflammation de la membrane, et nous n'avons pas à insister sur ce point, suffisamment établi. Cette explication étiologique rend si bien compte des faits, qu'elle permet de prévoir le cas où aura lieu la production kystique. Celle-ci se manifeste en effet avec la carie pénétrante compliquée de périostite chronique du sommet avec suintement. Dans ces conditions, l'obturation intentionnelle de la carie, l'obstruction du canal, sa fermeture par des altérations cémentaires au pourtour du sommet, assurent la rétention du liquide. C'est l'arrêt du suintement qui détermine la formation du kyste. Il n'y a pas de kyste sur les racines ouvertes. Cela est si vrai, que les dentistes provoquent, pour ainsi dire, à volonté, des kystes, en obturant certaines dents et les guérissent au contraire à leur début en rétablissant la perméabilité du canal dentaire.

Ces faits cliniques, que l'on pourrait citer par centaines, par milliers, représentent donc en quelque sorte la production artificielle de la maladie.

Quelle preuve peut-on exiger de plus d'une théorie pathogénique?

Voyons, à propos du mode de formation, les arguments fournis contre ces preuves, par la théorie épithéliale?

« On confond le kyste avec l'abcès dentaire; le mode de formation invoqué ne s'applique qu'à ce dernier. »

Les descriptions des auteurs, ainsi que nous l'avons nous-même fait ressortir (voir *Gazette des hôpitaux*, 1er, 6 octobre 1885) ne permettent point de distinguer nettement un abcès d'un kyste radiculaire.

Si les auteurs les ont confondus, c'est qu'en effet ils dérivent du même processus, de l'inflammation de la membrane alvéolo-dentaire; dans un cas, l'exsudation est séreuse, dans l'autre, purulente.

Ce qui prouve d'ailleurs la commune origine des deux affections, c'est la transformation d'un abcès en kyste.

Voici un exemple de la production, pour ainsi dire volontaire, d'un kyste : nous obturons en juillet 1886 une dent qui avait pendant longtemps fourni un suintement. Celui-ci parut plusieurs fois tari, et à chaque fois on avait essayé l'occlusion ; mais il fallait bientôt l'enlever. Une dernière fois, on la pratique, et le malade parti en vacances est perdu de vue pendant plusieurs mois. Après l'obturation, le suintement, qui n'était pas tari, donna lieu à la production d'un kyste, reconnu à l'extraction pratiquée en novembre dernier.

Ce fait est à rapprocher de celui de M. Magitot : trois obturations furent pratiquées avec drainage sur une dent atteinte de carie pénétrante avec suintement chronique; aucun accident ne s'ensuivit. Une quatrième obturation, pratiquée avec oblitération du canal dentaire alors qu'on croyait le suintement tari définitivement, fut l'origine du kyste.

On pourrait rassembler un grand nombre de faits analogues. Or ici il n'y a pas de doute que la membrane alvéolo-dentaire n'ait été primitivement atteinte, et que la rétention du liquide n'ait déterminé la production kystique.

Rien ne nous paraît donc constituer un argument sérieux contre le mode de formation soutenu par les partisans de la théorie fibreuse. Les meilleures raisons cliniques sont au contraire en sa faveur. Telle est l'opinion des dentistes qui, mieux que les médecins et les chirurgiens, ont l'occasion de vérifier chaque jour ces notions de pathogénie.

Nous partageons donc absolument à cet égard l'opinion de notre maître M. Magitot, dont nous rappellerons en terminant les remarquables conclusions qu'il soumettait récemment au deuxième congrès français de chirurgie.

« 1° Tout kyste dit *périostique*, *péri* ou *para-dentaire*, a pour point d'origine exclusif et invariable le sommet de la racine d'une

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 1226.

dent, pour cause une lésion antérieure et parfois lointaine de l'organe, et pour agent direct une production inflammatoire de liquide soulevant la couche des tissus ligamenteux circonscrivant le sommet radiculaire resté libre dans la cavité;

2º Ce mécanisme est commun aux abcès sous-périostiques et aux kystes, la différence dans le processus dépendant exclusivement de l'intensité inflammatoire et de la nature du produit pathologique purulent dans le premier cas, séreux dans le second;

3º Dans certaines conditions, assez fréquentes, d'une périostite chronique du sommet avec suintement s'écoulant au dehors par le canal dentaire et une carie pénétrante, la rétention du liquide, réalisée par l'occlusion de la carie, amène la formation, soit d'un abcès, soit d'un kyste, circonstances qui représentent en réalité des faits de production artificielle de la maladie;

4º Il n'existe aucun fait clinique ni aucune pièce anatomo-pathologique qui établisse l'origine d'un kyste de cette variété dans les débris épithéliaux, soit intra-osseux, soit inclus dans l'épaisseur du ligament. Le terme de *kyste para-dentaire* est donc inexact;

5º La présence d'un épithélium à la face interne de la paroi d'un kyste est suffisamment établie par la nature même de cette paroi, qui n'est autre que l'enveloppe du sac folliculaire devenue périoste ou ligament alvéolaire, et qui, pendant sa période folliculaire, est pourvue, comme on sait, d'un revêtement épithélial, dont elle conserve des vestiges jusqu'à l'âge adulte.

Si formelles et si absolues que puissent paraître ces propositions, nous n'hésitons pas à les reproduire de nouveau avec la certitude qu'elles ne peuvent être démenties. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 janvier 1887. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Troubles vaso-moteurs de l'ataxie locomotrice. — M. **Féré** rappelle que dans l'ataxie locomotrice il se produit des troubles vaso-moteurs. M. Pierret, dans sa thèse, a signalé parmi ces troubles, l'épiphora. Ce symptôme est unilatéral. Duchenne (de Boulogne) avait parlé des troubles vasculaires de l'œil, M. Topinard également. Ces faits ont été rassemblés dans une thèse de Montpellier, sur l'épiphora tabétique.

M. Féré observe en ce moment un malade qui a des sueurs, de la cyanorrhée, des crises de douleurs fulgurantes péri-orbitaires, et qui a en outre des crises de larmoiement d'un seul côté qui apparaissent et disparaissent brusquement.

De l'os glénoïdien. — M. **Assaky** fait une communication sur ce sujet.

Serres a le premier, dit-il, attiré l'attention sur l'os cotyloïdien, déjà signalé par Albinus; l'os cotyloïdien est un point osseux particulier qui vient compléter la paroi osseuse de la cavité cotyloïde de l'os coxal, et qui se trouve situé entre le pubis et l'ilium; Krause a décrit ce même point osseux sous le nom d'*os acetabuli*. Le développement que prend l'os cotyloïdien est variable avec l'espèce animale; chez certains animaux il prend pour ainsi dire la place du pubis ou de l'ilium qu'il chasse du cotyle articulaire; le pubis ou l'ilium ne forment, dans ce cas, qu'une petite portion de la cavité coxale.

La cavité glénoïde de l'omoplate offre une formation semblable; elle présente chez l'homme, vers l'âge de dix ans, un noyau osseux, en tous points semblable à celui que contient, à la même époque, la cavité coxale. Ce point osseux glénoïdien, cet os glénoïdien, est interposé entre la portion axillaire et la portion coracoïdienne de la cavité articulaire. En haut et en dehors elle réduit à un mince liseré la portion articulaire qui fait suite à la région sus-épineuse. Rambaud et Renault paraissent avoir saisi les analogies qui existent entre l'os cotyloïdien et l'os glénoïdien (os sous-coracoïdien de Rambaud et Renault) à en juger par ce fait qu'ils se servent du mot « os intercalaire » pour désigner ces deux formations.

La présence de l'os glénoïdien conduit à établir les homologies suivantes entre les différentes parties constitutives du cotyle et de la glène humérale. La portion axillaire de la cavité glénoïde a pour homologue la région ischiatique du cotyle coxal; à la région pubienne correspond la portion coracoïdienne qui, dans les premiers temps du moins, prend une part effective à la constitution de la cavité; le liseré sus-épineux, chassé de la cavité par le développement de l'os glénoïdien, répond à la portion iliaque. Il est d'autant plus probable que la coracoïde représente, dans la ceinture scapulaire, le pubis que l'on voit chez la tortue de mer les deux coracoïdes venir s'articuler sur la ligne médiane.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1887.

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe. — 1885. MM. Cros, Claudot, Émery-Desbrousses et Perrin.

1886. MM. Paoli, Lévy, Madamet, Renard, Marvaud, Chambé et Challan.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — 1885. MM. Barbier Rochet, Bouchez et Fournier.

1886. MM. Manoha, Blin, Roy, Servent, Frémont, Boutonnier, Rebstock et Bresson.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe. — 1885. MM. Eude, Roberdeau, Bénech, Audet, Camus, Chevassu, Chavasse, Isambert, Mareschal, Vaillard, Didier et Linarès.

1886. MM. Cablé, Dubois, Brissat, Cluzant, Sauzède, Blanc et Muller.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de medecin-major de deuxième classe. — 1885. MM. Labit, Berthier, G.-A.-H. Lemoine, Béquin, Simon, Descours, Lacronique, Hassler, Gouillaut, de Schuttelaëre, Courtois et Strœbel.

1886. MM. Uffoltz, Gaillard, Boppe, Rouget, Galzin, Marix, Didier, Sanglé-Ferrière, Jaubert, Coindreau, Tielle, Duponchel, Cros, Descosse, Samier, Durand, L.-F.-E.-A. Lemoine, Dupret, Weiss, Frilet, Farcy, Richard, Rivaud, Camus, Lapeyre, Blanc et Bimler.

Pharmacien principal de deuxième classe proposé et classé pour le grade de pharmacien principal de première classe. — 1884. M. Warnier.

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe. — 1882. M. Thomas.

1883. M. Péchéaa.

1884. M. Judicis.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe. — 1882. M. Mather.

1883. MM. Roman et Worms.

1884. M. Bousson.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe. — 1882. M. Colin.

1884. M. Wagner.

1885. M. Manget.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1887, M. Reaucar, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin titulaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 3 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Pachaut, Leclerc, Bouché, Dumouthiers, Goussard, Garnier, Lenoble, Afchain, Fouquet, Pilgrain, Bonllé, Gosselin, Heret, Lucas et Rousseau.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 janvier 1887, la chaire de zoologie et de physiologie animale de la Faculté des sciences de Caen est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 janvier 1887, la chaire de botanique de l'École supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante.

— Les questions suivantes ont été données pour l'épreuve orale aux candidats du concours de l'internat en médecine des hôpitaux civils de Paris :

1° Nerfs intercostaux ; zona.

2° Décrire les orifices artériels du cœur ; signes et diagnostic de l'insuffisance aortique ;

3° Nerf radial ; sa paralysie.

4° Ligaments de l'articulation du genou ; corps étrangers articulaires.

5° Rapports de la trachée ; trachéotomie.

— *Faculté libre de médecine de Lille.* — Le concours pour l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Leplat et Vaneufville, comme internes titulaires, et de MM. Vaneuverswyn et Delbecq, comme internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination : 1° de MM. Wacquez, Ballenghien, Wintrebert, Gars, Flament, Pruvost, externes titulaires ; 2° de MM. Grand, Lepers, Malfait, externes provisoires.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Garbe, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de physique.

— Le lundi 4 avril 1887, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Le lundi 18 avril 1887, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la commission administrative, où ils trouveront toutes les conditions de ces deux concours.

— La Faculté de médecine de Lille a chargé MM. Baudry, professeur, et Assaky, agrégé, de la représenter à la réunion annuelle des délégués des Facultés de médecine.

Les agrégés de la Faculté de Lille ont envoyé à M. le ministre de l'Instruction publique une lettre de protestation contre le décret du 30 juillet. Les professeurs titulaires se sont associés à cette démarche en contre-signant la pétition.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guyet, âgé de trente-sept ans, trésorier de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance ; Lapeyre et Le Houx, à Nantes ; Pescheux, à Verneuil, et Rambaud, ancien prosecteur des hôpitaux.

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique), réunie en assemblée générale, le 28 décembre 1886, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1887 :

Président : M. le docteur Dujardin-Beaumetz ; — Vice-Présidents : MM. Claude (des Vosges), Levasseur et Walther ; — Secrétaire général : M. le docteur A. Motet ; — Secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Decaisne et Bouchereau ; — Secrétaires des séances : MM. les docteurs Charpentier et Audigé ; — Bibliothécaire-archiviste : M. le docteur Philbert ; — Trésorier : M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois d'avril ou de mai, un certain nombre de diplômes, médailles, livrets de caisse d'épargne postale et ouvrages, aux instituteurs et institutrices, chefs d'ateliers, contremaîtres, ouvriers, serviteurs, et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées avant le 30 janvier 1887, rue Bridaine, 5, à M. Jules Robyns, trésorier de la Société, où sont également reçues les adhésions.

— M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale, mercredi prochain, 12 janvier 1887, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Le cours aura pour objet l'optique et ses applications physiologiques.

— M. le professeur Farabeuf commencera son cours d'anatomie vendredi prochain, 14 janvier 1887, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Les centres nerveux et les nerfs périphériques.

— M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 17 janvier 1887. — S'adresser, pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anthropologie (Bibliothèque anthropologique, t. IV), par MM. les docteurs Hovelacque et Hervé. 1 vol. in-8° avec 20 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons de thérapeutique. *Les grandes médications*, par le docteur Georges Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

L'évolution de la morale (Bibliothèque anthropologique, t. III), leçons professées pendant l'hiver de 1885-1886 par Ch. Letourneau, président de la Société d'Anthropologie, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La Névrose. *Étude clinique et thérapeutique. Dyspepsie. Anémie. Rhumatisme et Goutte. Obésité. Amaigrissement*, par le docteur M. Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau, par le professeur Heinrich Auspitz, traduction du docteur A. Doyen, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

L'immunité par les leucomaïnes, par T. G...-B.., In-8° de 164 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets, par le docteur ROBERT. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, par F. LEGRIS. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par le docteur BOUCOMONT. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20546

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La foule se presse à l'Académie comme dans la célèbre discussion sur la nature du choléra de Toulon.

En l'absence de M. Pasteur, M. le docteur Grancher représente son laboratoire, et il apporte les chiffres précis, tant des succès que des insuccès.

Sur ces insuccès, M. Peter en ayant appris trois nouveaux qui se sont produits soit en France, soit en Algérie, en donne les observations et en discute la portée.

Suivant lui, le virus rabique pris sur le lapin évolue chez l'homme d'une façon spéciale; il y produit une forme de rage analogue à celle du lapin, c'est-à-dire une forme paralytique et non convulsive. S'il y évolue en même temps que le virus rabique ordinaire, inoculé par la morsure d'un chien, il peut résulter de ce mélange des combinaisons de symptômes, et, conséquemment, des formes mixtes. Les choses se passeraient exactement comme pour la vaccine et la variole, avec cette seule différence que la vaccine ne cause jamais la mort, tandis que pour mieux assurer l'immunité contre la rage, on en arrive, d'après la méthode intensive, à inoculer des virus capables de tuer par eux-mêmes. Or, on sait que, si le vaccin peut préserver de la variole ceux qui le reçoivent n'étant point encore dans la période d'incubation de cette maladie, chez ceux, au contraire, qui, s'étant trouvés en contact avec des varioleux, en avaient déjà contracté le germe, durant cette période d'incubation que la conférence vaccinale de 1870 a montrée être de dix jours environ, la vaccination n'a aucune influence sur l'évolution ultérieure du virus varioleux. Les deux virus se développent simultanément, parallèlement, et se manifestent à leur jour.

A l'appui de cette théorie, M. Peter croit pouvoir invoquer six cas de rage à forme paralytique ou mixte observés chez des opérés de M. Pasteur. Deux de ces faits sont contestés par MM. Brouardel et Dujardin-Beaumetz, qui, dans ces cas, n'attribuent pas la mort à la rage. Deux autres se seraient produits à Londres et ne sont connus que par un article signé par un médecin anglais. Le laboratoire de M. Pasteur recueille d'ailleurs avec grand soin tous les renseignements qui lui parviennent, et il tient les dossiers à la disposition des médecins, quels qu'ils soient, amis ou adversaires de la méthode.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Pleurésie « a frigore » et tuberculose.

Je vous ai parlé à plusieurs reprises de la pleurésie dite *a frigore*, vous faisant connaître mon opinion à cet égard; je veux vous en dire aujourd'hui encore quelques mots au sujet d'un malade qui sort du service de M. Després pour aller passer quelque temps à l'asile de convalescence de Vincennes.

Ce malade est un homme que j'ai déjà eu l'année dernière dans mon service; il est âgé de trente-deux ans, blanc de peau, roux de poils, malingre, déjeté, qui est entré à l'hôpital de la Charité, il y a quelques semaines, pour un hygroma du genou. Il a été opéré par M. Després, et a été pris quelque temps après de malaises généraux, de frissons, et a fait une affection thoracique que mon collègue a considéré comme étant de nature tuberculeuse, et pour laquelle il a bien voulu me demander mon opinion.

Lorsque j'ai été appelé à l'examiner avec sa fièvre symptomatique à exacerbations vespérales, cet homme était au déclin d'une broncho-pneumonie de nature tuberculeuse ainsi que l'avait parfaitement diagnostiqué M. Després. En résumé, il s'agit donc d'un tuberculeux vulgaire, et si je tiens à vous en parler, c'est que l'année dernière, fort et vigoureux encore, il entrait au mois d'octobre, au n° 1 de la salle Sainte-Anne avec une pleurésie du côté gauche, avec un épanchement pleurétique si considérable que le cœur était absolument déplacé, et que je me demandais s'il ne fallait pas pratiquer d'urgence la thoracentèse. Nous pûmes cependant éviter l'opération, et grâce à un traitement énergique approprié et à un repos complet, l'épanchement diminua assez rapidement pour disparaître tout à fait à un moment donné.

Or sa pleurésie était survenue, d'après son dire, à la suite d'un refroidissement, et l'on avait émis le diagnostic de pleurésie *a frigore*. Oui, certainement, sa pleurésie s'est déclarée après une impression de froid, mais j'ajoute que ce malade était en imminence de tuberculose, et que le

froid a été la chiquenaude révélatrice de la phymatose. C'est bien une pleurésie, mais j'ajoutais : prenez garde, car il y a autre chose derrière l'épanchement pleurétique.

Et, en effet, vous l'avez vu faire, cette année, une broncho-pneumonie tuberculeuse, laquelle nous prouve encore que sa pleurésie *a frigore* de l'année dernière n'a été que la première étape de la tuberculose restée jusque-là latente, et justifie le pronostic que j'avais émis alors d'autres manifestations tuberculeuses à échéance plus ou moins rapprochée.

Plus de la moitié de ces malades n'attendent généralement pas plusieurs années pour faire de la tuberculose, et le médecin, qui ne voit chez eux que l'épanchement, ne voit que la pleurésie *a frigore*. Certainement cette pleurésie existe, mais combien elle est rare sans tuberculose, et ceux qui soutiennent son existence habituelle sans tuberculose n'ont fait que des autopsies incomplètes des malades qui avaient succombé.

Jamais une seule fois on ne m'a donné la preuve de la pleurésie purement *a frigore*, et j'ajoute que le devoir du médecin est de s'inquiéter, lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable pleurésie, et de diriger le traitement et l'hygiène de son malade, de façon qu'il ne fasse plus d'échéance phymateuse.

Je dis, et je répète, que la pleurésie *a frigore* est le plus souvent la première manifestation de la tuberculose et que si, dès ce premier accident, le sujet est soumis à une bonne hygiène, cette phymatose peut encore être enrayée, et le malade peut être mis à l'abri de nouvelles manifestations de sa tuberculose.

Que de faits je pourrais invoquer à l'appui de ce que je viens de dire sur la pleurésie *a frigore*. Vous citerai-je l'observation d'une jeune femme qui paraissait jouir d'une santé superbe, forte, vigoureuse, au moment où elle partait pour les bains de mer. Certain jour au sortir des flots, elle cherche en vain son peignoir qu'elle avait oublié, le fait demander et, tandis qu'elle l'attend, se refroidit, si bien qu'elle contracte une pleurésie *a frigore*. L'épanchement disparaît et guérit sous l'influence d'un traitement approprié ; mais à dater de ce moment elle commence à tousser, s'enrhume tous les hivers et peu à peu devient tuberculeuse.

Et cette autre femme, jeune encore, qui, en pleine santé et des plus florissantes, en apparence du moins, contracte un refroidissement en traversant la place de l'Institut. Le lendemain elle avait une pleurésie qui, en quelques jours, devenait purulente. Elle guérit, mais bientôt le poumon du côté opposé se prend et elle meurt au bout de quelque temps, soit quelques mois avant l'un de ses fils qui succomba aussi à la tuberculose, tandis qu'un second enfant est actuellement en voie, lui aussi, de devenir tuberculeux.

En résumé je ne dis pas — et je ne voudrais pas que l'on me fît dire — que toute pleurésie entraîne une tuberculose générale, mais celle-ci peut rester localisée, et j'ajoute que si nous sommes frappés des conséquences possibles de la pleurésie, nous saurons prendre à temps toutes les mesures capables de garantir, par une bonne hygiène, par des soins palliatifs, l'individu malade contre la diffusion du tubercule. Ce n'est point là une question doctrinaire mais bien de clinique pratique.

Et pour en revenir au malade de M. Després, qui a été aussi le nôtre l'an dernier, je dis que je crains beaucoup qu'il nous donne encore une fois raison à brève échéance ; je crains que son pronostic ne soit pas de longue durée et qu'il se réalise avant peu.

CLINIQUE DE SANTIAGO DU CHILI

Kyste du corps thyroïde; extirpation; guérison.

Par M. le docteur J.-A. Fort,

Ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Le nommé Juan X..., ouvrier sellier, vingt ans, vint me consulter il y a trois mois. Il est atteint de goître depuis quatre ans. Il éprouve des accès de suffocation assez fréquents; mais ce qui l'a décidé surtout à réclamer l'opération, c'est qu'il désire se marier et que sa fiancée exige, avant de l'épouser, qu'il se fasse guérir de cette difformité.

M. Ch..., jeune médecin assez entreprenant, lui a promis plusieurs fois de l'opérer; il lui a même prescrit les diverses pièces du pansement; mais il a toujours reculé devant cette opération. Il est vrai qu'on n'a jamais pratiqué l'extraction du corps thyroïde à Santiago. Il est certain, tout au moins, que les recueils scientifiques ou autres n'en font aucune mention.

La tumeur, du volume d'une grosse orange, occupe la ligne médiane et le côté droit du cou. Elle offre tous les caractères du goître. Cependant il existe une fluctuation profonde au centre. Quoi qu'il en soit de cette fluctuation, la tumeur étant dure en plusieurs points, je suis décidé à faire la *thyroïdectomie*.

En haut, la tumeur dépasse l'os hyoïde; en bas, elle repose sur la clavicule et sur la fourchette du sternum; en dedans, elle dépasse la ligne médiane de 4 à 5 centimètres; en dehors, elle repose sur la jugulaire interne et la carotide primitive.

L'opération est pratiquée le 8 août 1886, avec l'aide des docteurs Burucua, Winceslow, Hidalgo, Luis Molinare, du pharmacien Cauquelin et du professeur de chimie Paul Lematayer.

Le malade est chloroformé. Je fais une incision de 5 centimètres, verticale, un peu à droite de la ligne médiane, et j'incise jusqu'à la tumeur. Une fois celle-ci découverte, je cherche à la séparer des parties voisines, mais elle éclate sous la pression des crochets d'une pince de Museux, et le kyste se vide. J'en dissèque les parois et j'enlève la totalité des parois du kyste, qui offre en plusieurs points des concrétions cartilagineuses et calcaires assez étendues. Si j'avais essayé d'un autre moyen de traitement avec un kyste à parois indurées, je crois que j'aurais eu à m'en repentir.

Aucun vaisseau n'a été lié. J'ai fait l'hémostase avec le plus grand soin, et j'ai réuni les lèvres de la plaie par huit points de suture métallique, laissant un tube à drainage dans la plaie.

On vient me chercher une heure après. Il y a une hémorrhagie veineuse. J'ôte les fils un à un et je trouve les vaisseaux qui fournissaient du sang justement au niveau du dernier fil enlevé. L'hémorrhagie étant difficilement contenue, je laissai deux pinces hémostatiques à demeure et je recousus les lèvres de la plaie.

Le lendemain seulement j'enlevai les deux pinces. Le cou était un peu tuméfié. Le malade avait 39 degrés. J'avais fait l'opération en employant le traitement antiseptique de Lister dans toute sa rigueur pendant et après l'opération.

Les jours suivants, la tuméfaction reste stationnaire. J'enlève le tube le sixième jour. Le quatrième jour, la température est normale. Neuf jours après l'opération, le malade se lève. Il reste un petit point dont la réunion a exigé huit jours de plus.

Aujourd'hui, 10 novembre 1886, le malade se porte parfaitement. Il s'est marié et il n'éprouve aucun malaise du côté du cou.

J'ai déjà publié deux cas de thyroïdectomie en 1882. Le second a été remarquable par la vaste étendue de la plaie et l'absence de ligature, si l'on excepte la ligature de la veine jugulaire externe, que j'avais été obligé de diviser. Dans le

s actuel, je n'ai fait aucune ligature et je suis persuadé l'on doit pratiquer toutes les thyroïdectomies sans poser seul fil sur les vaisseaux. Mes trois opérés de goître ont us guéri.

HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

ONTRACTURE DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE D'ORIGINE TRAUMATIQUE DATANT DE QUATRE MOIS ET DEMI ; GUÉRISON RAPIDE PAR LE CUIVRE INTUS ET EXTRA.

Par M. le Dr MORICOURT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les nombreux moyens de traitement qui ont été opposés aux contractures hystériques, si rebelles lorsqu'elles ont plus d'un mois de durée, les courants continus, l'aimant, la suggestion, comptent quelques succès. La métallothérapie, médication générale, à la fois interne et externe, s'adressant non plus à un symptôme mais à l'ensemble de la diathèse hystérique, facilement applicable d'ailleurs à tous les cas, est la méthode qui a donné jusqu'ici les résultats les plus constants, ainsi que tend à le prouver la présente observation, jointe à tant d'autres, dont nous donnons plus loin une énumération sans doute fort incomplète.

D..., trente ans, garçon boucher, ayant toujours joui d'une bonne santé, se casse les deux os de l'avant-bras gauche au dessus du poignet, le 1er décembre 1885. Le docteur Périer, à l'hôpital Saint-Antoine, une fois le gonflement passé, lui applique un appareil inamovible. Lorsqu'on l'enlève, au bout de quarante-cinq jours, on trouve tout le membre contracturé depuis l'épaule jusqu'aux doigts.

Cette contracture disparait momentanément sous l'influence du sommeil chloroformique.

On essaye vainement de maintenir la main sur une planchette à l'aide d'une bande. L'appareil ne peut être supporté et la contracture reprend bientôt le dessus.

Renvoyé comme incurable dans son pays, on lui aurait offert, s'il faut l'en croire, à l'hôpital d'une grande ville de province, une somme assez ronde s'il voulait bien se laisser amputer le poignet. N'y ayant pas consenti, il revint à Paris consulter M. Charcot qui n'eut pas de peine à reconnaître une contracture hystérique et fit sur lui une leçon des plus instructives et des plus intéressantes (voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 888). Cette contracture occupait tout le membre depuis l'épaule jusqu'aux doigts, dont les ongles entraient dans les chairs de la paume de la main. Elle ne cessait pas pendant le sommeil et ne s'accompagnait d'aucun symptôme cérébral.

Il y avait, comme stigmates hystériques, une hémianesthésie de tout le côté gauche du corps, un rétrécissement du champ visuel et une abolition presque complète du goût, de l'ouïe et de l'odorat du même côté. Enfin cet homme avait de petites attaques d'hystérie, consistant dans une aura partant du membre malade et remontant jusqu'au cou, où il déterminait de l'étouffement.

25 juin. Ce malade s'étant présenté à ma clinique, je n'hésitai pas longtemps sur le choix du métal à employer. En effet, les contractures hystériques se voient en général sur des sujets hypnotisables et, partant, neuf fois sur dix, sensibles au cuivre ou à l'or. D... d'ailleurs s'agitait et parlait tout haut pendant son sommeil.

Je lui appliquai donc une armature de cuivre sur chaque avant-bras. Les effets du métal furent surtout manifestes à droite (côté sain), où le malade éprouva bientôt de l'engourdissement, de la chaleur et des fourmillements; la force musculaire s'éleva de 36 à 40 kilogrammes; les deux pointes de l'esthésiomètre, qui n'étaient senties, avant l'application, qu'à une distance de 10 centimètres, furent perçues à un écartement de 2 centimètres. A gauche (côté malade), l'analgésie avait seulement un peu diminué d'étendue. Je renvoie le malade avec ses armatures.

26 juin. Le malade a ressenti, au milieu de la nuit une douleur vive dans l'avant-bras gauche. Depuis son réveil, il lui semble qu'on lui pique le bras avec des épingles. La force musculaire s'est élevée de 40 à 46 kilogrammes. Les piqûres sont vivement senties, sauf à la face dorsale du poignet. Les doigts qui, la veille, s'enfonçaient dans la paume de la main s'en écartent maintenant de 1 centimètre. « Voilà quatre mois, dit D..., que je n'ai vu l'intérieur de ma main. »

27 juin. Sensation de chaleur dans le bras. Le malade peut remuer un peu l'épaule, le coude, le poignet et les doigts, qui s'écartent de 2 centimètres de la paume de la main. Je lui prescris une pilule de bioxyde de cuivre de 1 centigramme.

29 juin. D... a dormi douze heures de suite sans se réveiller. L'écartement des doigts a augmenté de 3 centimètres. Il peut toucher sa tête avec sa main. Les piqûres commencent à être senties sur le côté gauche de la langue. Le tic-tac de la montre est entendu à 1 mètre à droite et à 10 centimètres à gauche. Deux pilules de bioxyde de cuivre.

30 juin. La sensibilité est redevenue vive sur le côté gauche de la langue. Pression droite, 50 kilos; 4 centimètres d'écartement à l'esthésiomètre. Trois pilules de bioxyde.

4 juillet. Ayant chloroformé le malade, nous nous assurons que la gêne qui subsiste dans les mouvements de la main ne tient pas à un reste de contracture, mais bien à de la raideur articulaire. Nous essayons de lui tenir les doigts bandés sur une planchette, mais la douleur est tellement vive qu'il ne peut la supporter.

8 juillet. D... peut soulever une carafe pleine d'eau avec sa main gauche, dont les doigts sont maintenant écartés de 6 centimètres de la paume de la main. Pression droite, 55 kilos. Quatre pilules de bioxyde.

11 juillet. Pression droite, 57 kilos; pression gauche, 16 kilos. Pointes de l'esthésiomètre senties à un écartement de 2 centimètres.

16 juillet. Le malade a plus de forces, plus d'appétit et dort mieux. Il attribue cette amélioration à ses pilules.

29 septembre. L'hémianesthésie générale et sensorielle a disparu; les crises d'étouffement ne se sont pas reproduites. Le tic-tac de la montre est entendu à 50 centimètres à gauche et à 1 mètre à droite.

Pression droite, 61 kilos (au lieu de 36 kilos au début). Pression gauche, 16 kilos. Sensibilité de contact et de douleur normale à droite, exaltée à gauche, surtout au niveau des doigts. Le froid du métal est senti partout. Le sommeil est moins bon depuis trois semaines qu'il ne prend plus de pilules. Il existe une atrophie notable de l'avant-bras gauche.

M. Charcot, qui a bien voulu constater l'état du malade, lui délivre le certificat suivant : « Je, soussigné, déclare que le nommé D... (J.) a été atteint d'une contracture hystérique du bras gauche, survenue à la suite d'une fracture de l'avant-bras et de la pose d'un appareil, état qui l'a mis dans l'impossibilité de se livrer à un travail quelconque, à notre connaissance, pendant cinq mois. Actuellement il présente encore une déformation de la main, qui nécessitera peut-être une intervention chirurgicale et qui même ne disparaîtra peut-être pas complètement. »

24 octobre. Le pouce se redresse complètement, l'index un peu moins. La douleur et la raideur sont plus marquées aux trois derniers doigts de la main, dont les extrémités sont rouges et congestionnées.

Je lui fais prendre, matin et soir, deux gouttes d'une solution de sulfate de cuivre au cinquième.

Il y a quelques jours, il a dû retirer ses plaques du bras gauche parce qu'elles lui causaient une sensation désagréable et l'endormaient.

7 novembre. Pression droite, 81 kilos; pression gauche, 24 kilos.

L'application d'une bande fortement serrée sur l'avant-bras et la jambe gauche y détermine une contracture incomplète. La même application du côté droit ne produit aucun effet.

L'application de la main en position isonome, à 10 centimètres environ au-dessus de sa main gauche, contracture celle-ci en quelques secondes. L'apposition de la main, toujours en position isonome, sur la main droite du malade, détermine le transfert de la contracture; c'est-à-dire que la main droite se contracture pendant que l'autre redevient libre. Enfin l'apposition de la maiu, cette fois en position hétéronome, au-dessus de la main gauche du malade, défait la contracture de la main droite, sans qu'il se produise de nouveau une contracture de la main gauche.

Pour produire ces phénomènes, il ne faut apposer la main que pendant un temps très court, sans quoi la contracture gagne les deux mains et se généraliserait, tellement le sujet est sensible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Ad. Nicolas pose sa candidature au titre de correspondant national;

2° Une lettre de remerciement de M. le docteur Carlet (de Grenoble), nommé récemment correspondant national;

3° Une lettre de M. le docteur Rappin (de Sautron), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté; (Accepté.)

4° Une observation de *Drainage de la vessie*, par M. Trebosc, interne à l'hôpital civil d'Oran (Algérie).

DISCUSSION SUR LA RAGE

M. GRANCHER vient, au nom de M. Pasteur, absent pour cause de santé, et au nom du laboratoire, faire aux assertions de M. Peter une rectification et une réponse.

L'homme dont il a été parlé et dont le laboratoire a appris seulement la mort par les communications de M. Peter à l'Académie, n'avait reçu en tout que 19 inoculations et non 36. M. Peter, s'il était venu au laboratoire, eût pu consulter les registres d'observations, communiqués à tout médecin, ami ou adversaire, et, évitant cette inexactitude, il eût pu y voir l'histoire authentique et précise d'autres insuccès de la méthode intensive, car cet échec, si c'en est un, n'est pas le seul à son passif.

On a eu des échecs avec la vaccination simple et avec la vaccination intensive, et on en aura encore. Toute méthode thérapeutique vraiment efficace doit toujours compter avec la possibilité d'un accident à l'origine, surtout quand toutes ses indications et contre-indications ne sont pas encore pesées. Chacun des rares insuccès ajoute quelque chose à l'instruction. Ainsi l'on croit avoir remarqué que l'alcoolisme, le nervosisme et l'épilepsie sont des conditions défavorables; comment le prévoir *a priori?*

On gradue aujourd'hui le traitement pour chaque malade en tenant compte des risques particuliers qu'il encourt de par ses morsures et de par sa susceptibilité individuelle connue.

On espère ainsi parvenir à obtenir le maximum d'effet utile, c'est-à-dire l'immunité, en faisant courir le minimum de risques.

Les morsures à la face sont les plus dangereuses : elles donnent une énorme mortalité. Pour celles-là donc, comme pour celles du loup, M. Pasteur emploie les vaccinations intensives, et sur 36 personnes de tout âge traitées par cette méthode, dans ces conditions, du 15 août au 1er novembre 1886, pas une seule n'est morte.

N'est-ce pas là un résultat heureux et bien fait pour inspirer confiance en la méthode?

Au 31 octobre, la statistique arrêtée par M. Pasteur indiquait pour 1700 vaccinés, 10 morts ou 12, si l'on tient compte de deux autres dont les renseignements sont venus trop tard.

Au 1er janvier, le nombre des vaccinés s'élève à 1956 pour la France et l'Algérie, et le chiffre des morts est de 16 ou de 17, si l'on compte celui dont a parlé M. Peter.

La mortalité reste donc au-dessous de 1 p. 100.

M. Pasteur publiera prochainement des statistiques étrang[ères] de Samora, de Moscou, de Saint-Pétersbourg, d'Odessa [et] Vienne. Elles sont toutes absolument favorables.

M. BROUARDEL rappelle qu'il a été question, dans la der[nière] séance, d'un enfant mordu par un chien, traité dans le lab[ora]toire de M. Pasteur, et, un peu plus tard, mort au milieu de sy[mp]tômes qui firent croire à l'hydrophobie et refuser l'inhuma[tion] avant autopsie. M. Brouardel fut chargé de cette autopsie. Il cueillit d'abord la déposition du père, dont il donne lecture, se fit adresser par le médecin traitant des détails qu'il lit ég[ale]ment et d'où il résulte que cet enfant, de douze ans et d[emi], mordu le 8 octobre, inoculé pendant douze jours, à partir [du] 20 octobre, reçut, le 23 novembre, un coup dans les reins. Il sentit dès lors dans cette région une douleur assez vive, s'i[rra]diant dans les parois abdominales. Le 25 novembre, abattem[ent], fièvre, douleurs violentes dans les reins, urines rougeât[res], épaisses, constipation : pas d'horreur des liquides.

Le 26 novembre, à quatre heures du soir, pâleur extrême [des] téguments, collapsus, voix nasonnée, respiration saccadée, ent[re]coupée de spasmes diaphragmatiques très fréquents. Pas d'h[or]reur des liquides; le malade accepte de boire, mais il ne p[eut] pas avaler. Pas d'hyperesthésies sensorielles. Température : 3[..] l'aisselle, 37,8 au rectum. Mort à six heures.

M. Brouardel procéda à l'autopsie le 28 novembre à d[..] heures, en présence de M. Grancher, qui était très disposé [à] croire à un cas de rage, et de plusieurs autres médecins.

On ne trouva rien de notable du côté des centres nerveux, sa[uf] une congestion vive de la moelle.

La pression des poumons faisait sourdre des bronches dans [la] trachée une certaine quantité de spume rosée. Ces organes étaie[nt] gonflés, résistants, œdématiés, et à la coupe il s'en écoulait u[ne] grande quantité de spume bronchique.

Les reins sont très congestionnés, durs, ils se décortiquent ass[ez] facilement; sur la face postérieure de chacune des deux capsule[s] se voient des plaques ecchymotiques assez larges.

La vessie contient 90 grammes d'urine. Par la chaleur et l'add[i]tion d'acide nitrique, il se forme un abondant précipité d'albu[]mine qui, en se collectant, occupe le lendemain le quart enviro[n] de la hauteur totale de la colonne d'urine contenue dans le tube.

Les deux lapins qu'on inocula dans le laboratoire de M. Pasteur avec le bulbe de cet enfant vivent encore et sont bien portants, aujourd'hui 9 janvier, c'est-à-dire quatre mois après le[s] inoculations.

M. Brouardel a formulé les conclusions suivantes :

« 1° Les symptômes observés pendant la vie par M. le docteu[r] Rueff, les lésions trouvées à l'autopsie, les résultats négatifs des inoculations pratiquées avec le bulbe de cet enfant, permettent d'écarter l'hypothèse que le jeune X... ait succombé à la rage.

2° Les symptômes, les signes tirés de l'examen des urines doivent faire admettre que la mort est la conséquence d'une albuminurie accompagnée d'accidents urémiques.

3° La présence d'ecchymoses presque symétriques siégeant sur la paroi postérieure de la capsule des deux reins ne suffit pas, en l'absence de toute autre trace de violence dans la région des lombes, pour démontrer que cette albuminurie soit la conséquence des coups que le jeune X... aurait reçus le 23 novembre 1886. »

Eh bien, en suivant la méthode de M. Peter, on pourrait dire que cet enfant était mort de la rage, car, lui aussi, il avait été mordu, puis inoculé par M. Pasteur, puis il était mort dans le temps voulu, avec des symptômes rappelant la rage. Mais l'inoculation du bulbe a montré qu'il n'en était rien.

L'efficacité de la méthode de M. Pasteur est incontestable, car il est certain que des chiens, inoculés méthodiquement, sont devenus ainsi réfractaires à la rage et peuvent être mordus par des chiens enragés sans qu'il en résulte pour eux aucun accident.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a ouvert une enquête, conjointement avec M. Peter, sur le fait dont ce professeur avait parlé dans la der-

nière séance. Il a constaté d'abord que cet homme, en dehors du docteur Miquel, avait été visité, de son vivant, par deux autres confrères. Il lit les lettres de ces deux médecins. Le premier n'a visité le malade qu'une seule fois, tout à fait au début. Le second l'a vu à plusieurs reprises : mais on ne lui avait pas dit qu'il eût été mordu, qu'il eût été traité par M. Pasteur. Cette maladie lui paraissait donc très insolite ; et c'est après coup, en réfléchissant aux symptômes observés, qu'il croit actuellement à la rage, sous sa forme paralytique. L'interrogation des parents, faits par MM. Dujardin-Beaumetz et Peter, a d'ailleurs pleinement confirmé le récit de ce dernier. Il ne paraît pas qu'il y ait eu de sputation, mais au contraire une très grande difficulté pour rejeter les mucosités qui encombraient la trachée.

M. Dujardin-Beaumetz émet des doutes sur la nature de la maladie dont cet homme est mort.

On n'a jamais de certitude quand on n'a pas pu pratiquer l'inoculation, sur les animaux, de la substance bulbaire du mort. C'est là le vrai criterium de la rage, criterium qui permet aussi de savoir si, en cas de rage, il faut incriminer la morsure du chien ou les inoculations pratiquées.

En effet, il est démontré aujourd'hui qu'en cas d'insuccès, quand la rage est bien le résultat des inoculations préventives, la période d'incubation chez l'animal auquel on l'inocule au moyen du bulbe est très courte : elle ne dépasse pas les huit jours ; tandis qu'elle tarde trois semaines ou plus quand on inocule la rage des rues, la rage canine.

Au point de vue de la statistique, le nombre des cas de mort pour Paris serait pour cette année de quatre, si l'on ne compte pas le malade de M. Peter, et de 5 si on le compte. Sur ce nombre deux ou trois individus avaient été inoculés et deux ne l'avaient pas été ; mais il ne faut pas oublier qu'à peu près tous ceux qui ont été mordus à Paris se sont adressés à M. Pasteur, et que par conséquent ces deux nombres pareils représentent des proportions très dissemblables. Pour toute la France, on compte un total de 32 ou 33 morts par rage. Presque moitié avaient reçu, après morsure, les inoculations préventives, mais ici encore il faut dire que l'immense majorité des gens mordus étaient venus se faire inoculer. Le tant pour cent reste donc toujours très favorable à la méthode, même si l'on admet le cas cité par M. Peter. Mais pour affirmer qu'il faille le compter, il faudrait avoir pratiqué l'inoculation du bulbe.

M. PETER déclare que, pour lui, cet homme est bien mort de la rage sous sa forme paralytique. Ce qui le prouve davantage encore, c'est la comparaison de ce fait avec d'autres, parmi lesquels M. Peter va en citer trois, très récents.

La forme paralytique est très rare chez l'homme, quand il s'agit de morsures de chiens. Elle devient commune quand il s'agit d'inoculations expérimentales. C'est la forme que revêt toujours la rage du lapin ; c'est également celle que transmet l'inoculation de la rage du lapin.

Chez l'enfant même dont a parlé M. Brouardel, ce qui paraît avoir dominé, ce sont bien les symptômes paralytiques. En effet cet enfant est bien mort de la rage, les détails mêmes fournis par M. Brouardel le prouvent avec évidence. On avait pu croire mardi dernier que l'autopsie avait révélé des lésions rénales suffisantes pour expliquer la mort. Pas le moins du monde. Les reins étaient sains, sauf cette congestion qu'on peut rencontrer dans tous les cas où le sujet est mort par asphyxie, dans la rage sous toutes ses formes. Il y avait, dit-on, de l'albumine dans les urines ; mais c'est très fréquent chez ceux qui meurent de la rage. Dans une observation écrite en 1878, par exemple, M. A. Robin insiste justement sur ce point : il raconte que, dans l'urine extraite par le cathétérisme de la vessie d'un homme atteint de rage classique, convulsive, il a constaté la présence de l'albumine. C'est donc un signe qui vient appuyer et non infirmer le diagnostic *rage*. D'ailleurs l'urine dont il s'agit était extraite de la vessie quarante-huit heures après la mort, or M. Brouardel lui-même a dit souvent qu'il ne fallait pas attacher grande importance à l'albumine trouvée dans la vessie d'un mort.

Resterait donc, comme objection, l'absence d'inoculation de la substance bulbaire ; mais cette objection n'a rien de sérieux, car si on l'admettait il faudrait écarter toutes les observations antérieures de rage, ce *criterium*, que l'on préconise, ayant manqué jusqu'à aujourd'hui.

En réalité, on ne peut jamais tirer une conclusion absolue, en médecine, du résultat purement négatif d'une expérience quelle qu'elle soit. Il n'en est pas des êtres vivants comme des réactifs de chimie ; ils ne se comportent pas tous de la même manière quand on les place dans des circonstances analogues. Ils sont plus ou moins résistants aux agents nocifs. En ce qui touche la rage, par exemple, il paraît certain que la plupart des hommes y sont réfractaires naturellement. D'ailleurs le bulbe qu'on inocule est souvent déjà plus ou moins décomposé, car, s'il s'agit d'un homme, il faut attendre l'autopsie pour prendre ce bulbe, et souvent il s'écoule encore beaucoup de temps avant qu'il n'arrive au laboratoire. Si donc on n'a pas produit la rage en s'en servant, on n'a pas le droit d'affirmer que l'homme qui a fourni ce bulbe n'avait pas la rage.

Pour en revenir aux nouveaux faits de rage succédant au traitement de M. Pasteur, ils sont au nombre de trois.

Le premier a été communiqué par M. le docteur Cortès, médecin en chef de l'hôpital de Dunkerque.

Il s'agit d'un douanier qui, mordu le 19 août 1886, fut amené le surlendemain à l'institut Pasteur, y fut inoculé pendant une quinzaine et resta bien portant jusqu'au 29 décembre (sauf une augmentation de l'acuité visuelle et auditive qui se manifesta dix jours plus tôt).

Le 29, il ne put ni manger, ni boire à son dîner. Dans la nuit, à deux heures, violent accès de suffocation.

A cinq heures et demie du soir, il est amené à l'hôpital militaire, présentant tous les signes caractéristiques de la rage à la deuxième période : regard brillant, fixe, hyperestésie cutanée et sensorielle amenant par action réflexe des spasmes des inspirateurs, hydrophobie.

L'agitation devint de plus en plus violente, le 31, à sept heures, les crises se rapprochent, le délire maniaque commence.

A dix heures, manie furieuse, on doit mettre la camisole de force.

Dans la journée, les accès se rapprochent et deviennent de plus en plus fréquents et longs. Le délire et l'agitation sont extrêmes ; crachements, baves ; tous ces symptômes sont momentanément calmés par des injections de chlorhydrate de morphine.

Vers minuit, l'agitation diminue, cet homme tombe dans le collapsus vers trois heures du matin et meurt à sept heures.

A aucun moment le malade n'a présenté de paraplégie. Ce n'est pas un cas de rage paralytique, mais bien le type absolument classique.

L'autopsie faite le lendemain à 2 heures de l'après-midi n'a fait découvrir que les signes de l'asphyxie : congestion des méninges, congestion des poumons, rougeur des bronches, mucosités visqueuses, sang noir, fluide.

Il s'agit là bien évidemment d'un cas de rage *convulsive classique* développée malgré les inoculations intensives, bien que ces inoculations aient été pratiquées hâtivement (quarante heures après la morsure) : on ne peut donc pas invoquer ici l'époque tardive des inoculations.

On remarquera que les premiers symptômes de la rage se manifestent cent trente-deux jours après la morsure, c'est-à-dire que la rage canine est arrivée ici plus tardivement que la rage canino-expérimentale dont les exemples vont suivre.

Une de ces observations a été recueillie à l'hôpital de Constantine.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans mordu le 12 octobre par un chien enragé.

Le 21, il arrive au laboratoire de M. Pasteur où il subit trois inoculations dans la journée, et seize autres les jours suivants.

Le malade revient à Constantine en bonne santé le 8 novembre.

Le 9 novembre, il rentre à l'hôpital, les plaies de morsures

étaient très douloureuses, elles ne furent entièrement cicatrisées que le 14.

Le 20, les douleurs, qui s'étaient calmées, reparaissent; elles s'accentuent de jour en jour jusqu'au 23. Pendant ces trois jours, les régions inoculées sont le siège de douleurs aiguës.

Le 23, oppression, courbature générale, inappétence, yeux hagards, sentiment léger de répulsion pour les liquides.

Le soir, respiration gênée, expectoration difficile, emphysème pulmonaire, hydrophobie prononcée, urines albumineuses.

L'oppression continue jusqu'à six heures du matin, heure à laquelle le malade succombe.

On remarquera dans cette observation, au point de vue des douleurs prodromiques de la rage, l'apparition de celles-ci d'abord au point mordu, ensuite aux points inoculés, c'est-à-dire qu'on voit deux virus se réveillant et collaborant, le virus canin et le virus expérimental.

On verra ensuite, au point de vue des symptômes : 1° la courbature et la prostration du virus pastorien se manifester d'abord; 2° l'hydrophobie du virus canin se manifester ensuite, mais légère et tardive.

On verra ensuite qu'il y a eu dans ce cas de l'albuminurie, comme dans le fait du petit enragé observé par M. Brouardel, albuminurie que M. Albert Robin a constatée en 1878 dans un cas de rage convulsive classique. Il s'agit ici d'un cas de rage, mais de rage modifiée, de rage mixte, de rage canino-pastorienne, démontrant à la fois l'impuissance de la méthode et la collaboration des deux virus.

Une dernière observation également récente a été recueillie à Arras sur un homme mordu le 12 novembre par son chien. Il tua ce chien et en apporta la tête au laboratoire de M. Pasteur le 17 novembre. Il subit un traitement complet par la méthode intensive. Revenu à Arras le 29 novembre, il se porta bien jusqu'au 10 décembre, puis, après une période de douleurs locales avec affaissement qui firent songer soit à un lumbago, soit à une myélite, il fut pris de phénomènes paralytiques croissants, auxquels il succomba le 17 décembre.

A côté de ce groupe de faits recueillis en France, il y en a deux autres recueillis en Angleterre, également sur des individus qui avaient subi les inoculations intensives de M. Pasteur, et qui succombèrent tous les deux dans cette même forme paralytique de la rage.

Le médecin anglais qui a publié ces observations n'hésite pas à dire, comme M. Peter, que c'est bien là cette forme de rage, si rare chez l'homme, si commune chez les animaux inoculés, qu'on pourrait nommer essentiellement la rage de laboratoire ou la rage expérimentale. M. Peter ne s'étonne pas qu'on ait parfois de la peine à reconnaître cette forme de rage. C'est une forme nouvelle chez l'homme, le résultat même des inoculations thérapeutiques. Il fallait s'attendre d'ailleurs à ce que ces inoculations, qui peuvent conférer une innocuité, puissent également dans certains cas développer leur action d'une manière funeste. Les formes mixtes sont explicables par le développement simultané et parallèle des deux virus. Ne voit-on pas ainsi la vaccine se développer parallèlement à la variole quand on l'inocule durant la période d'incubation de celle-ci ? M. Peter se bornera pour aujourd'hui à ce simple exposé de quelques faits, mais il se réserve d'en tirer toutes les conséquences dans la séance prochaine, et d'entreprendre une critique approfondie de la méthode de M. Pasteur.

M. Trélat dit que M. Peter aurait dû s'adresser au laboratoire de M. Pasteur où on lui aurait communiqué le dossier complet des cas dont il parle et d'autres insuccès encore, car ce ne sont pas les seuls qui se soient rencontrés.

M. Brouardel sait très bien que l'albuminurie est fréquente dans la rage; c'était dit déjà dans l'article Rage du *Dictionnaire de médecine* paru en 1864; mais il ne croit pas que jamais on y ait observé autant d'albumine qu'il en a observé chez l'enfant dont il a parlé. Il sait aussi qu'après la mort l'urine contenue dans la vessie peut renfermer de l'albumine par l'effet de la décomposition des tissus mêmes; mais l'autopsie n'avait pas tardé assez longtemps pour que cette cause fût en jeu.

Toutes les méthodes thérapeutiques ont leurs insuccès, qui ne prouvent rien; mais il serait bon de n'invoquer que des faits certains, démonstratifs et, puisqu'il s'agit d'opérations faites par un confrère, de s'informer auprès de ce confrère avant d'en parler.

M. Vulpian attendra la fin du discours de M. Peter avant de répondre à ses arguments, s'il y a lieu.

M. Peter trouve démonstrative la réunion des faits cités par lui.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 7 janvier 1887, ont reçu les destinations suivantes :

MM. les médecins principaux de première classe Delahousse, nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée; Molinier, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bénit, pour le 24e d'infanterie; Kaufmann, Girardin, Hussenet et Boyer, pour la division du Tonkin et de l'Annam; Troy, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Legrand, pour le 14e chasseurs à cheval; de Balthasar de Gachée, pour le 83e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Foubert, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. le pharmacien-major de première classe Masson, pour être attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Périer, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par arrêté ministériel en date du 10 janvier 1887, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira devant cette Faculté le 11 juillet 1887.

— Par arrêté préfectoral, en date du 6 janvier 1887, M. le docteur Bruneau est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du VIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Héneux, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, arrivé au terme de ses fonctions, devient chirurgien titulaire et prend le service de M. le docteur Letiévant, décédé.

M. Poncet, chirurgien-major, quitte la Croix-Rousse et succède à M. Daniel Mollière à l'Hôtel-Dieu.

M. A. Pollosson, chirurgien-major désigné, remplace M. Poncet à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— MM. Dache et Grimaux sont nommés vice-présidents de la Société de biologie pour 1887.

— M. le docteur Paul Dubuisson, licencié en droit, ouvrira, le jeudi 13 janvier 1887, à quatre heures, dans l'ancien amphithéâtre de la Faculté de droit de Paris, un cours libre autorisé qu'il continuera les jeudis suivants à la même heure.

Il traitera, en douze leçons, des maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité.

— M. le docteur H. Picard commencera, le lundi 17 janvier 1887, à six heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, ses leçons sur les rétrécissements de l'urèthre, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20552

33

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

77

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du professr BOUCHARDAT.

14

ANALYSE DE JANVIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de janvier, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030
	gr.	
Beurre par litre	55.400	
Albumine	7.000	
Caséine	27.300	
Sucre de lait	56.600	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	153.300	153.300
Eau		876.700

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.184
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.863
Magnésie	0.192
Potasse	1.830
Soude	0.530
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.230
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts. . . . . 65 c. le litre.
— . . . . . 40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile . . . . 70 c. le litre.
— . . . . . 45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr. Zed*

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } créosotées.
Id. d'huile de foie de morue }

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

11

APIOL DES DRS JORET & HOMOLLE

L'APIOL est l'*emménagogue* par excellence. Mais on délivre à tort, sous ce nom, des teintures ou extraits verdâtres de persil tout à fait inertes. **L'APIOL** est un liquide oléagineux, de couleur ambrée, plus dense que l'eau, identique au produit de **Joret** et **Homolle**, le seul récompensé par la Société de pharmacie de Paris et expérimenté avec succès dans les Hôpitaux.

Dép. gal : phie BRIANT, 150, r. Rivoli. Toutes phies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au **BROMURE DE POTASSIUM** (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de **SIROP DE HENRY MURE** contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

80

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance**.

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

62

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 7. — SAMEDI 15 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 15 JANVIER 1887. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des auto-intoxications dans les maladies; thérapeutique générale des auto-intoxications (1).

Quelles sont les applications thérapeutiques que l'on peut tirer des considérations que M. Bouchard a exposées dans ses leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, et que nous avons résumées dans notre dernière Revue?

La première indication à remplir, suivant M. Bouchard, serait d'empêcher le poison de se former; une fois formé, s'opposer à ce qu'il pénètre dans l'organisme; si le poison est absorbé, s'efforcer de le détruire; enfin, s'il n'a pu être détruit sur place, en favoriser l'élimination par la peau, les poumons, l'intestin ou les reins. Tel est l'ordre des premières indications à remplir. Si elles n'ont pu être remplies ou si les tentatives faites dans ce but ont échoué, il restera à recourir à certains antidotes dont l'action peut contrarier les effets physiologiques des poisons. On a un exemple frappant des propriétés antagonistes des poisons dans l'atropine et la pilocarpine. Dans l'intoxication par les matériaux de l'urine, M. Bouchard a signalé l'action des substances narcotiques, qui empêche celle des poisons convulsivants.

En tout cas, ce qu'il ne faut jamais négliger de faire dans les auto-intoxications, c'est de soutenir les forces du malade. Il y a indication d'administrer les stimulants, qui peuvent réveiller quelques restes de forces latentes.

Une partie de la thérapeutique est faite par nos organes mêmes : dans l'urémie, une des sources de l'intoxication est déjà amoindrie, la désassimilation étant entravée par la maladie même chez les urémiques. L'intoxication par les poisons d'origine alimentaire peut être diminuée. La diminution des ingestions solides diminuera le danger de l'intoxication par la potasse, par exemple.

Les poisons des sécrétions se trouvent combattus naturellement et physiologiquement. C'est l'organisme lui-même qui accomplit des actes prophylactiques. La bile qui n'est pas éliminée par l'intestin se précipite; sa matière colorante se précipite au contact du chyme acide; les sels biliaires sont transformés et amenés à l'état de dyslisine.

Les substances que les putréfactions engendrent dans l'intestin et qui ne sont ni précipitées ni éliminées vont passer dans le sang. Un effort naturel pour les arrêter est fait par le foie, qui les empêche en partie de pénétrer dans la circulation générale. Mais le véritable agent de protection de l'organisme, c'est le rein.

Pour ce qui concerne le tube digestif, M. Bouchard montre que l'on peut expulser le contenu de l'intestin, précipiter avec le charbon et fixer certains poisons, supprimer même toute formation de substance toxique, en instituant l'antiseptie intestinale.

La saignée peut, dans quelques cas, soustraire tout d'un coup une grande quantité de substance toxique; mais elle n'est valable que dans les intoxications avec anurie et imperméabilité du rein. On peut obtenir des compensations physiologiques contre l'action des poisons, à l'aide du chloroforme, du chloral, du bromure de sodium, des stimulants diffusibles, de l'alcool, des injections d'éther.

Dans la plupart des maladies où le poison morbide est un poison naturel, et où les accidents ataxiques ou adynamiques sont la conséquence de l'oligurie fébrile (auto-intoxications résultant d'une désassimilation intense qui met en liberté des matières azotées en excès et mal oxydées), on cherchera à hâter l'élimination de cet excès de poison mis en circulation, en favorisant l'émonction rénale.

Dans les cas, plus rares, où il se forme réellement un poison morbide par perversion de la nutrition, on devra chercher à empêcher la formation de ce poison.

Comment? Il y avait ici, en présence des grandes difficultés du problème, des distinctions importantes à établir, ce que M. Bouchard a fait avec un pénétrant esprit d'analyse.

Le poison est-il de ceux qui peuvent être fabriqués sur des surfaces accessibles, il n'y a qu'à imiter la conduite des chirurgiens pour la curation des suppurations dans les plaies anfractueuses, dans des cloaques, dans les pleurésies purulentes, par les drainages, les lavages, l'attitude donnée aux malades et les diverses applications des agents antiseptiques.

Dans les maladies causées par l'ingestion de viandes gâtées, dans les grandes diarrhées putrides, on peut provo-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 25.

quer la guérison, si l'on arrive à temps avant la production des accidents secondaires et des foyers métastatiques ; mais si l'on n'a pas réussi à empêcher la formation des poisons, on ne peut guère compter sur la protection exercée par le foie que s'il est interposé entre la source des poisons et les autres organes.

Contre les poisons en circulation, on s'est attaché de tout temps à en appeler au fonctionnement des émonctoires. Les sudations, très en crédit dans l'ancienne médecine, peuvent contribuer sans doute, dans une certaine mesure, à éliminer certains agents toxiques, mais la vraie dépuration de l'organisme se fait surtout par le rein. L'émonctoire intestinal peut également être sollicité avec avantage.

Est-il possible de tenter quelque chose pour détruire le poison ou l'empêcher de se former? L'air comprimé et les inhalations d'oxygène pourraient être utilisés dans ce but. L'empirisme nous a enseigné les propriétés de quelques antidotes : l'opium, dans les fièvres ataxo-adynamiques, le musc, le chloral, les stimulants diffusibles, café, alcool, injections d'éther, etc.

Si le poison morbide est fabriqué par des microbes dans l'intimité des organes, il n'est pas impossible de s'opposer à son développement. Dans les expériences d'antiseptie générale qu'il a faits sur des animaux, M. Bouchard s'est adressé aux substances capables d'entraver la vie des agents infectieux, de rendre moins intense l'activité des microbes. Pour ses essais, il a choisi le bi-iodure de mercure, soit : 2 milligrammes, dissous à l'aide d'une égale quantité d'iodure de sodium, dans 5 à 12 centimètres cubes d'eau. Voici le bilan des antisepties générales qu'il a entreprises avec l'iode et le mercure.

La majorité des animaux atteints du charbon bactéridien auxquels il a pratiqué les injections de bi-iodure de mercure aux doses que nous venons d'indiquer a succombé. Toutefois, ajoute M. Bouchard, quand on a pratiqué l'inoculation des bactéries, non plus sous la peau mais dans le sang, dans les veines, la survie a été plus longue de plusieurs heures, d'un jour même.

En outre, quand les animaux sont morts, on ne trouvait plus de bactéries dans leur sang, ni dans les cultures de leurs organes, et les inoculations faites avec leur sang étaient négatives. Les animaux mouraient néanmoins, probablement parce qu'ils n'avaient pu supporter le double assaut de la maladie expérimentale et de la médication; mais ils n'avaient plus le charbon au moment de leur mort.

Enfin, après une série d'insuccès, un animal a guéri, et cet animal, réinoculé douze jours après, n'a pas contracté le charbon. Bien qu'unique jusqu'à présent, ce fait permet de croire que l'antiseptie générale n'est pas une chimère thérapeutique.

Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé.

Au congrès de chirurgie de 1885, M. Verneuil, à l'occasion d'une discussion engagée sur la cure des abcès froids par l'incision et le grattage, jetait, suivant sa propre expression, une note discordante dans le concert d'éloges dont cette méthode était l'objet, en annonçant que depuis quelque temps il n'avait eu qu'exceptionnellement recours à cette opération, à laquelle il substituait avec de grands avantages la méthode des injections antiseptiques. Cette méthode a fait son chemin depuis, d'abord entre les propres mains de M. Verneuil qui a continué à en retirer les meilleurs résultats, et celles de quelques-uns de ses anciens élèves, notamment M. P. Reclus, à qui nous l'avons vu appliquer tout récemment sur un malade du service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu où il supplée en ce moment M. le professeur Richet.

Rappelons d'abord en quoi consiste cette méthode. Elle consiste à ponctionner l'abcès à l'aide de l'aiguille du plus grand calibre de l'appareil Potain ou Dieulafoy, à retirer le contenu de la poche par aspiration ; et, la poche une fois vidée, à y pratiquer une injection avec une solution d'éther iodoformé, composée de 5 grammes d'iodoforme dissous dans 100 grammes d'éther. Cette solution est abandonnée dans la cavité de l'abcès. Grâce à la diffusibilité extrême de l'éther qui se répand jusque dans les moindres anfractuosités de la cavité morbide, l'agent dont il est le véhicule est mis directement en contact avec tous les tissus, auxquels il imprime sa puissante action modificatrice. L'injection terminée, on retire la canule et on oblitère l'orifice fait à la tumeur, par de la baudruche ou du collodion.

L'action modificatrice de cette solution sur les parois de la tumeur est telle qu'au bout de trois ou quatre de ces injections, répétées à huit ou quinze jours d'intervalle, on obtient quelquefois une guérison complète.

Le malade auquel M. Reclus a fait l'application de cette méthode est un jeune homme de vingt et un ans, tuberculeux, atteint de gibbosité et portant des cicatrices d'anciens abcès froids au cou et à la poitrine. Il y a huit mois que l'abcès actuel a commencé à se manifester ; il a rapidement acquis le volume considérable qu'il avait au moment où le malade est entré à l'hôpital.

Dans la première injection faite à ce malade, il s'est présenté une difficulté qui était d'ailleurs dans les prévisions possibles. Des grumeaux ayant oblitéré la lumière de l'aiguille, il a fallu recourir au trocart de Raybard pour en opérer l'extraction. Ayant eu, en outre, le tort (c'est M. Reclus lui-même qui s'en accuse) d'exercer préalablement quelques pressions pour faire sortir ces grumeaux, il en est résulté une petite hémorrhagie. Ces pressions doivent en effet être évitées avec soin. L'injection laissée dans la tumeur et la canule retirée, l'orifice a été immédiatement oblitéré.

Une seconde injection pratiquée huit jours après la première a été plus facile dans son exécution et ses résultats ont été tels que le malade paraît en ce moment en voie de guérison.

Cette opération est, en général, exempte de dangers, elle donne lieu pourtant, dans ses suites, à quelques petits accidents dont il est utile que le chirurgien soit prévenu. A raison de la volatilisation de l'éther à la température du corps, il survient souvent une tuméfaction notable de la poche, qui se distend et donne, à la palpation, la sensation tympanique. La première fois qu'on pratique cette opération on est quelque peu effrayé de cette brusque distension. Mais quand on en est prévenu, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

M. Reclus rappelle, à cette occasion, qu'ayant pratiqué en ville une injection dans un abcès migrateur de la cuisse, après son départ, l'opéré fut pris de douleurs assez vives pour que ses parents fissent appeler leur médecin. A l'aspect de la peau tendue, violette, rendant un son tympanique à la percussion, celui-ci crut à une gangrène gazeuse,

à marche foudroyante, et prévint la famille qu'il y avait imminence de mort prochaine. Cependant au bout de quelques heures les douleurs avaient diminué, la tension était moindre et la peau avait repris en partie sa coloration et sa souplesse primitives.

Les choses se passent presque toujours ainsi, lorsque le derme est sain. Mais s'il est infiltré, ramolli, on peut avoir à craindre des accidents plus sérieux.

C'est ainsi que chez un phthisique, qu'il traitait récemment pour un volumineux abcès ossifluent de la région lombaire, M. Reclus ayant remarqué, avant de faire la ponction, que la peau était violacée, amincie, sur le point de se perforer, et n'en ayant pas moins fait l'injection de 100 grammes d'éther iodoformé, constatait dès le soir même une large phlyctène et le lendemain une eschare noire. Il retira alors, par une ponction nouvelle, le trop plein du liquide injecté, et la tension fut aussitôt diminuée. Le sphacèle se limita les jours suivants et les choses n'eurent pas de suite plus fâcheuse.

Quoique peu communs, ces sortes d'accidents n'en doivent pas moins être prévus, et lorsqu'ils viennent à se produire, M. Reclus conseille, comme il l'a fait récemment chez l'un de ses derniers opérés, de laisser la canule en place après l'injection, de manière que les vapeurs d'éther en excès s'échappent par son orifice, quitte à la retirer dès que la tension est devenue assez faible pour ne plus compromettre la vitalité de la peau. Au premier signe de sphacèle, une ponction devra être pratiquée pour évacuer les vapeurs d'éther, comme il l'a fait chez le phthisique dont il vient d'être question.

Enfin lorsque la peau est altérée sur toute la surface de la tumeur et qu'il y a lieu de craindre que le trajet parcouru par le trocart ne revienne pas sur lui-même et persiste à l'état fistuleux, M. Reclus propose, pour prévenir ce grave inconvénient, de plonger l'instrument loin du sommet de la tumeur, en plein tissu sain, et d'en diriger la pointe vers le foyer par un trajet oblique sous-cutané, tel que, lorsque la canule est retirée, l'orifice externe et l'orifice interne du trajet ne se correspondent plus et que le liquide injecté dans la poche puisse y rester.

En résumé, lorsque dans ces cas de grands abcès ossifluents on injecte de 60 à 120 grammes d'éther iodoformé au 20e, non seulement ces injections sont en général dépourvues de dangers, mais il se produit immédiatement des modifications thérapeutiques des plus remarquables. Les vapeurs se résorbent peu à peu, la poche s'aplatit et disparaît, ne laissant après elle qu'un noyau fibreux. Toutefois ce résultat est rarement atteint du premier coup. Le plus souvent la cavité, momentanément oblitérée, se laisse distendre de nouveau, la tuméfaction dissipée se reproduit, et il est nécessaire de revenir à une deuxième, quelquefois à une troisième ponction suivie d'une semblable injection.

S'agit-il de petits abcès des parties molles, adénites et gommes scrofuleuses, la collection étant beaucoup moins étendue, on peut, sans crainte d'intoxication, injecter une solution plus forte en iodoforme, une solution au 10e, par exemple, la quantité du liquide injecté ne dépassant guère, dans ces cas, de 15 à 40 grammes.

Telle est la conduite que suit et qu'a préconisée M. Reclus d'après son maître, le professeur Verneuil, dans l'une des excellentes leçons qu'il professe en ce moment à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Voici quels ont été jusqu'à présent les résultats qu'a obtenus M. Reclus. Sur quatre enfants atteints de mal de Pott, qu'il a traités par cette méthode, il a eu trois succès complets, c'est-à-dire la disparition des abcès et l'arrêt de toute manifestation nouvelle du foyer morbide, au bout de trois mois pour l'un, de quatre et six mois pour les deux autres. Chez le quatrième enfant, il s'est fait une ulcération spontanée qui a laissé à sa suite une fistule, non encore tarie, mais qui laisse écouler de moins en moins une sérosité inodore. Une des guérisons les plus rapides que M. Reclus ait obtenues est celle d'une femme de trente-trois ans, dont l'abcès qui bombait à la racine de la cuisse a été guéri en un mois et par une seule injection d'éther iodoformé.

Sans doute M. Reclus ne méconnaît pas que cette méthode de traitement est plus longue et beaucoup moins expéditive que la large ouverture du foyer suivie de l'extirpation des produits morbides et du raclage de ses parois. Mais outre que cette méthode n'est que rarement ou très difficilement applicable aux grands foyers qui sont en communication lointaine avec le foyer originaire de la maladie, le plus souvent inaccessibte, elle est loin d'être toujours exempte de dangers et d'amener toujours une guérison durable. Enfin l'un des avantages que MM. Verneuil, Verchère et Reclus ont reconnu aux injections d'éther iodoformé, est de modifier souvent avantageusement l'état général en même temps que l'état local.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Sur un cas de tuberculose osseuse ayant succédé à une tuberculose pulmonaire guérie.

Par M. Paul Favel, interne des hôpitaux de Lyon.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de cinquante et un ans; il est né dans le département de l'Ain, où il exerce la profession de cultivateur, et jouit d'une certaine aisance.

Son père est mort très vieux, d'une tumeur siégeant au niveau du corps thyroïde, dont il ne peut préciser la nature; sa mère, d'une hydropisie. Elle était, dit-il, sujette à s'enrhumer, et avait la poitrine délicate. Il a un frère en bonne santé et une sœur rhumatisante. Un frère est mort de la fièvre typhoïde, étant soldat, et une sœur d'une affection du larynx, mal déterminée. Il n'a jamais eu d'enfants et n'avoue aucun antécédent tuberculeux dans sa famille.

Étant enfant, sa santé était excellente. Il n'a jamais été atteint alors d'adénites, de conjonctivites ou autres affections de nature strumeuse.

A l'âge de vingt ans, il fut incorporé dans un régiment de cavalerie, et, au bout de deux ans, y devint malade. Il maigrit beaucoup, s'affaiblit, eut des transpirations nocturnes abondantes; il ne fut pas atteint d'hémoptysies et toussa très peu. Les médecins, qui l'examinèrent avec le plus grand soin, le déclarèrent franchement tuberculeux et le réformèrent tout de suite.

Il revint dans sa famille et recouvra sa santé et son embonpoint. Mais, au bout d'un an, survinrent chez lui des ganglions tuberculeux au-dessous de l'os hyoïde, qui suppurèrent et laissèrent une cicatrice encore très visible.

Un peu après, un autre ganglion se montra dans le creux sus-claviculaire droit, qui eut le même sort.

Un troisième apparut ensuite en bas et en avant de l'épaule. Celui-ci mit très longtemps à disparaître.

Enfin un dernier survint à la partie externe et supérieure de la cuisse, qui n'a jamais cessé depuis de suppurer. Aujourd'hui même, on trouve en ce point une fistule qui laisse sourdre un pus sanieux et blanchâtre. Les tissus avoisinants sont violacés, luisants, plissés

et adhérents. L'os n'est pas atteint, et le trajet fistuleux prend fin dans le tissu cellulaire.

La tuberculose ne devait pas s'arrêter là, et l'articulation scapulo-humérale droite fut prise à son tour. Il y a deux ans, elle commença à être douloureuse, ses mouvements devinrent de plus en plus pénibles : en même temps, la région elle-même se déformait, s'empâtait; puis la fluctuation se montrait, et bientôt se faisaient jour deux abcès fistuleux dont l'un s'ouvrait en avant et l'autre en arrière de l'épaule.

La fièvre hectique apparut ensuite : le malade ne mangeait plus, il essayait de réparer ses forces par de grandes quantités d'alcool, dépérissait à vue d'œil, et entrait enfin à l'Hôtel-Dieu dans la salle Sainte-Marthe, le 11 octobre 1886. On diagnostiqua la lésion tuberculeuse de la tête de l'humérus, et M. Mollière se décida à en faire la résection.

Celle-ci fut pratiquée le 15 octobre, avec anesthésie. L'incision fut faite sur le milieu du deltoïde, de haut en bas, sans dénuder trop, pour ne pas léser le nerf circonflexe, et après avoir divisé les tissus sous-jacents et détaché les tendons à leur insertion, le col de l'humérus fut coupé avec de fortes pinces de Liston et la tête enlevée avec des tenettes, sans l'avoir luxée préalablement et suivant le procédé de M. Mollière.

On trouva beaucoup de pus séreux, mal lié, rempli de grumeaux. La tête de l'humérus était le siège d'une ostéite raréfiante avec petits sequestres centraux et points caséeux très nets. Elle était en rapport avec les deux abcès dont nous avons parlé. On incisa les trajets fistuleux, on racla les parties molles suspectes et l'on mit des drains avec pansement au sublimé.

Le soir de l'opération, le malade avait 37°,8 comme température rectale, et ne dépassa pas 38 degrés par la suite. Une seule fois la fièvre monta à 39°,5, à cause de la formation d'un abcès secondaire situé à la partie postérieure du bras, abcès qui fut incisé et guérit rapidement.

On n'examina malheureusement que plus tard le liquide séreux que l'on trouvait en ce moment en petite quantité sous le pansement. M. le docteur Roux, qui voulut bien se charger de ce soin, n'y trouva aucun bacille de la tuberculose.

A la suite de son opération, le malade se trouva de suite amélioré. Son état général se releva rapidement, il reprit appétit et confiance.

Actuellement, 30 décembre, il sort guéri. Il n'a plus de suppuration et possède quelques mouvements, peu étendus il est vrai, dans son articulation. Sa santé est très bonne.

Nous l'avons ausculté avec le plus grand soin, et il nous a été impossible de trouver le moindre symptôme de tuberculose pulmonaire actuelle, ni la trace d'affections analogues antérieures. Les autres organes sont sains et ses urines normales.

Pour conclure, nous insisterons sur deux points principaux :

En premier lieu nous avons eu à observer un malade qui a été certainement atteint de tuberculose pulmonaire, étant au régiment, et qui, revenu chez lui et se trouvant dans des conditions hygiéniques meilleures, a été guéri. Puis, sa diathèse n'ayant pas disparu, la tuberculose s'est alors localisée pendant de nombreuses années sur son système ganglionnaire, pour envahir enfin, il y a deux ans, son système osseux. Il était certainement intéressant de montrer cette marche de la tuberculose, qui est inverse de celle que l'on rencontre ordinairement, les lésions pulmonaires étant la complication habituelle des lésions osseuses, toujours primitives.

Nous voulons, en seconde ligne, insister sur les avantages du procédé de notre maître, M. Daniel Mollière, pour la résection de l'épaule, procédé qui permet d'extraire facilement la tête de l'humérus sans avoir besoin de la luxer, cette dernière façon d'agir amenant forcément la déchirure des muscles et des tissus voisins, ainsi que l'inoculation immédiate et presque certaine de principes tuberculeux qui favorisent les récidives.

NOTE

SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS D'IODOFORME DANS LA CYSTITE TUBERCULEUSE.

Par M. le docteur Locquin (de Dijon).

De toutes les maladies qui peuvent frapper la vessie, la plus pénible et la plus rebelle est assurément la tuberculose. Je la place avant le cancer parce qu'elle est plus douloureuse et dure plus longtemps.

Tous les symptômes qui caractérisent un état de souffrance de cet organe : l'hématurie, les suppurations interminables, la douleur, le ténesme, le spasme du col et l'intolérance pour l'urine, qui amène à la longue l'atrésie de la cavité vésicale, semblent s'être réunis dans cette affection avec leur maximum d'intensité.

Nos moyens d'action sont, jusqu'à présent, loin d'être à la hauteur de cette intensité, et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que la thérapeutique locale de la cystite tuberculeuse est encore à trouver. Les deux indications les plus pressantes : tarir la suppuration, qui ronge la muqueuse et épaissit les parois, et calmer le ténesme, qui ne laisse au malade ni trêve ni repos, sont fort difficiles à remplir.

Les diverses tentatives que l'on a faites pour appliquer le traitement local, qui donne de si bons résultats dans les autres formes de cystite : lavages antiseptiques, injections astringentes ou modificatrices, instillations substitutives, n'ont pas été heureuses. Elles n'ont abouti, la plupart du temps, qu'à augmenter l'état d'irritabilité excessive de l'organe, et on a dû y renoncer à peu près complètement.

Les calmants ne réussissent guère mieux contre le ténesme et la douleur. Les suppositoires opiacés et belladonés, les injections sous-cutanées de morphine peuvent, à grand peine, amener quelques instants de répit, et encore leur action est-elle bientôt épuisée.

En un mot, contre cette terrible affection, la chirurgie est à peu près désarmée.

Mis en présence d'un cas fort grave, et vivement sollicité par l'entourage du malade, de *faire quelque chose*, je conçus l'idée d'utiliser pour la vessie l'action sédative et modificatrice de l'iodoforme, qui me paraît avoir donné de bons résultats dans d'autres formes de la tuberculose.

L'iodoforme n'étant soluble que dans des liquides dont l'action sur les muqueuses ne permet pas l'emploi, je dus me contenter de le mettre en suspension dans l'eau; et, après quelques tâtonnements, j'arrivai à la formule suivante :

Iodoforme	3 grammes.
Gomme arabique	20 —
Eau	300 —

On porphyrise l'iodoforme, et on l'incorpore lentement à la solution gommeuse filtrée. Lorsqu'on vient d'agiter le mélange, l'iodoforme reste en suspension un temps suffisant pour qu'on puisse l'injecter dans la vessie; au bout de très peu de temps, il commence à se déposer. Cette dernière particularité n'est pas inutile ; elle est même nécessaire.

Après avoir introduit dans la vessie, aussi doucement que possible, une sonde en caoutchouc rouge bien souple et du calibre 16, j'injecte lentement 30 à 40 grammes de la préparation d'iodoforme chauffée au bain-marie, en ayant soin de m'arrêter aussitôt qu'une impression pénible est ressentie par la vessie. Je ferme ensuite l'orifice de la sonde en la pressant entre deux doigts; au bout d'une minute environ, je laisse écouler le liquide; celui-ci sort presque clair, une partie de l'iodoforme qu'il tenait en suspension s'étant déposée sur les parois de la vessie et constituant un vérita-

ble pansement. Ce dépôt est évacué peu à peu dans la journée, et on le retrouve dans le fond du vase.

Employée une seule fois par jour, cette injection m'a paru donner les résultats suivants :

1° Elle est bien tolérée par la vessie;

2° Sous son influence, le dépôt purulent a diminué graduellement, et, au bout de quinze jours, se trouva réduit à très peu de chose;

3° Le ténesme, qui nécessitait des mictions tous les quarts d'heure et, à certains moments de la journée, toutes les cinq minutes, a été, dès le premier jour, très atténué. Le malade peut sortir et se promener en ville sans trop sentir sa vessie. Les nuits surtout, qui étaient très pénibles, la chaleur du lit amenant de véritables crises de ténesme, d'une durée de deux à trois heures, sont meilleures, et le malade ne se relève plus guère que toutes les heures.

Ces résultats, bien qu'ils ne reposent que sur un seul cas, me paraissent assez concluants pour que cette méthode soit sérieusement mise à l'essai et étudiée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1887. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. — M. **TRÉLAT** reconnaît qu'il existe bon nombre d'observations de guérisons spontanées de plaies pénétrantes de l'abdomen. C'est pour cela qu'il n'a pas adopté la manière de faire des chirurgiens américains, qui conseillent, en pareils cas, d'ouvrir toujours le ventre.

Il ne considère comme plaies pénétrantes de l'abdomen que celles qui s'accompagnent de perforation intestinale. Cela étant admis, il pense que chez un blessé présentant immédiatement après la blessure des signes évidents de perforation intestinale, il faut intervenir et ouvrir la cavité abdominale. Si ce blessé ne présente que quelque temps après sa blessure des signes de péritonite par perforation intestinale, il faut encore intervenir, et le plus tôt possible.

M. Trélat a fait des recherches sur les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen; la statistique de Chenu donne 92 p. 100 de mortalité; Otis arrive également à 92 p. 100; une statistique anglaise accuse même 100 p. 100. Donc ces plaies pénétrantes donnent une mortalité redoutable. Dans les cas très rares qui se sont terminés par la guérison, celle-ci a été obtenue par des adhérences ou des anus anomaux (51 fois sur 653 cas, selon Otis). Il s'agit, dans ces cas, de plaies du gros intestin; car dans les plaies de l'intestin grêle, la mortalité est plus redoutable encore (99 p. 100).

Il est donc incontestable, d'après ces documents, que les plaies pénétrantes de l'abdomen sont très redoutables, que celles de l'intestin grêle sont plus graves encore que celles du gros intestin.

Peut-on dire, dans ces conditions, que la laparotomie aggrave la situation des blessés, ainsi que l'a dit M. Tillaux? S'il y a des signes de péritonite commençante, des gaz dans le péritoine, M. Tillaux dit abstention, repos, opium. M. Trélat dit action chirurgicale, puisqu'il y a perforation intestinale. Sur 10 laparotomies pour plaies pénétrantes par armes à feu, il y a eu 4 succès, ce qui fait une mortalité de 60 p. 100. Peut-on dire alors qu'on aggrave la situation par la laparotomie? Ces chiffres indiquent le contraire. Ces plaies sont complexes; elles sont souvent multiples, s'accompagnent d'hémorrhagies. Il arrive aussi, dans le cas d'intervention, qu'il y a des plaies de l'intestin méconnues.

Les conditions de la mort des opérés sont variables; chez le malade de M. Pozzi, par exemple, il y avait un rétrécissement de l'intestin, mais insuffisant pour empêcher les matières de passer. Il n'y avait d'ailleurs pas trace de péritonite. Peut-être, dans ces cas, y aurait-il lieu d'invoquer le secours de l'électrisation selon la méthode de M. Boudet (de Paris), pour s'opposer à cette paralysie de l'intestin de ces opérés.

En résumé, les plaies pénétrantes de l'abdomen donnent une mortalité considérable; il y a une notable différence entre les plaies de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Dans les cas d'intervention, il y a 4 guérisons sur 10 cas, ce qui constitue un écart assez considérable avec les chiffres donnés plus haut pour plaider en faveur de l'opération. Dès 1852, Nélaton professait cette opinion, qui d'ailleurs est presque exclusivement adoptée à l'étranger.

M. **DESPRÉS** déclare que M. Trélat l'a ébranlé; il lui demande cependant une petite concession : un malade reçoit une balle dans l'hypochondre du côté gauche, il crache du sang abondamment, la balle a perforé le diaphragme et pénétré dans la poitrine. Il présente des signes de péritonite. M. Trélat ferait-il, dans ce cas, la laparotomie?

M. **TRÉLAT** répond négativement. Il n'a parlé que de perforation intestinale.

M. **DESPRÉS** ajoute qu'il n'accepte l'intervention que dans des cas parfaitement évidents de plaie pénétrante de l'intestin et non en présence des signes seuls de péritonite.

M. **TILLAUX** dit que lorsqu'il y a écoulement de matières au dehors, tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité de faire la laparotomie et la suture intestinale.

M. Trélat a formellement dit aujourd'hui qu'il était partisan de l'intervention en présence de signes évidents de péritonite aiguë; à ce point de vue, M. Tillaux est de son avis. Mais il a parlé, dans sa précédente communication, des cas où il y a un peu de douleur et un peu de péritonite localisée. M. Tillaux n'interviendrait pas dans ces cas; il attendrait. Il répète qu'il y a des faits de guérison spontanée de plaie pénétrante de l'intestin grêle, témoin, par exemple, le cas de M. Berger. Or dans la statistique de M. Trélat, on n'a pris que les cas de mort. En résumé, M. Tillaux est partisan de la laparotomie dans les cas de plaies évidentes de l'intestin, même dans les cas de péritonite certaine. Mais il n'est pas d'avis d'intervenir en présence des premiers signes de douleur ou de péritonite localisée.

M. **TRÉLAT** fait observer que, dans la statistique qu'il a donnée, on compte parfaitement des cas de guérisons.

ÉLECTION

MM. Thompson (de Londres) et Albert (de Vienne) sont nommés membres associés étrangers.

MM. Reverdin (de Genève) et Maydl (de Vienne) sont nommés membres correspondants étrangers.

MM. Bruch (d'Alger), Mouchet (de Sens) et Heydenreich (de Nancy) sont élus membres correspondants nationaux.

PRÉSENTATIONS

Diphthérie, érysipèle, arthrite suppurée. — M. **LANNELONGUE** communique l'observation et présente les pièces provenant d'un enfant atteint de diphthérie et opéré du croup le 7 décembre. Le 15 apparaît un érysipèle; peu de jours après cet enfant présente tous les signes d'une arthrite grave de la hanche avec abcès et luxation évidente de la tête du fémur. La mort est survenue le 7 janvier. L'autopsie a montré des altérations osseuses très marquées : le cartilage, le fibro-cartilage, les ligaments avaient disparu; la cavité cotyloïde était agrandie en arrière; la présence de l'abcès, la position vicieuse favorisaent également la luxation, ainsi que la diminution de volume de la tête du fémur; la disparition des ligaments, etc.

Cet enfant a subi deux infections : la diphthérie et l'érysipèle. M. Lannelongue a constaté, en outre, l'existence d'une ostéomyélite épiphysaire. Il n'hésite pas à rapporter cette ostéomyélite à l'infection érysipélateuse.

M. **VERNEUIL** dit qu'on retrouve là tous les caractères qu'il a lui-même fait connaître pour expliquer la production de ces luxations pathologiques : destruction des parties molles, altérations osseuses, attitude vicieuse du membre.

M. **LE DENTU** cite un cas où il a vu tous ces phénomènes se pro-

duire chez un adulte auquel il a pratiqué la résection du fémur.

M. TILLAUX fait observer que le point de départ admis par M. Lannelongue est l'ostéite de la tête du fémur. C'est là le fait le plus intéressant.

M. LANNELONGUE répond que c'est absolument sa pensée; car, contrairement à M. Verneuil, il pense qu'il faut une altération osseuse et non pas seulement une altération des parties molles pour produire ces luxations pathologiques.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les « guérisseurs » dans le Roussillon.

Par M. le docteur Pons Simon.

A côté, parfois même au-dessus des médecins diplômés, existe une classe nombreuse de *guérisseurs* des deux sexes, absolument illettrés, mais ayant reçu du Ciel un don particulier : ils sont connus sous le nom générique de *curanderas* (*cura*, soin; *dare*, donner).

Les sciences médicales et chirurgicales étant trop vastes, la spécialité a pris jour, et nous voyons les *curanderas* se partager la besogne. Leurs attributions sont limitées; de là la confiance illimitée de leurs clients. Les uns s'adonnent exclusivement à la chirurgie et même à certaines parties de la chirurgie.

Les fractures et les luxations sont du ressort du *curandera à trancadoura.*

Un autre a pour mission de masser les foulures, les contusions, les entorses, *nerbis arroudits.* Avec un sang-froid imperturbable et une force peu commune, on masse le pauvre patient de pied en cap.

Je connais une vieille femme qui a la spécialité des hernies étranglées, sans taxis bien entendu, par la simple application d'une pommade mystérieuse.

Les maladies des yeux sont traitées par l'épicière du coin, qui possède une *eau infaillible*, un collyre au sulfate de zinc, qu'elle prépare chez elle et qu'elle vend à raison de dix francs le litre. La consultation est gratuite.

Avant la savante découverte de Pasteur, le traitement de la rage était dévolu, dans notre contrée, aux *saloudadous* (*salus, dare*). Dès qu'on avait été mordu par un chien supposé enragé, on envoyait quérir le *saloudadou* qui agrandissait la plaie et en aspirait le sang par la succion. Il terminait l'opération par une cautérisation énergique au fer rouge.

Vers 1810, existait à Camélas (Pyrénées-Orientales) un *guérisseur* de pustules malignes. Il employait une pommade dans la composition de laquelle entraient en grande partie les feuilles et l'écorce fraîche de noyer; sa réputation était très étendue.

Les fractures et les lésions osseuses sérieuses, au dire des paysans et même de certaines personnes instruites, ne sont pas de la compétence des médecins. Aussi les médecins de campagne voient-ils rarement, pour ne pas dire jamais, des cas de ce genre. Aussitôt après l'accident, on court prendre le rebouteur le plus en renom dans la contrée; celui-ci arrive d'un air grave et silencieux, ayant conscience de la délicate mission qu'on lui confie, opère ou fait semblant d'opérer la réduction de la fracture ou de la luxation et entoure le membre d'*astoupadas*.

L'*astoupada* est une pâte collante, sorte d'appareil dextriné, que l'on prépare en battant ensemble pendant une demi-heure des blancs d'œuf et des bulbes frais de *Lilium pyrenaicum*, plante que l'on trouve en abondance dans les régions élevées de la chaîne des Pyrénées. On applique cette pâte autour de la fracture ou de la luxation; sur la pâte on met une couche épaisse d'ouate; des morceaux de roseaux fendus en longueur représentent les attelles; des bandes roulées maintiennent ces attelles et ajoutent à la compression. L'appareil est changé tous les trois ou six jours, suivant la gravité de la lésion.

On ne saurait croire combien l'*astoupada* est en faveur chez nos paysans; la moindre contusion, la moindre foulure nécessitent l'application de plusieurs astoupadas. Tout le monde sait confectionner cet onguent. On va chez le pharmacien acheter 10 centimes de *counsoltà* (c'est le nom catalan du *Lilium pyrenaicum*). Le pharmacien, qui aurait trop à faire pour conserver à l'état frais les bulbes de cette Liliacée, leur délivre des racines de *grande consoude* (*Symphytum majus*).

Parmi les rebouteurs du Roussillon, il y a eu des célébrités qu'on venait consulter de fort loin, entre autres un certain N..., qui voyait son domicile envahi tous les jours par une vingtaine de malades, tous porteurs d'affections chirurgicales diverses. Ses visites étaient gratuites; il n'acceptait que les cadeaux. Au dire de certaines gens, de quelques médecins même, il avait acquis par l'habitude une grande habileté. Le père mort, les enfants (il n'y eut que des filles) ont fatalement hérité de ce don précieux pour la pauvre humanité. Une parcelle de ce don de guérir a rejailli même sur le garçon d'écurie de N..., qui opère fractures et luxations à raison de vingt francs la cure.

La crédulité humaine sera toujours un vaste champ d'exploitation.

Un autre rebouteur en renom opérait dans les environs de Céret. Son métier lui rapportait assez pour avoir sous ses ordres un vrai docteur en médecine, qui prêtait ainsi sa dignité et son diplôme au charlatanisme le plus éhonté.

La médecine proprement dite est généralement abandonnée sans contrôle aux médecins diplômés; néanmoins il existe deux classes de *guérisseurs* d'affections internes : les *sorcières* et les *signadous*.

Les sorcières rentrent dans la catégorie bien connue des somnambules.

Les *signadous* ont reçu du Ciel le don de conjurer les maladies par l'application sur le patient de signes cabalistiques. On *signe* un rhume, une bronchite, une névralgie dentaire, etc., etc... Les *signadous*, sorte de spirites ignorants, finissent par prendre leur rôle au sérieux. C'est la classe la plus inoffensive pour le corps médical.....

L'énumération de toutes les pratiques superstitieuses et ridicules en vogue chez nos paysans serait trop longue et trop fastidieuse : chaque localité a sa spécialité thérapeutique.

Qu'il nous soit permis d'espérer que le développement et la propagation des sciences viendront naturellement sauvegarder nos intérêts professionnels, que les législateurs n'ont pas encore songé à défendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 janvier 1887, M. le médecin-major de deuxième classe Mackiewicz, affecté provisoirement au 51e d'infanterie, est passé au 72e régiment de même arme, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Guérard.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 7 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

— *Faculté des sciences de Paris.* — A l'occasion des obsèques de Paul Bert, les cours, conférences et manipulations seront suspendus samedi prochain 15 janvier 1887.

— M. Léon Godard soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 22 janvier 1887, à trois heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse : « Sur la diffusion de la chaleur. »

— *Erratum.* — Page 43, deuxième colonne, quatrième avant-dernier aliéna, au lieu de : « 81 kilos » lire : « 61 kilos. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20569

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) 2 fr. 50 dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* 1 fr. *et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

85

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

23

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

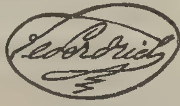
Depôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

81

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

43

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme tortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

45

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

101

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

HOGG, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

15

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . . . *2 fr. 50*

Phies ✻, 2 bis, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Hermaphrodisme; impuissance; type infantile.

Nous avons abordé, dans la dernière séance, l'étude des questions médico-légales qui se rattachent au mariage, et nous en sommes resté aux indices absolument caractéristiques d'un sexe, quand on peut les trouver. A propos de la recherche des testicules, j'avais omis de vous dire qu'il arrive quelquefois que les testicules descendent tout d'un coup à l'occasion d'un effort. Ambroise Paré rapporte, en employant un terme qui lui est familier, le fait d'une grande garce de fille de Normandie qui, en sautant un fossé, est devenue un homme.

Lorsque vous aurez à apprécier à quel sexe appartient un individu, si vous recherchez soigneusement tous les caractères que je vous ai indiqués dans la dernière leçon, vous réunirez presque toujours un tel ensemble de probabilités qu'il équivaudra à une preuve. Cependant, dans les affaires de divorce, quand le juge vous demandera : « Y a-t-il entre ces deux personnes identité de sexe? » vous pourrez vous trouver dans un grand embarras, n'ayant aucun caractère absolument essentiel qui vous permette de répondre affirmativement. Il y a plusieurs années, Paul Dubois, Béclard, le père de notre doyen et d'autres, s'étant trouvés dans cette position, on proposa d'établir un sexe neutre. Cette opinion n'a pas prévalu. On a beaucoup insisté, dans ces cas-là, sur la valeur des penchants naturels comme critérium. Je veux bien les accepter à titre d'indications, mais j'ai remarqué que tous les individus qui veulent être déclarés hommes me disent, eux et leurs parents, qu'ils ont un goût très prononcé pour tous les exercices du corps, la gymnastique, les armes, le cheval, qu'ils ont l'intelligence très ouverte et surtout des aptitudes spéciales pour les mathématiques, — je me demande si c'est particulier aux hermaphrodites! — En un mot, les dires étaient si exagérés que je n'osais pas en tenir grand compte, et je vous engage à ne pas vous laisser entraîner par l'orientation morale d'un individu, souvent trompeuse.

Un médecin italien rapporte le fait d'un cocher qui fumait, se grisait, jurait, avait eu deux blennorrhagies, toutes aptitudes très masculines, et sur lequel on trouva, à l'autopsie, deux ovaires et un utérus rudimentaire; il avait une sorte de cavité vaginale et quelque chose qui ressemblait à une verge ou à un gros clitoris.

Une nommée Marie Arsano mourut à l'âge de quatre-vingts ans, après de longues années de mariage. En la disséquant, on s'aperçut que c'était un homme.

On a remarqué que, souvent, lorsque les aptitudes génitales ne sont pas normales, l'état mental prend une tournure singulière, généralement très mélancolique. Je me souviens très bien d'une clinique de Gosselin qui, venant de faire une castration, nous rappela plusieurs observations de ce genre dans lesquelles le sujet s'était suicidé. En effet, quelques jours après, son opéré se suicida.

Tardieu cite le cas d'un hypospade égaré, jusqu'à l'âge de seize ans, dans une pension de jeunes filles, où il s'était pris d'une vive affection pour une de ses compagnes. Lorsque ce pauvre garçon connut son état, il entra dans un désespoir profond; et, après avoir écrit ses mémoires sur le ton le plus mélancolique, il se suicida dans une chambre d'hôtel, rue Saint-Jacques.

Cependant les castrats, les eunuques et les quatre ou cinq cent mille adeptes d'une secte religieuse du sud de la Russie, qui s'enlèvent entièrement les parties génitales, ne passent pas pour être mélancoliques, mais extrêmement salaces et débauchés.

Le code prussien s'est tiré d'embarras au sujet des hermaphrodites en décidant que : 1° si un enfant, en naissant, n'a pas de sexe déterminé, ses parents décident à quel sexe il appartiendra; 2° à dix-huit ans, il a le droit de choisir son sexe lui-même; 3° si les droits d'un tiers (par exemple un frère cadet) dépendent de son sexe, celui-là a le droit de réclamer un examen d'expert; 4° le rapport de l'expert décide contre le choix des parents et contre le choix de l'hermaphrodite.

Mais un allemand a eu une idée bien plus lumineuse. Il voudrait qu'on ait la permission de se marier comme homme ou comme femme, à condition de promettre de ne se servir de ses organes génitaux que dans un seul sens!

Ces questions d'hermaphrodisme ont été quelquefois soulevées à propos d'attentats à la pudeur. Une sage-femme, mariée, fut accusée d'outrages de ce genre sur les femmes en couches qu'elle soignait. C'était un hypospade. On eut alors recours à une procédure un peu particulière, en rectifiant d'abord le sexe et en prononçant ensuite le divorce.

Après avoir traité les empêchements au mariage, nous arrivons aux questions de divorce ou de séparation.

Parmi les articles 229, 230, 231 et 232 sur les causes du divorce, l'article 231 seul nous intéresse : « *Les époux pourront réciproquement demander le divorce pour excès, sévices ou injures graves de l'un d'eux envers l'autre.* » Qu'est-ce que le législateur entend par ces mots? Le mot *excès* remplace un article antérieur au code civil, où il était question de « sévices excessifs mettant en danger la vie de celui qui en est victime ». On a trouvé un peu sévère d'attendre cette extrémité, et l'on s'est contenté du mot *excès* qui est pourtant plus fort que *sévices*, celui-ci étant un diminutif de celui-là. Ainsi un mari qui portera le même coup sur sa femme enceinte et non enceinte, aura commis dans le premier cas un excès et dans le deuxième un sévice. Mais les sévices directs ne doivent être pris en considération que s'il y a des traces de coups, des ecchymoses, par exemple, dans le cas assez fréquent d'une défenestration; car un mari a, jusqu'à un certain point, le droit de correction sur son épouse. Il faut d'ailleurs tenir compte ici, comme je vous l'ai dit souvent, de l'éducation et de la position sociale. Un diplomate qui giffle sa femme est plus coupable qu'un simple ouvrier.

Comme exemples d'*injures graves*, je vous citerai : pour une femme, le fait d'avoir dissimulé une grossesse existant au moment du mariage, certaines maladies communiquées, telles que la syphilis à la suite de débauches. Mais l'aliénation ouvre-t-elle droit au divorce? Non, les époux, d'après la loi française, se devant aide et protection dans la bonne comme dans la mauvaise fortune, ils n'ont pas plus le droit de se quitter parce qu'ils deviennent aliénés que parce qu'ils deviennent phthisiques ou goutteux.

Enfin, la question qui se pose le plus souvent est celle de l'impuissance. Une femme vient se plaindre, après quelques mois de mariage, de ne pas être déflorée. Or, il n'est dit nulle part dans la jurisprudence, d'une façon absolue, que l'impuissance soit un fait injurieux à relever contre son conjoint. Mais il y a une distinction à faire entre l'impuissance postérieure au mariage et l'impuissance antérieure au mariage. Ici il peut y avoir injure grave.

Cette jurisprudence s'explique en France, puisque le mariage y est considéré par la loi comme l'association de deux individus se devant mutuellement fidélité, secours et assistance pour traverser la vie. En Allemagne, au contraire, où le mariage est censé résider dans l'acte génital lui-même, une impuissance complète et incurable, survenant pendant le mariage, donne droit au divorce; l'impuissance antérieure au mariage exige un examen d'expert; les infirmités capables de causer du dégoût et de la répugnance ou d'empêcher l'acte génital sont des causes de divorce.

Ici trouve sa place, pour mémoire, la fameuse épreuve du congrès, justement abolie en 1667. Je vous cite une page très naïvement écrite, de Vincent Tagereau (*Discours de l'impuissance de l'homme et de la femme*, 1612), qui résume en quelques lignes tous les volumes, et ils sont nombreux, écrits sur la matière :

« Après que les parties ont prêté serment qu'elles tascheront de bonne foy et sans dissimulation d'accomplir l'œuvre de mariage sans y apporter empeschement de part ny d'autre, après aussi que les experts ont juré qu'ils feront fidèle rapport de ce qui se passera au congrez, les uns et les autres se retirent en une chambre pour ce préparée, où l'homme et la femme sont de rechef visitez, l'homme afin de savoir s'il a point de mal. . . , la femme pour considérer l'état de sa partie honteuse, et par ce moyen cognoistre la différence de son ouverture et dilatation avant et après le congrez, et si l'intromission y aura été faicte ou non. . . En quelques procès les parties sont visitées nuës depuis le sommet de la teste jusques à la plante des pieds, en toutes parties de leur corps, *etiam in podice*, pour sçavoir s'il y a rien sur elles qui puisse avancer ou empescher le congrez, les parties honteuses de l'homme lavées à l'eau tiède (c'est à sçavoir à quelle fin), et la femme mise en un demy bain, où elle demeure quelque temps. Cela fait, l'homme et la femme se couchent en plein jour en un lict, et les rideaux estant tirez, c'est à l'homme à se mettre en devoir de faire preuve de sa puissance, habitant charnellement avec sa partie et faisant intromission, où souvent adviennent des altercations honteuses et ridicules, l'homme se plaignant que sa partie ne le veut laisser faire et empesche l'intromission ; elle le niant et disant qu'il y veut mettre le doigt et la dilater et ouvrir par ce moyen : encore ne sçauroit-il, quelque érection qu'il fasse, si sa partie veut l'empescher, si on ne lui tenoit les mains et les genoux, ce qui ne se fait pas. Enfin les parties ayant esté quelque temps au lict, comme une heure ou deux, les experts appelez, ou de leur propre mouvement quand ils s'ennuyent, — (!!) — en ayant assez subject, *si sint viri*, s'approchent et, ouvrans les rideaux, s'informent de ce qui s'est passé entre elles et visitent la femme de rechef pour sçavoir si elle est plus ouverte et dilatée que lorsqu'elle s'est mise au lict et si l'intromission a esté faicte; aussi *an facta sit emissio, ubi, quid et quale emissum*. Ce qui ne se fait pas sans bougies et lunettes à gens qui s'en servent pour leur vieil âge, ny sans des recherches fort sales et odieuses. Et font leur procès-verbal de ce qui est passé au congrez, ou (pour mieux dire) de ce qu'ils veulent, qu'ils baillent aux juges estant au même logis, en une salle ou chambre à part avec les procureurs et practiciens en cour d'Église, attendant la fin de cest acte. »

Cette coutume était non seulement scandaleuse, mais absurde. Témoin le marquis de Langeais, qui, après s'être montré impuissant dans l'épreuve du congrès et avoir vu annuler son mariage, eut sept enfants de sa seconde femme Diane de Navailles.

L'impuissance qui résulte chez l'homme de lésions des organes génitaux externes (perte de la verge ou des testicules à la suite d'une opération, gangrène, chancre phagédénique), antérieurs au mariage, constitue une injure grave.

Un jeune homme qui venait de se marier avait un phimosis qui le gênait beaucoup dans l'accomplissement de ses devoirs maritaux. Ayant résolu de se faire circoncire, il s'adressa à un médecin qui, sans doute, se fit chirurgien pour la circonstance et négligea de laisser assez de peau au prépuce. Ce malheureux se trouva avoir un fourreau si petit que, lorsqu'il entrait en érection, il éprouvait une vive douleur qui l'obligeait à se retirer aussitôt. Y avait-il injure grave vis-à-vis de sa femme? Évidemment non, puisqu'il avait eu, au contraire, la volonté d'améliorer son appareil génital afin de mieux remplir ses devoirs conjugaux. Cette infirmité était déplorable pour sa femme et pour lui-même, mais non injurieuse. C'est dans ce sens que le jugement a été rendu.

L'éléphantiasis du scrotum ou des bourses, certaines hernies tellement volumineuses qu'elles cachent complètement la verge, sont admis comme causes d'inaptitude au coït.

Quant aux causes internes, il est très difficile de les établir et de porter sur elles un diagnostic vrai. On n'est pas, d'une façon absolue, puissant ou impuissant. Cela dépend

du moment et des circonstances, du degré d'émotivité du sujet, etc.

Il est un groupe d'individus que Lorain a caractérisés du nom d'*infantiles*, qui se recrute parmi les jeunes ouvriers et les collégiens des grandes villes, et sur lequel je veux attirer votre attention. Vous connaissez tous le type du petit *gavroché*, ce type, essentiellement parisien, de l'enfant qui passe pour un prodige dans ses classes jusqu'à douze ou treize ans et qu'on entend parfois dans la rue faire de ces répliques étonnantes, qui vous font retourner la tête en souriant. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs à Sainte-Barbe. A douze ou treize ans, ils venaient me consulter pour une inflammation du sein, et je remarquais que leurs organes génitaux ne se développaient pas, que ces enfants devenaient grassouillets, restaient souvent petits et glabres. En même temps leur intelligence s'atténuait beaucoup et ils passaient rapidement de la tête à la queue de leur classe. Ce dernier caractère n'est pas constant.

Quant aux ouvriers, ils deviennent paresseux, se grisent, fument et vont mourir dans un hôpital à vingt ou vingt-cinq ans.

Lorsqu'on dissèque un de ces individus, on trouve une vessie très petite, un rudiment de prostate, pas de muscles ischio et bulbo-caverneux, une toute petite verge, un bassin très étroit. On constate par conséquent un arrêt de développement bien marqué.

Ces individus sont assez indifférents au point de vue génésique, mais ils s'adonnent volontiers à l'onanisme et à la pédérastie.

Cependant, il est rare que, dans les classes élevées de la société, les choses aillent aussi loin. Pourquoi? Parce qu'on va passer trois mois de vacances à la campagne, parce qu'on est logé dans des appartements plus vastes, plus propres, mieux aérés, parce qu'on ne boit pas d'alcool. Mais les effets de l'arrêt de développement, pour être moins foudroyants, n'en sont pas moins positifs.

Pour peu que l'on parcoure les fauteuils académiques, on trouve un grand nombre d'hommes, — et c'est l'un d'eux qui m'en faisait la remarque l'autre jour, — qui se sont développés suivant la mode parisienne, c'est-à-dire qu'ils parlent bien, causent bien; mais ce sont des esprits superficiels et peu encyclopédiques, souvent incapables de mener à bonne fin un travail lent et profond. Si vous pénétrez chez eux, vous trouverez une femme, mais pas d'enfants.

L'influence de cet état sur l'intelligence est d'ailleurs très diverse. Je vous rappelle l'exemple récent et bien connu d'un certain personnage qui commença par prendre la soutane dans le but de cacher son impuissance. Puis il épousa une jeune fille à la condition qu'ils vivraient ensemble sans partager le même lit. La jeune fille finit par trouver la situation étrange, plaida en séparation de corps, et son mari est entré en dernier lieu dans un ordre religieux.

Parfois, l'arrêt de développement du bassin et des organes qu'il contient s'accompagne d'un état correspondant des membres inférieurs.

Un jeune homme, entré le premier dans une des grandes écoles du gouvernement, en était sorti également dans les premiers. Son père, qui a une grande réputation dans la même carrière, vient un jour me trouver pour me communiquer ses craintes au sujet de son fils qui, à vingt-quatre ans, est aussi innocent qu'une jeune fille. Il ajoute qu'il ne peut pas arriver à monter à cheval, tombant toutes les fois qu'il essaye. Je fais venir le jeune homme et je m'aperçois que les adducteurs sont complètement atrophiés. Ce garçon s'asseyait en charnière, comme une poupée de Nuremberg. Je l'ai fait électriser : il peut maintenant aller à cheval doucement. D'un autre côté, nous avons réussi à vaincre son obstination et ses craintes au sujet de son impuissance; il est marié, père de deux enfants. Il a quelques actes génitaux, mais tellement rares qu'on peut le considérer malgré tout comme impuissant.

Il se produit donc parfois, à un moment donné de la vie, un arrêt total ou relatif dans le développement de certains organes.

REVUE DE LA PRESSE

Les acides de l'estomac sain et malade. — MM. les docteurs Cahn et von Mering ont entrepris, sur les acides de l'estomac sain et de l'estomac malade, une série de recherches dont voici les résultats :

1° Il est possible de déterminer quantitativement les acides volatils, l'acide lactique et l'acide chlorhydrique du contenu stomacal;

2° Chez l'homme sain, on trouve des quantités appréciables d'acide chlorhydrique dans l'estomac, déjà une demi-heure après le repas;

3° Lorsque le régime est tout à fait carnivore, on ne trouve dans l'estomac que de l'acide chlorhydrique;

4° En cas de régime mixte, l'estomac de l'homme sain ou malade renferme, outre l'acide chlorhydrique, une proportion notable d'acide lactique de fermentation et des acides volatils; cette proportion est d'autant plus élevée que les aliments ont séjourné plus longtemps dans l'estomac;

5° Dans la fièvre et l'anémie grave, l'acide chlorhydrique peut faire défaut;

6° Dans la cachexie amyloïde et particulièrement dans la dégénérescence amyloïde de l'estomac, l'acide chlorhydrique se rencontre régulièrement;

7° Dans le carcinome du pylore, la présence de l'acide chlorhydrique est la règle; son absence est une exception. En général, on trouve non pas des traces, mais des proportions qui atteignent la normale ou la dépassent;

8° Le violet de méthylaniline ne convient pas comme réactif pour reconnaître la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac. L'absence de la réaction ne prouve pas que l'acide chlorhydrique fasse défaut; la présence de la coloration bleue n'indique pas non plus, d'une façon certaine, la présence de l'acide chlorhydrique. (*Ann. de la Société médico-chirur. de Liège.*)

Traitement de l'anémie cérébrale. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz prescrit la médication suivante chez les malades atteints d'anémie cérébrale :

1° Prendre après chacun des principaux repas, dans un peu d'eau de Seltz, une cuillerée à soupe de sirop d'iodure de fer;

2° Le soir, en se couchant, une cuillerée à soupe également de la solution suivante :

Bromure de potassium . . .	*ââ* 10 grammes.
Bromure de sodium. . . .	
Bromure d'ammonium. . .	
Eau distillée	350 —

3° Prendre deux bains sulfureux;

4° Quand la saison le permettra, remplacer les bains sulfureux par les douches froides. On terminera par une douche chaude sur les pieds. (*Revue de thérap. méd.-chirurg.*)

Névralgie et périarthralgie de l'épaule. — M. Albert Mathieu publiait l'année dernière un travail dans lequel il signalait l'existence d'un complexus douloureux de l'épaule, dont l'ana-

lyse symptomatique prêtait à des considérations intéressantes. Or, depuis cette époque, il lui a été donné d'observer de nouveaux faits de ce même complexus, faits à la suite desquels il a formulé les propositions ci-dessous :

1° Dans ce qu'on désigne sous le nom de rhumatisme ou d'arthralgie scapulo-humérale, on peut souvent, par l'analyse clinique, distinguer deux ordres de maxima douloureux : un maximum au point d'Erb, c'est-à-dire à l'angle interne du triangle sus-claviculaire, au-dessus de la clavicule, en arrière de l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien (maximum névralgique) ; d'autres maxima aux insertions tendineuses des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur. Parfois aussi les ligaments articulaires sont douloureux (maxima périarthralgiques) ;

2° Ces maxima périarthralgiques sont d'origine névralgique ;

3° Quand les nerfs sont plus fortement atteints, il peut y avoir des troubles trophiques qui consistent surtout dans l'atrophie musculaire et la pseudo-ankylose fibreuse, par prolifération et épaississement du tissu celullaire qui entoure l'articulation ;

4° La situation superficielle des filets nerveux qui animent le groupe musculaire de Duchenne-Erb est peut-être la cause de la fréquence de ce complexus. Cette situation les expose à l'action des agents extérieurs : refroidissement, traumatismes, compression, etc.

5° Au point de vue de la sensibilité, le complexus névralgique et périarthralgique de l'épaule est l'équivalent du complexus myopathique qui résulte de la lésion des filets moteurs du même faisceau nerveux et se traduit par la paralysie du groupe musculaire de Duchenne-Erb. (*Progrès médical.*)

Poudre laxative. — M. le docteur Jules Chéron donne la formule suivante pour combattre les complications qui accompagnent si fréquemment les affections utérines :

Séné pulvérisé.	4 grammes.
Réglisse pulvérisé	4 —
Fenouil pulvérisé	2 —
Soufre sublimé et lavé.	2 —
Sucre en poudre.	12 —

Mêlez. A prendre depuis la dose de 1gr,80 centigr. jusqu'à celle de 3gr,60 centigr., le matin à jeun, pendant plusieurs jours de suite, pour obtenir un effet laxatif. (*Revue méd.-chirur. des mal. des femmes.*)

Hémorrhagie intra-cranienne. — Le travail publié sur ce sujet par M. le docteur W.-H. Formad se termine par les conclusions suivantes :

1° Les hémorrhagies siégeant exclusivement en dehors de la pie-mère et de la dure-mère, en dehors de la substance cérébrale, sont toujours le résultat d'un traumatisme ou d'un coup de soleil, pourvu toutefois que l'on puisse exclure une hémorrhagie intra-cérébrale et que les vaisseaux soient intacts ;

2° L'hémorrhagie, siégeant sur le plancher du quatrième ventricule, est toujours traumatique, pourvu qu'il n'y ait pas en même temps de caillots sanguins dans les ventricules latéraux ni dans aucune partie de la substance cérébrale. Si, cependant, cette dernière est très anémiée (en l'absence d'une hémorrhagie en masse), alors une ecchymose intra-ventriculaire peut être un indice que la mort a été la conséquence de convulsions épileptiformes (idiopathiques) ;

3° Une hémorrhagie siégeant exclusivement au-dessous de la pie-mère ou en quelque endroit de la substance cérébrale ou dans les ventricules (à l'exception du quatrième), est toujours idiopathique ;

4° Pour que l'on puisse attribuer l'hémorrhagie à une maladie et exclure le traumatisme, il faut qu'il y ait quelque affection des vaisseaux cérébraux ou de la substance cérébrale. Une hémorrhagie survenant dans un cerveau normal (sain) ne peut s'expliquer que par un traumatisme : chute ou coup ;

5° Dans la commotion cérébrale, on ne retrouve pas le caillot au point précis où le coup a porté, mais toujours quelque part en un point opposé du cerveau et toujours dans la cavité de l'arachnoïde, entre la dure-mère et la pie-mère ;

6° Dans la fracture du crâne, le caillot se retrouve toujours au point où le coup a été appliqué, immédiatement au-dessous et toujours entre la dure-mère et la partie fracturée. Quand la mort arrive rapidement, il peut y avoir un second caillot, quelque part dans le cerveau, dû aux effets de la commotion ;

7° Un caillot situé en dedans de la voûte cranienne est d'un pronostic plus favorable pour le malade, s'il est dû à une fracture du crâne, que s'il fait suite à une commotion cérébrale ;

8° Il n'y a que les caillots et l'infiltration des corpuscules sanguins dans les tissus qui puissent indiquer une hémorrhagie *ante mortem* ; si le sang est liquide, il est dû à une hémorrhagie *post mortem*, et alors il ne peut que tacher les tissus sans les infiltrer. Cependant, dans les cas où une asphyxie rapide ou l'action de certains poisons vient compliquer un traumatisme de manière à accélérer la mort, le sang peut rester à l'état liquide, sans qu'il y ait formation de caillots ;

9° On peut, dans certains cas d'apoplexie idiopathique, observer de fortes contusions ou incisions du cuir chevelu ; cela a lieu quand l'attaque apoplectique a déterminé la chute du malade ;

10° Dans quelques cas, un examen médical seul ne peut pas nous faire dire d'une manière positive si, dans un cas de blessure de tête, l'hémorrhagie consécutive est le résultat d'un coup ou d'une chute ;

11° Les marques extérieures de violence peuvent être invisibles à l'œil nu en certains cas de blessures de tête ou d'autres parties, mais le diagnostic peut être rendu facile au moyen du microscope ;

12° Le volume d'une hémorrhagie intra-cranienne est en raison inverse de celui de l'hémorrhagie externe ; mais, par contre, il est en raison directe du laps de temps écoulé entre le moment de l'accident et celui de la mort. (*Union médicale du Canada.*)

Traitement de l'eczéma vésiculeux. — La pommade dont voici la formule est conseillée par Duhring au début de l'eczéma vésiculeux :

Camphre pulvérisé.	1gr,15 centigr.
Oxyde de zinc pulvérisé.	7 grammes.
Glycérine	1gr,75 centigr.
Axonge benzoïné.	20 grammes.

L'auteur ajoute que l'on peut commencer le traitement par l'application de poudres isolantes, telles que le lycopode, le talc ou le sous-nitrate de bismuth. (*Union médicale.*)

Traitement de la sueur des pieds. — M. le docteur Frédéricq préconise un nouveau traitement de la sueur des pieds, véritable infirmité contre laquelle, dit-il, on ne saurait avoir trop de ressources.

Il emploie l'acide tartrique ordinaire usité en médecine, en poudre aussi fine que possible, semblable à de la farine, pour empêcher les petits cristaux non pulvérisés de produire une inflammation et une douleur locale à l'endroit où ils s'enfonceraient dans la peau.

Il est nécessaire de commencer par des doses extrêmement légères. Une demi-cuillerée à café pour saupoudrer les deux pieds est plus que suffisante au début, certaines personnes ayant l'épiderme excessivement sensible. On peut dès le lendemain augmenter la dose.

L'auteur a essayé déjà ce remède sur un assez bon nombre de sujets et toujours avec un égal succès ; les résultats sont même surprenants. Dernièrement il traitait une jeune fille dont les pieds complètement ulcérés montraient le derme à nu sur plusieurs endroits, ce qui rendait la marche très pénible. On fit l'application de l'acide tartrique vers le soir, mais en quantité trop forte, ce qui occasionna des douleurs cuisantes qui empêchèrent le sommeil pendant une partie de la nuit ; mais dès le lendemain la sécrétion était tarie, la peau s'était endurcie, et l'on put continuer le traitement, sans aucun inconvénient cette fois. Au bout de quelques jours cette jeune fille était débarrassée de son infirmité.

Il importe de continuer le traitement quelque temps encore après complète guérison et de le reprendre aux premiers signes de récidive. Ces récidives se produisent presque fatalement, les transpirations profuses des pieds faisant partie, pour ainsi dire, de la constitution des individus qui en souffrent. Mais qu'on ne s'imagine pas que la suppression de cette sécrétion en fasse naître une nouvelle dans une autre partie du corps; qu'elle produise de la diarrhée, par exemple, ou tout autre flux compensateur. L'auteur n'a jamais rien observé de semblable; de plus l'état général du patient est resté ce qu'il était avant la suppression de la transpiration, et après celle-ci jamais le moindre inconvénient ne s'est produit, comme on aurait pu le craindre. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Guérison spontanée de la cirrhose. — M. FÉRÉOL présente de nouveau le malade dont il a déjà entretenu la Société et qui, après avoir eu tous les symptômes d'une cirrhose des mieux caractérisées, paraît définitivement guéri depuis plusieurs mois.

M. RENDU cite un fait analogue à celui de M. Féréol; il s'agit d'un jeune officier qui a présenté tous les caractères de la cirrhose, qui a subi quatorze ponctions et qui semble actuellement tout à fait guéri.

M. TROISIER, tout en ayant rapporté des cas analogues, croit qu'il faut, dans ces cas, faire les plus grandes réserves relativemen t au diagnostic de la cirrhose.

M. GUYOT cite l'exemple d'une malade qui a offert tous les signes d'une cirrhose, qui est restée ensuite deux ans complètement guérie et qui est rentrée, après ce temps, dans le service de M. Guyot avec de l'anasarque et tous les caractères d'une cirrhose à laquelle elle a succombé et dont on a trouvé toutes les lésions à l'autopsie.

Tumeur du rein. — M. BLACHEZ présente à la Société les pièces provenant d'une malade entrée dans son service à l'hôpital de la Charité. Je ne puis, dit-il, vous rapporter l'observation de cette malade qui a succombé quelques heures après son admission à l'hôpital; nous n'avons eu aucun renseignement sur son compte, elle ne répondait plus aux questions qu'on lui posait et n'était pas en état de supporter un examen complet. Nous avons constaté seulement qu'il existait une énorme tumeur abdominale, et, en raison de l'état cachectique, nous avions pensé à un cancer, sans même chercher à en préciser le siège.

Les pièces que l'autopsie nous a fournies m'ont cependant paru dignes de fixer votre attention. Les lésions sont très accentuées, et on peut facilement suivre leur évolution.

Il s'agit de lithiase rénale et d'hydronéphrose consécutive.

Le rein gauche est le moins malade; sa forme est normale, et il n'est pas augmenté de volume. Son diamètre vertical est de 11 centimètres; son poids de 160 grammes; sa surface est lisse, avec de très légères bosselures. A la coupe, on trouve une dilatation déjà très marquée des calices, formant des poches plus ou moins étendues, se réunissant parfois les unes aux autres. La surface interne de ces cavités kystiques est unie, rosée : elles renferment un liquide clair.

La substance rénale est refoulée à la périphérie et forme une bande de 1 centimètre 1/2 à la partie moyenne, tandis qu'aux deux extrémités de l'organe, elle est réduite à quelques millimètres. On y retrouve encore des traces des deux substances corticale et médullaire, et on voit quelques pyramides pâles et déformées. Dans le bassinet se trouve enclavé un calcul, arrondi, jaunâtre.

A droite, les lésions sont beaucoup plus développées. Le rein forme une tumeur en contact avec la paroi abdominale. Cette tumeur était libre, il n'y avait aucune adhérence avec les organes voisins.

La forme de cette tumeur rappelle celle du rein; son diamètre vertical est de 17 centimètres; sa circonférence à la partie moyenne, de 30 centimètres. Après évacuation du liquide qu'elle renferme, son poids est de 500 grammes.

Sa surface est lisse, présentant des bosselures inégales, très développées.

A la coupe, il s'écoule une grande quantité de liquide blanchâtre, sans odeur, contenant une notable quantité de pus.

Au centre de cette tumeur, c'est-à-dire au niveau du bassinet, on tombe sur des tissus légèrement indurés, dans lesquels sont enchatonnés deux gros calculs, durs et de coloration noirâtre.

Tout autour, existent dix ou douze loges, les unes simples, les autres cloisonnées et formées par la dilatation des calices. Leur surface interne est tapissée par une sorte de fausse membrane, se détachant facilement sur certains points, très adhérente sur d'autres.

Ici la substance rénale a complètement disparu et on n'en retrouve aucun vestige.

Les deux uretères étaient libres; celui du côté droit avait son calibre très réduit. La vessie était presque vide et ne contenait que 40 ou 50 grammes d'un liquide analogue à celui que renfermait le rein droit.

Rien aux organes génitaux.

Les autres viscères étaient intacts; il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur.

M. SIREDEY cite l'observation d'un malade qui avait succombé, dans le service de M. Aran, à des accidents urémiques. Ayant touché cette malade, sur l'invitation de son maître Aran, M. Siredey reconnut qu'elle était atteinte d'un cancer de l'utérus. L'autopsie montra qu'il y avait une obstruction complète des uretères par suite de la dégénérescence cancéreuse des reins.

Broncho-pneumonies d'origine infectieuse. — M. SEVESTRE lit un travail sur plusieurs cas de broncho-pneumonies qu'il a observés récemment chez des enfants en bas âge et qui se sont produits dans les conditions suivantes : Il s'agit généralement d'enfants de un à deux ans qui sont pris de diarrhée abondante, fétide, de phénomènes d'entérite, sans fièvre, qui durent pendant plusieurs jours; puis ces enfants se mettent à tousser, la fièvre s'allume, et on reconnaît bientôt, à l'auscultation, les signes d'une broncho-pneumonie à laquelle beaucoup succombent. Ces enfants venaient de ce qu'on appelle la salle des sevrés. Ils étaient fort mal nourris avec des bouillies, des fromages, des fruits et très peu de lait. Sous l'influence de cette mauvaise alimentation, ces enfants sont pris de diarrhée très fétide et très abondante; cette diarrhée persiste pendant plusieurs jours; puis la température s'élève, il survient de la toux et l'on se trouve bientôt en présence d'une broncho-pneumonie congestive. On constate, à l'autopsie, que les lésions pulmonaires sont surtout congestives et lymphatiques. L'examen des selles a montré l'existence de ptomaïnes. M. Sevestre croit donc pouvoir conclure qu'il s'agit, dans ces cas, d'accidents infectieux résultant de la décomposition des matières intestinales, et que la broncho-pneumonie constatée chez ces enfants reconnaît la même origine infectieuse.

Dans un certain nombre de cas, la naphtaline et le calomel paraissent avoir donné de bons résultats contre la diarrhée et avoir prévenu les autres accidents, y compris la fièvre et la pneumonie.

M. HAYEM croit que la connaissance de l'état du sang est très importante quand il faut différencier une phlegmasie ordinaire d'une maladie infectieuse. Dans les cas dont vient de parler M. Sevestre, il eût été très intéressant de se rendre compte de l'état du sang et de rechercher s'il n'y avait pas d'augmentation de la fibrine.

Fièvre typhoïde anomale. — M. DANLOS communique une observation de fièvre typhoïde anomale. Il s'agit d'un jeun

homme de vingt-neuf ans, alcoolique, n'ayant jamais eu que des douleurs articulaires. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il avait présenté seulement des signes d'embarras gastrique. Au cinquième jour, les jointures se tuméfient et deviennent douloureuses. Croyant avoir affaire à un rhumatisme articulaire subaigu, M. Sevestre prescrit du salicylate de soude. Quelques jours après, le malade présente du purpura, des épistaxis et même une hémoptysie. Toutefois la température s'élève à peine. M. Sevestre croit avoir affaire à un pseudo-rhumatisme infectieux. Il prie son collègue, M. Straus, de voir le malade avec lui. Une ponction faite dans un genou avec toutes les précautions antiseptiques donne un liquide clair qui ne contient aucun micro-organisme et qui, inoculé à des animaux, ne détermine aucun accident.

Cependant l'état général de ce malade devient très mauvais, les urines contiennent de l'albumine, la température monte à 39 degrés et la mort survient au dix-huitième jour.

A l'autopsie, on trouve partout des hémorrhagies ; la rate est normale ; les intestins, surtout à la partie inférieure, sont le siège de lésions extrêmement considérables, d'ulcérations et même d'eschares. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde à marche anomale. En effet, M. Danlos signale plus particulièrement les points suivants : c'est d'abord l'hyperthermie ; ensuite les épanchements articulaires, qui, dans le cours de la fièvre typhoïde, apparaissent généralement à la fin et sont suppurés, qui ont apparu ici dès le début et n'ont pas été jusqu'à la suppuration. Enfin ce malade a eu des hémorrhagies par la peau, par les muqueuses, par les poumons et non par l'intestin, où se trouvent pourtant des lésions ulcératives considérables. Telles sont les anomalies qu'a présentées ce malade.

M. STRAUS ajoute que la ponction qu'il a pratiquée dans la synoviale n'a donné issue qu'à un liquide absolument clair, ne contenant aucun micro-organisme. Tous les liquides inoculés sont restés stériles. Il en a été de même du sang. On ne trouve donc, chez ce malade, aucun caractère infectieux.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Au moment où s'ouvre de nouveau à l'Académie de médecine une discussion sur le traitement anti-rabique de M. Pasteur, je crois bon de publier l'observation suivante :

Le sieur L... (de Gourgeon), tailleur de pierres, et son fils ont été mordus le 3 novembre dernier par un chien reconnu à l'autopsie être atteint de la rage. Le père avait été grièvement mordu au pied et le fils très légèrement au poignet. Ils partirent tous deux le 7 novembre à Paris pour suivre le traitement anti-rabique, et revinrent, je crois, le 21 du même mois.

Le 2 décembre, L..., père, travaillant dans une carrière, fut pris de douleurs violentes dans les côtes au niveau des endroits où avaient été faites les inoculations anti-rabiques, puis dans la tête, les reins, et tous les membres.

Je le vis pour la première fois le 5 décembre ; il n'offrait pas d'autres symptômes que les douleurs précitées et un affaissement général.

A ma deuxième visite, le 7 décembre, je constatai une paraplégie totale, avec anesthésie à peu près complète des membres inférieurs jusqu'à la ceinture. Cette anesthésie n'empêchait pas les douleurs spontanées dans ces membres, c'était ce qu'on a appelé l'analgésie douloureuse. Pas de paralysie de la vessie et du rectum ; continuation des douleurs dans les côtes, les reins et la tête ; température à l'aisselle, 37°,6 ; faiblesse considérable. Mort le 8 décembre à cinq heures du soir sans que j'aie revu le malade.

Il n'y a eu ni difficultés de déglutition, ni délire, ni accès convulsifs. Hallucinations passagères de l'ouïe la veille de la mort. La morsure du pied était cicatrisée et n'offrait rien de particulier.

Le fils continue à bien se porter.

J'ai été très indécis pour formuler un diagnostic précis, j'ai songé à ce moment à une myélite aiguë, et j'ai fait part à M. le docteur Roux, de l'Institut Pasteur, de mes observations et de mon opinion.

Je livre cette observation à la publicité, à cause de sa ressemblance avec celle du malade d'Arras, portée à la tribune de l'Académie de médecine par M. le professeur Peter.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr PITOY.

Combeaufontaine, 14 janvier 1887.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 janvier 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Cros, en remplacement de M. Raoult, retraité. — Désigné pour l'emploi de directeur du service de santé de la division d'Oran.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Barbier, en remplacement de M. Cros, promu. — Désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Eude, en remplacement de M. Barbier, promu. — Désigné pour le 90e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Courtot, en remplacement de M. Roux, decédé. — Désigné pour le 87e d'infanterie.

Bernhard, en remplacement de M. Casset, mis en réforme. — Désigné pour le 67e d'infanterie.

M. Labit, en remplacement de M. Eude, promu. — Désigné pour le 48e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 13 janvier 1887, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Perrin, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Talon, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Czernicki, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de première classe Bouchez, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; Hintzy, pour l'hôpital militaire de Rennes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Quivogne, pour le 7e régiment d'artillerie ; Voizard, pour la légion de la garde républicaine ; Grandgury, pour le 16e dragons ; Sibille, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied ; Biéchy, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; Colin, pour le 18e dragons.

M. le médecin aide-major de première classe Beaudier, pour le 37e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de première classe Arrufat, pour la légion de la garde républicaine.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Beunat, pour l'hôpital militaire de Nice ; Durand, pour l'hôpital militaire de Briançon.

— Voici les nouvelles questions données pour l'épreuve orale aux candidats du concours de l'internat en médecine des hôpitaux civils de Paris :

1° Glande sous-maxillaire et stomatite mercurielle.

2° Artères de la main et panaris.

3° Rapports du rectum et fissure à l'anus.

— L'Université de Gênes décernera au mois de janvier 1888, un prix de 2000 francs au meilleur mémoire sur la question suivante : « Examen critique de la thèse d'Auguste Comte. — Les lois

des phénomènes de la nature sont applicables aux phénomènes sociaux. »

Les mémoires, écrits en langue française, devront être envoyés au recteur de l'Université avant le 15 juin 1887.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Sarrazin, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg et directeur de l'hôpital militaire de Bourges, décédé ces jours derniers à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20581

N° 9. — JEUDI 20 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 20 JANVIER 1887. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette fois, pour en finir avec la discussion sur la rage, M. le président Sappey a prolongé d'une heure la séance. L'Académie n'était appelée d'ailleurs à voter aucune conclusion.

M. Peter, dans un discours dont la forme très remarquable a été universellement admirée, a repris, pour les développer, ses arguments principaux.

Suivant lui, la fréquence plus grande de la forme paralytique, rare autrefois chez l'homme, pour la rage, pourrait tenir, chez ceux qui ont été inoculés suivant la méthode intensive, à l'accroissement de la virulence de la rage obtenu par ses transmissions successives de lapin en lapin. Dans un exposé rapide des travaux de M. Pasteur sur la rage, M. Peter a rappelé que cet accroissement de virulence dû à la culture sur le lapin était une des premières données établies scientifiquement par ce savant illustre, et qui ont servi de base à ses expériences ultérieures. Tandis que la rage tend à s'atténuer chez les anthropomorphes et probablement dans l'espèce humaine, elle acquiert, au contraire, chez le lapin, une énergie, une léthalité beaucoup plus grande, de telle sorte que la moelle de cet animal mort enragé, le premier jour, avant la destruction partielle de son principe actif par la dessiccation et par l'action de l'air, tue les animaux inoculés beaucoup plus sûrement et beaucoup plus vite que la moelle d'un chien mort de la rage des rues. L'incubation devient excessivement courte avec cette moelle de lapin prise le premier jour, et c'est ce qui a donné l'idée de la méthode intensive, en faisant espérer de dépasser encore de vitesse la rage des rues, même dans les cas où son évolution est la plus prompte. Chez le lapin, l'intensité plus grande qu'acquiert la rage se manifeste, en dehors des effets de l'inoculation de la moelle de cet animal, par la forme même que la rage revêt chez lui. En effet la paralysie indique toujours une atteinte plus profonde des cellules nerveuses affectées que ne le font les convulsions, toniques ou cloniques, l'hyperesthésie, etc. Tandis que ces dernières traduisent l'excitation irritative de ces cellules nerveuses, la paralysie est l'abolition même de leurs fonctions telle qu'elle se produit quand elles sont frappées de mort. C'est pourquoi beaucoup de poisons, agissant sur le système nerveux, provoquent, à faible dose, des convulsions, et à doses plus fortes, des paralysies. Pourquoi ne pas admettre, dit M. Peter, que la rage longtemps cultivée sur le lapin, cette rage dont la virulence a été ainsi exaltée dans des proportions infinies, pourrait produire souvent chez les hommes les mêmes phénomènes paralytiques qu'elle produit toujours chez le lapin? Quand on en arrive, d'après la nouvelle méthode intensive, à inoculer la moelle la plus virulente dès le surlendemain du moment où le traitement est commencé, quand on y revient trois fois dans les dix jours, comment ne pas craindre que ce virus, si énergique et dont la période d'incubation est si raccourcie, puisse causer dans certains cas lui-même ses effets nocifs ordinaires? Telle serait, conclut-il, la cause des cas plus nombreux de rage paralytique observés depuis quelque temps. Maintenant, ajoute-t-il, il s'agit de savoir si le traitement de M. Pasteur a diminué le nombre proportionnel des cas de rage. Cela ne paraît pas démontré, car la moyenne des cas de rage relevés en France et en Algérie n'était que de 30 par an avant le traitement.

A cela M. Vulpian et M. Brouardel ont répondu que, malgré toutes les circulaires ministérielles sur ce sujet, on n'était jamais parvenu à dresser un tableau exact des cas de rage. Certains départements n'envoient aucun rapport, et rien ne prouve que les chiffres fournis par les autres soient complets. M. Vulpian pense que cette année il se serait produit dans notre pays environ trois cents cas de rage si M. Pasteur n'eût point fait d'inoculations préventives. Le savant académicien insiste sur la rareté des insuccès, rareté de plus en plus grande depuis qu'on a recours au traitement intensif. Il nie que ce traitement puisse causer la mort; il nie surtout que la fréquence actuelle des cas de rage paralytique s'y rattache en aucune façon. Cette forme paralytique, bien que généralement regardée comme rare, n'est pas sans exemple chez l'homme, et l'on ne sait pas en réalité dans quelle proportion elle est rare. M. Vulpian en cite plusieurs exemples, observés, soit chez des sujets qui commençaient seulement à être en traitement depuis quelques jours par la méthode des inoculations intensives quand cette forme de rage s'est déclarée chez eux, soit même chez d'autres qui, mordus par des loups ou par des chiens, n'avaient subi aucune espèce de traitement.

M. Brouardel, de son côté, lit une observation de rage paralytique, déjà ancienne de cinquante ans quand van Swieten y fit allusion vers le milieu du siècle dernier. Le

lapin ne pouvait pas être incriminé alors, et, comme le dit M. Vulpian, il est très probable que ces faits se multiplieront, maintenant que l'attention publique est fixée sur ce point.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Abcès tuberculeux; intervention chirurgicale.

Nous allons opérer ce matin deux malades que les lésions dont elles sont atteintes, — ce sont deux femmes, — rendent faciles à rapprocher dans une même leçon. Il s'agit de tuberculose locale.

C'est là une question que, je puis le dire, j'ai étudiée d'une manière toute spéciale. Déjà l'année dernière, lors de la réunion du Congrès de chirurgie, j'avais relevé 120 observations de malades que j'avais opérés pour les mêmes accidents pathologiques de nature tuberculeuse. Depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, je puis ajouter à ce chiffre un nouveau nombre de 50 à 60 opérations du même genre. Aussi me sera-t-il permis de dire que c'est là un sujet sur lequel je crois avoir acquis une certaine expérience, bien qu'il soit encore à l'étude en France, sous certains rapports.

Ces tuberculoses sont de celles qu'il faut savoir attaquer en grand, énergiquement, avec vivacité et conviction, tandis que si l'on se borne à quelque maigre intervention, hésitante, on n'obtiendra que des résultats médiocres, tant au point de vue de la lésion locale qu'à celui de la santé générale. Il faut attaquer ces tuberculoses comme on attaque le cancer, c'est-à-dire avec la pensée de les détruire, de les modifier d'une façon générale. A ce prix seulement on aura toutes les chances possibles de succès. Donc, pas de demi-mesures.

La première de ces deux malades, dont je vous dirai quelques mots, est une jeune fille âgée d'une vingtaine d'années, chétive, toute rabougrie, que je connais depuis bientôt six ans. Je l'ai déjà soignée en 1880, alors que j'étais chargé d'un service de chirurgie à l'hôpital Beaujon.

Cette malade est gibbeuse depuis l'âge de dix ou onze ans, époque à laquelle elle eut un mal de Pott, qui guérit, laissant à sa suite un abcès par congestion. Celui-ci s'est ouvert spontanément à la cuisse en 1880. A son arrivée à l'hôpital, elle portait un long trajet fistuleux et était en proie à des accidents septicémiques des plus graves avec une température de 42 degrés. Je pratiquai immédiatement une opération radicale, afin d'enrayer le mal si possible; je fis une très large incision avec le thermo-cautère, que je préférais alors; le foyer purulent, — abcès par congestion, — avait une hauteur de 20 à 25 centimètres; je débridai, je grattai la poche, je fis des lavages antiseptiques et un pansement à l'iodoforme. Dès le lendemain, les accidents s'amendaient, bientôt cette tuberculose locale se trouvait guérie, du moins pour un assez long laps de temps, et la poche se cicatrisait.

Malheureusement en quittant l'hôpital cette malade retournait dans sa famille, où elle allait se trouver dans les plus mauvaises conditions d'hygiène et de misère. C'est ainsi que les bacilles de la tuberculose, trouvant de nouveau un terrain propice à leur développement, des accidents de même nature se manifestaient au bout d'un certain temps et cette jeune fille rentrait le mois dernier à l'hôpital, — cette fois à la Charité, — où elle devenait de nouveau aussi ma cliente, présentant, sur la cuisse déjà antérieurement opérée et au milieu de sa cicatrice ancienne, un trajet fistuleux. A ce moment, elle n'avait pas encore eu de phénomènes fébriles, lorsque, quelques jours plus tard, des accidents aigus sont survenus (fièvre, inappétence, etc.), lesquels ont duré de deux à trois semaines environ.

Tout d'abord j'ai cru, d'après les signes stéthoscopiques, à quelque pneumonie caséeuse ou à quelque poussée de granulations pulmonaires, mais sans aucune excavation ni même sans aucun ramollissement. Puis, il y a quelques jours, nous avons constaté dans la fosse iliaque droite tous les signes d'un empâtement considérable remontant jusqu'au niveau des fausses côtes, dans le voisinage de la colonne vertébrale. Il s'agit donc encore une fois d'une collection purulente en voie d'accroissement, d'un abcès de la fosse iliaque, se compliquant d'une poussée de granulations pulmonaires de nature tuberculeuse. J'insiste sur cette complication afin que l'on ne puisse pas venir dire, comme d'aucuns peut-être s'y trouveraient incités, que c'est notre intervention chirurgicale, la nouvelle opération que nous allons pratiquer, qui en a été la cause.

Notre opération sera celle d'un abcès tuberculeux avec état phlegmoneux, c'est-à-dire une incision dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, tombant dans le foyer, et, si cela est nécessaire, une contre-ouverture dans la région lombaire, lavage de la poche au chlorure de zinc à 5 p. 100 et grattage.

— La seconde malade est une femme d'une trentaine d'années, atteinte également de tuberculose locale, mais avec cette différence que chez elle l'état général reste bon. Cette malade est dans le service depuis plusieurs mois pour un abcès froid de la région thoracique, paroi latérale gauche, qui a été traité tout d'abord par les injections d'éther iodoformé.

Ce traitement a donné tout ce qu'il a pu; nous y avons eu recours aussi, mais les résultats sont arrêtés maintenant, et la malade trouve le temps long.

Si nous avions affaire à quelque cliente de la ville ayant tous les loisirs de pouvoir se soigner, d'habiter la campagne, venant seulement à Paris tous les quinze jours environ pour se faire faire une injection iodoformée, les résultats seraient probablement tout autres que chez une malade d'hôpital, où les conditions d'hygiène ne sont plus les mêmes, et qui ne peut faire le sacrifice de longs mois sans travailler.

C'est là aussi ce qui doit nous déterminer à intervenir chez elle par une opération. Nous allons donc ouvrir la poche purulente, chercher si les os sont malades ou si la poche est simple, auquel cas il nous suffira de l'enlever avec la curette tranchante, puis lavages au chlorure de zinc et pansement avec la gaze iodoformée. Cette pratique nous a toujours donné de bons résultats, et pour ne citer que les trois derniers cas traités ainsi dernièrement, je vous rappellerai : 1° une jeune fille ayant un abcès tuberculeux de la paroi thoracique qui menaçait de gagner la mamelle gauche; 2° une fillette de dix-huit ans, porteuse d'un abcès froid post-sternal également guéri; 3° enfin une femme de trente ans qui présentait des trajets fistuleux suppurant depuis longtemps, que nous avons aussi opérée récemment, et qui est actuellement en très bonne voie de guérison.

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE, MÉTHODE RENOU

Par M. le docteur Barbot (de Jonzac).

Depuis trois ans j'emploie dans le traitement des maladies diphthéritiques la méthode du docteur Renou, je me trouve et mes malades se trouvent admirablement de ce traitement.

J'ai eu à soigner cinquante et un malades atteints de cette terrible affection; quarante-huit cas ont été suivis de guérison.

Sur ces quarante-huit cas, il y avait la moitié environ qui paraissaient être légers, il faut le reconnaître. Mais ce qu'il faut reconnaître également pour être complètement dans le vrai, c'est que des cas, qui, à la première visite, semblent souvent devoir se terminer par la guérison quoi qu'on fasse ou quoi qu'on ne fasse pas, peuvent prendre une tournure grave et avoir une issue funeste. Quel praticien n'a pas eu de ces déboires!

Combien de fois ai-je été appelé, en effet, au milieu d'une famille en proie à l'angoisse la plus poignante qui, voyant son enfant présenter du *blanc* dans la gorge, me demandait avec anxiété si ce que nous voyons tous était grave? combien de fois m'est-il arrivé, dans le désir bien naturel de calmer des inquiétudes trop justifiées, de dire, avec plus d'aplomb que de sincérité, que la maladie n'était pas sérieuse, que ce que nous voyons était une simple production pultacée, que la guérison arriverait sans doute sous peu? et puis les jours se passaient, l'enduit blanc que nous avions aperçu s'étendait malgré mes attouchements au citron, au borax ou à l'alun, et une angine couenneuse du plus sinistre caractère se révélait; ou bien la production blanche n'augmentait pas d'étendue, tout paraissait être rentré dans l'ordre, lorsque tout à coup l'enfant était pris de raucité dans la voix, de toux *sui generis*, le tirage se montrait et l'asphyxie arrivait avant qu'on ait eu le temps de crier gare.

En résumé, j'emploie ces fumigations depuis trois ans, à la ville et à la campagne. Je fais placer sur un fourneau à pétrole, qui se trouve partout aujourd'hui, un large vase en terre plein d'eau, bouillante d'avance, je mets, dans cette eau, une cuillerée à bouche du liquide Renou, toutes les deux heures pour les adultes, et toutes les trois heures pour les enfants de un à dix ans; je maintiens une température constante de 20 à 25 degrés et plus si c'est possible. A la campagne, où les appartements sont généralement vastes et mal clos, j'entoure le lit du malade de grands draps cloués au plancher, qui lui forment une petite chambre dans la grande. On obtient ainsi une haute température en ayant soin, toutefois, de faire un bon feu dans la cheminée de l'appartement. *Je ne touche jamais la gorge.*

J'alimente les malades avec viandes rôties, œufs à la coque, soupes, lait et vin généreux, ce que, du reste, ils acceptent très bien, étant donné que la gorge n'est jamais touchée que par les aliments.

J'ai cru devoir apporter mon contingent de renseignements dans une question si grave, et je déclare que le docteur Renou a rendu un réel service à la pratique médicale en publiant son traitement de la diphthérie.

Voilà trente ans bientôt que j'exerce la médecine et je n'ai pas trouvé souvent de moyens thérapeutiques, non seulement aussi efficaces, mais encore aussi aisés à appliquer dans la médecine toujours si difficile et si délicate des enfants.

Voilà ce qui m'est arrivé maintes et maintes fois dans des cas bénins en apparence au début, et cela doit aussi être arrivé à d'autres confrères.

Il y avait même ceci de poignant, c'est qu'en faisant des attouchements substitutifs, on fatiguait les enfants et qu'alors pour leur faire avaler des aliments (ce qui est d'une importance suprême dans cette maladie), on n'y parvenait pas si ce n'est en les prenant de force, c'est-à-dire dans les conditions les plus mauvaises.

Avec le traitement Renou, se trouve-t-on en face d'un cas léger, on a la presque certitude (94 0/0) de l'empêcher de devenir grave et de le guérir s'il le devient.

Le traitement Renou n'est peut-être pas le traitement spécifique de la diphthérie, son auteur en fait l'aveu loyal et franc, et d'ailleurs combien y a-t-il de spécifiques en médecine? On les compte facilement, mais le service qu'a rendu M. Renou, c'est de permettre de traiter la grave affection de la diphthérie sans que les enfants, en quelque sorte, s'en aperçoivent, ils jouent dans leur appartement tout en absorbant la liqueur antiseptique. On les alimente comme on veut, *et il faut les alimenter* malgré un pouls rapide et une température axillaire élevée; après trois ou quatre jours on voit les membranes tomber comme un fruit mur et la muqueuse de la gorge, de rouge sombre qu'elle était, devenir rose comme à l'état physiologique.

Au mois de juillet 1885, je fis, avec un de mes confrères, une opération de trachéotomie sur un enfant de quatre ans et demi atteint du croup depuis trois jours. L'opération faite, la fumigation Renou fut employée, et au bout de quinze jours l'enfant était complètement guéri. Je l'ai vu il y a un mois (9 novembre 1886), sa santé est parfaite. Comme conséquence, non pas inévitable, mais trop fréquente encore, je fus pris, cinq jours après cette opération, d'une angine couenneuse et de croup consécutif qui m'ont tenu fort malade pendant douze jours et je n'attribue ma guérison qu'à l'emploi des fumigations Renou faites d'une manière continuelle, jour et nuit, dans une chambre dont la température s'élevait à 32 degrés centigrades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une dépêche télégraphique du colonel Koten (de Wilna), rectifiant la lettre du docteur prince Zagiell, et affirmant que le chien qui avait mordu les dix soldats russes, traités au laboratoire de M. Pasteur, était enragé;

2° Une lettre de M. Grancher, déclarant que trois des faits de mort par rage dont a parlé M. Peter étaient portés sur les statistiques du laboratoire de M. Pasteur.

Jusqu'ici ces statistiques n'étaient publiées que tous les trois mois.

« Désormais, dit M. Grancher, nous publierons, tous les mois, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, que M. Duclaux, professeur à la Faculté des sciences, va faire paraître, une statistique détaillée. Le numéro de janvier donnera les résultats de notre statistique générale; le n° de février donnera la statistique de janvier; celui de mars, la statistique de février, etc.

Nous avons l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie une statistique générale et détaillée, divisée en trois tableaux, et contenant tous les faits depuis que le service de la vaccination a commencé.

Les tableaux A et B comprennent toutes les personnes mordues par des animaux reconnus enragés par preuve expérimentale ou observation vétérinaire.

Le tableau C contient toutes celles mordues par des animaux suspects. On verra combien le second reproche adressé au laboratoire est peu fondé, puisque dans ce tableau, de plus en plus réduit, nous comptons des morts qui ont succombé à la rage malgré le traitement.

M. Vulpian donnera le bilan de ces tableaux statistiques, qui sont la preuve éclatante de la très grande efficacité de la méthode de M. Pasteur, et il apportera l'interprétation scientifique des cas de rage à type cérébro-médullaire ou bulbo-médullaire qui se sont rencontrés.

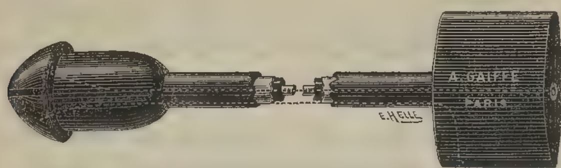
Jusqu'ici, il y a eu seulement 18 morts sur 1 929 traités, ce qui donne une mortalité de 0,93 p. 100. »

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Apostoli, un nouvel excitateur bi-polaire.

Cet instrument se compose essentiellement :

1° D'une boule légèrement conique, en charbon de cornue à gaz (elle pourrait être également en platine), à laquelle aboutissent, à travers un long manche, les deux pôles séparés l'un de l'autre par une lame isolante de gutta-percha ;



2° Les deux pôles ont une surface identique et ne sont séparés que par une distance de quelques millimètres.

Cet excitateur a pour but :

a. De permettre de limiter en un point donné de la peau ou d'une muqueuse l'action d'un courant (qu'il soit de pile ou faradique);

b. D'utiliser tout le courant qui circule à travers deux pôles de surface inattaquable ;

c. De favoriser la vulgarisation (en modifiant au besoin l'étendue et la surface des pôles) de la pratique de la *galvano-caustique chimique, rapide et localisée*, appliquée soit au traitement des ulcères rebelles (utérins, cutanés ou autres), soit à produire des *dérivations* plus ou moins rapides (suivant le courant et l'intensité utilisés).

DISCUSSION SUR LA RAGE

M. PETER raconte être allé au laboratoire de la rue Vauquelin, où il a reçu de MM. Grancher et Roux un bon accueil.

Il y a constaté d'abord qu'un jeune lycéen de Lublin, dont on lui annonçait la mort par le fait de la rage, malgré les inoculations anti-rabiques, avait dû être inoculé sans doute dans quelque établissement russe ; puis qu'un jeune homme de Moran (Oise), inoculé au laboratoire, était mort probablement de rage le 3 janvier, le trente-deuxième jour après les inoculations anti-rabiques pratiquées le lendemain de la morsure. Il paraîtrait que chez lui la forme de la rage aurait été paralytique.

La *Gazette des hôpitaux* vient de publier, à propos d'un autre fait du même genre, une lettre de M. le docteur Pitoy de Combeaufontaine (Haute-Saône), lettre que M. Peter lit à l'Académie.

« Je dirai maintenant aux partisans des inoculations rabiques, ajoute l'orateur :

1° La rage du chien est convulsive ; inoculée à l'homme, elle est *convulsivante*. Par conséquent, lorsqu'un homme est mordu par un chien enragé, la rage qu'il peut contracter est convulsive.

Vous en concluez que c'est le chien enragé qui lui a donné cette maladie. Ici vous êtes logiques.

2° La rage du lapin est paralytique, l'induction légitime est que, inoculée, elle doit être *paralysante*.

Vous inoculez à un homme la moelle de ce lapin rabique paralytique, il meurt quelque temps après avec des symptômes paralytiques, et vous concluez que le lapin ne lui a pas donné cette maladie. Ici vous cessez d'être logiques.

3° La rage paralytique est excessivement rare chez l'homme. Elle est devenue fréquente depuis les inoculations anti-rabiques.

Et vous niez que cette plus grande fréquence soit due aux inoculations. Ici encore vous cessez d'être logiques.

Pourquoi ? C'est que vous avez la conviction sincère de l'efficacité, je dirais presque de l'infaillibilité de ces inoculations anti-rabiques. »

M. Peter reprend la discussion des divers cas cités par lui. Il s'attache de nouveau à démontrer que ce sont bien tous des cas de rage, et presque tous de rage paralytique ou mixte.

Les défenseurs de la médication antirabique, en présence de ces faits, invoquent volontiers la doctrine de l'*alibi* et des *circonstances atténuantes*.

Autant que possible, il ssoutiennent que ce n'est pas de la rage, que la cause de la mort est ailleurs ; et s'ils ne le peuvent, ils disent au moins que la méthode ne doit pas être compromise, car on y a recouru trop tard.

M. Peter reprend l'examen des symptômes observés chez chaque malade. Il soutient qu'au point de vue clinique il est impossible d'attribuer à une urémie la mort de l'enfant dont a parlé M. Brouardel.

Cette attaque n'aurait été précédée d'aucun des symptômes prémonitoires qui ne manquent jamais en cas pareil. Elle n'aurait pas eu la marche ordinaire. Elle ne rentrerait dans aucun des cadres classiques. Il est tout aussi naturel d'admettre un cas de rage insolite qu'une urémie à forme insolite.

D'ailleurs l'urémie ne saurait être mise en cause chez d'autres enragés, également albuminuriques.

On a cité les conclusions de M. von Frisch (de Vienne), comme étant pleinement favorables à la méthode de M. Pasteur.

Il est très vrai que ce savant a sur bien des points constaté par lui-même l'exactitude des données expérimentales de M. Pasteur ; mais tel n'est pas le cas pour ce qui concerne les inoculations répétées coup sur coup suivant la méthode intensive. Tous les animaux traités ainsi sont morts de rage.

M. von Frisch se résume en disant : « Il n'existe pas de base scientifique suffisante pour l'institution, chez l'homme, d'un traitement préventif de la rage avec morsure ; en outre, il est possible de supposer que, par le traitement préventif lui-même, ou tout au moins par le procédé rapide préconisé récemment par M. Pasteur, on pourrait transmettre la maladie. » Ce n'est pourtant pas un adversaire, mais un partisan déclaré de M. Pasteur.

M. Peter expose longuement l'histoire de la méthode et des belles découvertes de M. Pasteur relativement à la rage. Il montre comment la longue durée de l'incubation lui avait donné l'espoir d'intervenir utilement dans cet intervalle ; comment, ne pouvant appliquer ici les méthodes qu'il a trouvées pour l'atténuation des virus caractérisés par un microbe, puisqu'on ne connaît pas le microbe de la rage, ce savant illustre avait eu l'idée profonde de modifier ce virus par une culture, non plus dans des bocaux, mais dans des organismes vivants, en le faisant passer d'un individu à un autre dans une espèce animale donnée. Il avait constaté ainsi que le principe de la rage s'affaiblissait par des transmissions de singe à singe, se fortifiait par des transmissions de lapin à lapin. Puis il avait pris ce virus rabique à son maximum d'énergie, après l'avoir cultivé longtemps dans l'espèce lapine, et pour l'affaiblir, il s'était servi de l'action du temps et de l'air, dans un milieu sec. Au bout de quinze jours, la virulence a presque entièrement disparu. Mais le bulbe du lapin enragé est d'une virulence excessive le premier jour. Les résultats que M. Pasteur obtint d'abord en s'appuyant sur ces données sont véritablement merveilleux : en graduant les inoculations depuis la plus faible jusqu'à la plus forte, en les espaçant convenablement, il obtint une immunité absolue contre la rage pour des chiens qu'il fit mordre ensuite par des animaux enragés. Sur d'autres chiens, déjà mordus, il parvint à prévenir l'explosion de la rage. Ce fut alors que M. Pasteur, sur les conseils de médecins éminents, fut amené à pratiquer la première expérience d'inoculations rabiques sur l'homme, expérience qui réussit parfaitement. Puis la foule des gens mordus vint se faire inoculer. Quelques-uns moururent, entre autres 3 des Russes qui avaient été mordus par des loups. M. Pasteur, jugeant que la méthode, telle qu'il la pratiquait jusqu'alors, pouvait être insuffisamment préventive, en formula une nouvelle, d'après laquelle on arrive presque aussitôt à des moelles d'un jour, c'est-à-dire à des moelles infiniment plus virulentes que le virus rabique du chien. « On inoculera, par exemple, dit M. Pasteur, le premier jour les moelles de douze, de dix, huit jours, à onze heures, à quatre heures et à neuf heures ; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre, de deux jours, aux mêmes heures ; le troisième jour, les moelles d'un jour. Puis le traitement est repris : le quatrième jour, par moelles de huit, de six, de quatre jours ; le cinquième, par moelles de trois et de deux jours ; le sixième, par moelle d'un jour. Le septième jour, par moelle de quatre jours ; le huitième, par moelle de trois jours ; le

neuvième, par moelle de deux jours; le dixième, par moelle d'un jour. On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches, etc. »

M. Peter trouve que ce sont là des formules plus mathématiques que médicales, et il se demande sur quelle masse d'expériences se base cet empirisme.

Où a conduit, dit M. Peter, l'application, à l'homme, de ces procédés de M. Pasteur?

« 1° La mortalité annuelle de la rage a-t-elle diminué, en 1886, par la médication antirabique préventive? — Non!

2° Cette mortalité tend-elle à augmenter avec la médication rabique intensive? — Oui.

Où donc est le bienfait? »

La mortalité par la rage a été de 30 en moyenne, durant quinze ans, M. Brouardel le dit lui-même dans l'article RAGE. Elle est restée de 30 pour une année d'application de la méthode antirabique, jusqu'au mois d'octobre de l'année dernière. Depuis lors elle paraît s'accroître.

M. Peter reproche à M. Vulpian de s'être laissé aller à un enthousiasme excessif lorsque, à propos du premier fait d'inoculations antirabiques suivies de succès, il a proclamé sans réserve l'infaillibilité absolue de cette méthode, les succès *constants* qu'elle devait donner, la préservation obtenue *à coup sûr* chez tout homme mordu récemment, lorsqu'elle serait mise en pratique dans *toute sa teneur*.

M. VULPIAN commence par déclarer qu'il ne retranche rien de ce qu'il a dit alors; qu'il remercie M. Peter d'avoir cité de lui des paroles dont il se fait gloire.

La méthode de M. Pasteur demeure, après l'argumentation de M. Peter, ce qu'elle était auparavant, un moyen certain, dans l'immense majorité des cas, d'empêcher le développement de la rage après morsure.

Pourquoi M. Peter a-t-il choisi, pour attaquer ainsi la méthode de M. Pasteur, le moment où le savant illustre est absent. Quel est son but? Est-ce de démontrer que cette méthode a eu quelques insuccès? Mais cette démonstration est faite, et par M. Pasteur lui-même.

M. Peter se fonde sur les statistiques si consciencieuses de M. Pasteur pour déclarer que cette méthode est inefficace. Tous ceux qui les ont examinées sans parti pris sont arrivés à une conclusion opposée.

M. Peter va plus loin : il veut prouver que cette méthode est dangereuse, qu'elle peut tuer au lieu de préserver.

Les propositions qu'il a développées sont les suivantes :

1° La méthode préservatrice de M. Pasteur est périlleuse; elle peut donner la rage aux personnes qui s'y soumettent;

2° Cette méthode est inefficace;

Pour appuyer la première proposition il invoque des faits.

L'un de ces faits est pour lui un cas de mort par rage de laboratoire, parce que la plupart des symptômes rabiques ordinaires ont fait défaut, et parce que la forme de la maladie qui a causé la mort a été paralytique et non convulsive.

Un autre est tout simplement un cas d'insuccès des inoculations.

Chez un troisième, les inoculations, bien que pratiquées par la méthode intensive, ont été inefficaces. Elles ont été commencées neuf jours après les morsures. Les symptômes ont été un peu différents de ce qu'ils sont d'habitude. M. Peter n'hésite pas à dire que ce fait est un cas de rage mixte, *canino-expérimentale*. Il se base surtout pour cela sur l'existence d'une courbature générale et dit en propres termes : « On verra : 1° la courbature et la prostration du virus du lapin se manifester d'abord; 2° l'hydrophobie du virus canin se montrer ensuite, mais légère et tardive. » Où a-t-il observé la courbature chez le lapin?

Dans un autre fait, celui d'Arras, les phénomènes paralytiques se sont produits en dernier lieu. Ce fait est d'une interprétation difficile; mais le médecin n'a pas hésité à dire que ce malade, peut-être destiné à succomber à la rage canine, *a commencé par mourir de la rage du lapin*.

Quant aux faits observés en Angleterre, le certificat envoyé au laboratoire de M. Pasteur pour l'un d'entre eux dit que la cause de la mort était une affection pulmonaire, et pour l'autre il faut attendre le rapport du médecin traitant.

Viennent ensuite les faits invoqués aujourd'hui, celui du malade dont on a parlé, dans la *Gazette des hôpitaux*, M. le docteur Pitoy (de Combeaufontaine), et qui mourut le 5 décembre par gêne respiratoire, ayant présenté, dans les deux derniers jours, de la paraplégie avec anesthésie douloureuse, et celui de cet homme qui mourut le 3 janvier dernier, dans une forme cérébro-médullaire de la rage.

Tout cela ne forme au total qu'un petit nombre de faits, que M. Peter attribue à la rage du laboratoire (rage du lapin) parce que la physionomie de la rage classique était méconnaissable dans ces cas ou était du moins très modifiée.

Mais connaît-on bien la rage humaine? Sait-on, de source certaine, qu'elle ne produit jamais de paralysie? Une foule d'observations se perdent, non publiées. Une fois l'attention appelée sur ce point, des faits se produiront qui démontreront l'existence de la forme paralytique. — En voici déjà quelques-uns :

1° Un homme de soixante et onze ans (de Padoue) a été mordu par un chien suspect le 20 août 1886, en même temps que 3 autres personnes. Il vient au laboratoire le 24 septembre, après la mort de deux autres mordus, se plaignant déjà de douleurs dans la cicatrice de sa morsure; le 1er octobre, sept jours après le début du traitement, il éprouve un affaiblissement du bras mordu. Le 2 octobre, hydrophobie; mort le 3 octobre dans le service de M. Tillaux.

2° Un homme mordu le 10 août vient se faire traiter le 11 août. Il est soumis à un traitement simple, allant de la moelle de quatorze jours à la moelle de deux jours. Le 14 octobre il est pris de douleurs dans l'épaule et l'aisselle gauches, le lendemain, vers cinq heures du soir, douleur dans les jambes, anorexie, nausées, marche impossible, le lendemain hydrophobie, aérophobie, suffocation. Le 15 et le 16 octobre, accalmie : le malade peut boire et fumer; mais la faiblesse paralytique persiste. Elle s'aggrave le 17 et le malade meurt le 18 à deux heures du matin. Le bulbe, inoculé à un lapin, le tue au bout de quinze jours.

M. le docteur Gamaléia, directeur adjoint de l'institut bactériologique d'Odessa, a communiqué plusieurs faits semblables.

Le 6 novembre 1886, un loup enragé avait mordu, dans le Caucase, 18 personnes; 3 moururent avant le 6 décembre; 13 vinrent alors au laboratoire d'Odessa. Le traitement fut commencé le 11.

Cinq jours après, un homme de quarante-neuf ans fut pris de fièvre, de paraplégie, de paralysie du bras droit et de la face du même côté et mourut au bout de quelques jours.

Une femme de quarante-quatre ans, deux jours après le commencement du traitement intensif, fut prise aussi de fièvre, de courbature générale, avec paralysie du côté droit de la face et du bras droit. Elle mourut au bout de quarante-huit heures.

Un enfant de douze ans, mordu le 28 août par un chien enragé, tomba malade le 4 octobre; conduit au laboratoire d'Odessa, il y présenta de la fièvre et une paralysie du bras droit, avec parésie des jambes, anhélation etc.; on ne lui fit aucun traitement et il mourut le 7, la paralysie ayant suivi une marche ascendante.

Un autre cas de rage paralytique fut observé par M. Gamaléia à la suite d'une morsure de loup.

Dans tous ces cas le bulbe inoculé à des lapins a produit la rage au bout de seize ou dix-sept jours.

Une autre observation de rage à forme paralytique a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* le 2 janvier 1880, une autre dans le *Boston medical journal*.

Voilà donc un certain nombre de faits qui démontrent que la rage peut se manifester chez l'homme sous forme d'accidents paralytiques médullaires, ou bulbo-médullaires, ou cérébro-bulbo-médullaires. Que la forme paralytique soit rare chez l'homme, cela paraît certain. Mais dans quelle proportion, on l'ignore. On ne peut donc considérer cette forme, observée chez des individus soumis au traitement préventif après morsure, comme une preuve que cette rage est due, non aux morsures de l'animal enragé, mais aux inoculations préservatrices.

M. Peter dit, d'ailleurs, que cette méthode est inefficace, que les inoculations échouent aujourd'hui lamentablement. Il soutient que le nombre des morts, étant de 30 pour un an, est resté le même. Sur ces 30, 14 auraient été inoculés, 16 ne l'auraient pas été. Mais le premier chiffre représente moins d'une mort pour cent traités; tandis que pour le second, on ne peut pas savoir quelle est la proportion exacte entre le chiffre des morts et celui des mordus. Il est probable que ces derniers, qui ne se sont pas fait traiter, n'ont pas dépassé la centaine, car la proportion ordinaire des morts par rage est de 16 p. 100. D'après cette proportion, sans le traitement de M. Pasteur il y aurait eu 276 morts de rage parmi les mordus qui ont été traités, ce qui aurait fait, pour cette année, 292 morts par la rage pour la France et l'Algérie.

Le traitement de M. Pasteur est donc, à l'heure actuelle, le meilleur préservatif de la rage.

M. Vulpian commente la dernière statistique de M. Pasteur et il termine par l'éloge de ce grand savant.

M. PETER rappelle en quelques mots qu'il était inscrit pour parler sur la rage avant le départ de M. Pasteur et que ce départ a retardé sa communication.

M. BROUARDEL établit, par la citation du texte même de son article sur la rage, qu'il n'a jamais cru que les moyennes données par lui représentaient les chiffres exacts de la mortalité causée par la rage. Les documents ont toujours manqué pour un tiers des départements et quant à la proportion des cas de rage avec le nombre des personnes mordues, elle est encore bien plus difficile à établir avec précision.

Les statistiques de M. Pasteur prouvent l'efficacité de sa méthode, d'autant plus que la mortalité varie avec le traitement, et pour les morsures de la face, etc. disparaît à peu près avec le traitement intensif.

M. Peter a fait une légende autour du virus rabique du lapin, auquel il voudrait attribuer les formes paralytiques de la rage. Mais ces formes ne sont pas inconnues chez l'homme. Van Swieten en mentionne une observation datant de 1687 et publiée d'abord par le docteur Roger Howmann, médecin à Norwich dans les *Philosophical transactions of the Royal society of London*.

M. le docteur Roux, dans sa thèse passée en 1882, alors qu'il n'était pas encore question d'inoculations, parlait déjà des diverses formes que la rage peut revêtir, et qui ne prouvent rien relativement à son origine.

Quant à l'inoculation du bulbe, elle réussit toujours quand il s'agit de rage vraie. Son résultat négatif suffit donc pour affirmer que la cause de la mort était non point la rage mais l'urémie chez l'enfant dont il a été souvent question. M. Brouardel se propose d'étudier l'influence des contusions de la région rénale sur la production d'urémies graves.

La séance est levée à six heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

89. M. MAUFRAIS. Sur quelques emplois du fer rouge en oculistique. — 90. M. GALLETIER. Contribution à l'étude de l'hématocèle vaginale. — 91. M. CALLAMAN. Du rôle de l'eau dans la nutrition. — 92. M. WEIL. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétamylide. — 93. M. BONNET. De la métrite des syphilitiques. — 94. M. LE CLERC. L'angine de poitrine hystérique. — 95. M. VINANT. Traumatisme et diathèse; quelques faits relatifs à leur influence réciproque. — 96. M. DE BIRAN. Contribution à l'étude des grands kystes de l'épididyme. — 97. M. BEVERINI. De l'enclavement de l'iris et de la cristalloïde après l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire combinée à l'iridectomie. — 98. M SCHACHMANN. Contribution à l'étude d'une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. — 99. M. ODENT. Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Malabard, pour le dépôt de recrutement de la Seine et la prison militaire du Cherche-Midi; Apté, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Salomon, pour le 129e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — M. Mairet, agrégé, est chargé du cours de clinique des maladies mentales et nerveuses, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Cavalier.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. le docteur Haushalter est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Parisot, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Knœpfler est nommé chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Aubry, démissionnaire.

M. Laine est nommé aide de physiologie en remplacement de M. Griffe, démissionnaire.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 14 février 1887, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration depuis le lundi 17 janvier jusqu'au lundi 31 janvier inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Laffitte, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Luc, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur-médecin en chef honoraire.

M. le docteur Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de Dijon, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Luc.

M. le docteur Dumas, médecin en chef de l'asile de Clermont Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Dijon et placé dans la deuxième place de son grade.

M. le docteur Nollet, médecin-adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Venant.

M. le docteur Bellat, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin adjoint à l'asile de Dijon.

— Un banquet offert par les élèves et amis de M. Farabeuf, à l'occasion de sa nomination de professeur à la Faculté de médecine de Paris, aura lieu le vendredi 28 janvier 1887, à l'Hôtel Continental.

Le comité d'organisation prie les personnes qui voudraient y assister d'envoyer leurs adhésions à M. le docteur Poirier, 5, rue Monge. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

— M. le docteur H. George, maître de conférences, fera, dimanche prochain 23 janvier 1887, à deux heures et demie très précises, au Conservatoire national des arts et métiers, une conférence sur la « Lumière et la vie ».

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le mardi 25 janvier 1887, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours aura pour objet, cette année, les maladies des reins.

— On demande des médecins et des pharmaciens pour le canal de Panama. — S'adresser : 15, rue Louis-le-Grand.

— Le *Courrier français illustré* (16, rue Séguier) publie, au prix de 1 franc, un numéro exceptionnel au profit des inondés du Midi.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20584

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les Toux nerveuses, les Gastrites, Gastralgies, les Vomissements de la grossesse, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } créosotées.
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

39

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Ancnne Mon J. Thomas et Cie.

A. TAILLANDIER

USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent : Bordeaux 1865, Havre 1868, Paris 1878.

Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement pur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de cinchonidine;* il a une composition toujours constante, soit :

Quinine	74.31
Acide sulfurique monohydraté	11.24
Eau de cristallisation	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** répondant aux divers essais du Codex de 1884.

Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le distingue des autres sulfates de Quinine. En le prescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir un produit pur et toujours constant.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés contenant 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

80

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (ferro-arsenicale), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

172

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

du Dr PAPILLAUD

Préparés par E. Mousnier, pharmacien à Saujon.

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001 milligr. par granule et fer). Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années, pour combattre sans constipation l'*anémie*, la *chlorose*, la *chloro-anémie*, les *névralgies* et *névroses*, les *affections scrofuleuses* et *cutanées*. — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie Gigon, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

15

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

33

SIROP de T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Epuisement, Maladies des os.

Phie T. Gras, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr Bouchardat.

97

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

61

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du Rempart.

N° 10. — SAMEDI 22 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 22 JANVIER 1887. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ancien foyer caséeux pulmonaire ; granulose aiguë généralisée, promptement mortelle par auto-infection.

Un jeune homme de vingt-trois ans est venu mourir, en neuf jours, dans le service de M. Jaccoud (clinique de la Pitié), d'une granulose généralisée suraiguë. La granulose s'est montrée, chez ce sujet, à son maximum de généralisation. L'autopsie en a fait constater l'existence, à l'état confluent, dans tous les viscères et dans presque tous les tissus de l'économie. Son évolution a été des plus rapides. Quel en avait été le point de départ? Cette recherche avait été l'une des premières préoccupations de M. Jaccoud dans ses explorations nécroscopiques. Il n'a pas tardé à le trouver dans un foyer caséeux ancien des poumons.

En remontant aux antécédents du malade, on avait appris qu'à l'âge de douze ans il avait eu une affection aiguë fébrile, soit la fièvre typhoïde, soit quelque fièvre éruptive, c'est-à-dire une de ces affections qui laissent souvent après elles des foyers pneumoniques passant à l'état caséeux. Telle avait dû être probablement l'origine du foyer constaté à l'autopsie, foyer qui, resté stationnaire pendant onze années, sous l'influence de conditions restées inconnues, s'est en quelque sorte ranimé pour donner lieu à cette explosion générale de granulose à marche suraiguë.

Ce fait serait, pour M. Jaccoud, un nouvel exemple ou plutôt un cas particulier de ce fait général établi en 1867 et maintes fois vérifié depuis lors, savoir : l'origine auto-infectieuse de la granulose aiguë généralisée. Cette origine est, en effet, mise hors de doute aujourd'hui et généralement adoptée. Sa démonstration repose d'ailleurs sur trois ordres de preuves, que M. Jaccoud a invoquées à l'appui de sa détermination. Nous allons le suivre dans les principaux développements de cette démonstration.

Le premier ordre de preuves est tiré de l'expérimentation. Après les célèbres expériences de Villemin sur l'inoculabilité de la tuberculose, les nombreuses expériences reproduites en Allemagne, en Angleterre, en Italie comme en France, quels qu'aient été les procédés mis en usage, ont toutes donné les mêmes résultats confirmatifs : c'est-à-dire la transmission de la tuberculose, que l'inoculation ait été faite avec la matière tuberculeuse proprement dite ou avec ses produits caséeux ; plaçant ainsi ces deux éléments sur le même rang au point de vue de la transmissibilité, et rétablissant par là le principe de leur unité d'origine et de nature. Toujours ces inoculations ont eu pour effet le développement d'une tuberculose, locale d'abord, et qui, après être restée telle pendant une période plus ou moins longue, a presque toujours fini par amener une tuberculose ou une granulation miliaire généralisée.

Voilà ce qu'a démontré l'expérimentation.

Le deuxième ordre de preuves invoqué par M. Jaccoud est tiré de l'état physique ou anatomo-pathologique des lésions elles-mêmes. L'anatomie pathologique montre, en effet, que dans tous les cas de granulose généralisée, on trouve toujours un foyer ancien. Si, dans quelques circonstances, on ne l'a pas constaté, c'est parce qu'on ne l'avait pas cherché; mais, depuis que l'attention a été appelée sur ce point, on l'a toujours trouvé. C'est la variabilité du siège de ces lésions qui les a fait parfois méconnaître. Un médecin suédois, dont le nom nous échappe, a publié l'histoire d'un homme de trente-cinq ans, enlevé comme celui-ci par une granulose généralisée en huit ou neuf jours, et chez lequel il trouva, à l'autopsie, un foyer tuberculeux ancien dans le bassinet de l'un des reins. Un médecin belge a publié aussi l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, prise d'une granulose gé néralisée, à laquelle elle succomba en vingt jours, et chez laquelle l'autopsie lui fit découvrir l'existence de foyers caséeux dans les deux trompes utérines. Sur un homme de vingt-huit ans, également mort de granulose aiguë, on a trouvé un foyer caséeux dans l'épididyme, remontant le long de l'uretère jusqu'au rein. Enfin on connaît un assez g rand nombre de cas où le foyer primitif a été trouvé dans les articulations. C'est encore dans ce même ordre de faits qu'il faut classer les cas si communs de vieux foyers pleurétiques.

Le troisième ordre de preuves est tiré de l'examen microscopique. Tant que cet examen n'a porté que sur la structure même des lésions, cette structure variant suivant leur ancienneté, on a pu hésiter à les assimiler et à les considérer comme des degrés d'un seul et même processus morbide. Mais la découverte du bacille de la tuberculose, en révélant la présence de ce micro-organisme spécifique dans

les foyers granuleux récents comme dans les foyers tuberculeux ou caséeux anciens, a résolu la question en faveur de l'idée que ces diverses lésions sont d'une nature et d'une origine communes.

En présence de ce triple concours de témoignages, il ne peut plus subsister aucun doute à cet égard.

Quelles sont les voies par lesquelles se fait l'infection secondaire dans les cas en question?

Dans les cas où le foyer ancien siège dans le poumon, l'infection se fait par la voie des lymphatiques et des veines pulmonaires. Plusieurs observateurs ont constaté dans ces circonstances une altération spéciale de la membrane interne des veines pulmonaires, produite très probablement par le contact du sang charrié et chargé de l'agent toxique. Cette tuberculose communiquée aux parois des vaisseaux devient à son tour comme une véritable source, d'où le sang va inonder toutes les parties qui en sont irriguées, portant et disséminant partout, à partir du cœur gauche jusqu'aux dernières ramifications artérielles, le poison organique dont il est le véhicule.

Le foyer primitif siège-t-il dans l'abdomen, la voie de propagation est la même, avec une étape de plus : le transport de l'élément morbide par les veines des viscères abdominaux au cœur droit et de là dans la circulation générale.

Il faut ajouter à cette voie de transport par les veines celle du canal thoracique.

Pour en revenir au malade qui a été le sujet de cette étude clinique, voici ce que l'on a pu apprendre sur la relation probable de l'ancien foyer trouvé dans le poumon avec l'affection granuleuse aiguë qui l'a si rapidement enlevé. Ce garçon, âgé de vingt-trois ans, avait eu, onze ans auparavant, c'est-à-dire à l'âge de douze ans, une maladie fébrile aiguë qui l'avait maintenu trois semaines au lit. On n'a pas de renseignements précis sur la nature de l'affection pyrétique qu'il a eue à cette époque; mais, soit qu'elle ait été une fièvre typhoïde ou l'une des fièvres éruptives si communes à cet âge, il est extrêmement probable que c'est de ce moment que date le foyer pneumonique, dont on a trouvé les traces, foyer resté stationnaire et inoffensif pendant onze ans, — ce qui n'a rien de bien insolite, — et qui s'est rallumé sous l'influence d'une cause nouvelle accidentelle ayant échappé à l'observation, pour donner lieu à l'explosion de la granulose généralisée. Cette explosion, d'ailleurs, n'a pas été soudaine. On a appris, par le malade lui-même, que, deux mois avant la manifestation de sa granulie, il avait commencé à perdre ses forces et son entrain ordinaire et à éprouver un état de malaise général. Cet état avait persisté et était allé croissant, deux mois durant, jusqu'au moment où la fièvre s'est déclarée. C'est là la période préfébrile que l'on observe généralement dans les cas semblables et qui répond probablement à l'époque où se fait la tuberculisation des parois des vaisseaux pulmonaires.

Les faits de ce genre contiennent un enseignement pratique d'une grande importance, que M. Jaccoud n'a pas manqué de faire ressortir. Ils nous apprennent que tout individu qui est porteur d'un de ces foyers tuberculeux, reliquat, soit d'une fièvre typhoïde, d'une rougeole, d'une coqueluche ou d'une manifestation scrofuleuse, quels que soient son siège et son ancienneté, est exposé, à un moment donné de son existence, et sous l'influence d'une cause quelconque de nature à ranimer ce foyer, à voir se produire cette granulose généralisée si rapidement mortelle. Il n'est qu'un cas où il peut être considéré comme à l'abri de cette fâcheuse éventualité, c'est celui où le foyer tuber-leux primitif serait passé à l'état de calcification compl[ète,] cas où il ne contiendrait plus de bacilles.

Thérapeutique pathogénique de la fièvre typhoïde (méthode de M. le professeur Bouchard).

Dans une très intéressante leçon faite à l'hôpital d[es] Enfants, sur la fièvre typhoïde, M. le professeur Granch[er,] s'inspirant des vues pathogéniques sur cette affection exp[o-]sées par son collègue, M. le professeur Bouchard, dans l[es] remarquables leçons dont nous avons entretenu nos le[c-]teurs dans les deux Revues précédentes, a présenté un h[is-]torique rapide de l'état présent de nos connaissances sur [ce] sujet. Nous n'en voulons retenir, pour l'instant, que ce q[ui] a trait aux règles du traitement de la fièvre typhoïd[e] déduites de ses principales conditions pathogéniques, tell[es] que M. Bouchard les a formulées lui-même.

Ces règles comprennent quatre points principaux : l'ant[i-]septie générale, l'antiseptie intestinale, l'antithermie, l'ali-mentation.

Dès que le diagnostic est fait ou soupçonné, M. Bouchar[d] prescrit :

a. Un purgatif qui sera renouvelé méthodiquement tou[s] les trois jours (15 grammes de sulfate de magnésie).

b. 40 centigrammes de calomel par jour, en vingt prise[s] de 2 centigrammes (une toutes les heures), sont adminis[-] très pendant quatre jours consécutifs et répondent à l'in[-]dication de l'antiseptie générale.

c. L'antiseptie intestinale est obtenue par le mélange d[e] 100 grammes de poudre de charbon végétal, de 1 gramm[e] d'iodoforme et de 5 grammes de naphtaline.

Le tout est mêlé à 200 grammes de glycérine et au[x] 50 grammes de peptone qui sont la base de l'alimentation. Cette mixture forme un magma noir, semi-liquide, qui es[t] absorbé dans les vingt-quatre heures, à la dose d'une cuille-rée toutes les deux heures, dans un tiers de verre d'eau.

Il déblaye, matin et soir, régulièrement, le gros intestin, au moyen d'un lavement phéniqué à 1 p. 1000, chaque lave-ment comprenant 50 centigrammes d'acide phénique pour 500 grammes d'eau.

d. Dès le premier jour, le malade prend huit bains par jour, jusqu'à parfaite guérison, quand les oscillations se font entre 37 et 38 degrés. (Ce ne sont pas des bains à basse température, de 18 à 20 degrés, comme dans la méthode de Brand, mais de 2 degrés au plus inférieurs à la température centrale, 38 degrés, par exemple, si le malade est à 40 degrés, les refroidissant insensiblement d'un dixième de degré par minute, jusqu'à 30, mais jamais au-dessous, de manière à réaliser une perte de calorique sans choc nerveux ni spasme des vaisseaux cutanés.) On reprend même les bains dès que la température dépasse 37°,5.

e. La quinine est réservée pour les circonstances où, malgré la balnéation, la température demeure trop élevée. Les doses sont de 2 grammes pendant les deux premiers septenaires, de 1 gr. 50 pendant le troisième, de 1 gramme pendant le quatrième et le cinquième. Ces doses sont administrées d'une façon massive : 50 centigrammes de demi-heure en demi-heure. On ne revient à l'emploi de la quinine qu'après un intervalle de trois jours. L'indication de l'usage de la quinine est la température rectale de 40 degrés le matin ou 41 le soir. Les bains dispensent souvent de l'emploi de la quinine et suffisent comme procédé antithermique.

f. Le régime comprend : le bouillon cuit avec de l'orge et administré largement (1 litre 1/2 à 2 litres par jour), la glycérine (associée au charbon, à l'iodoforme et à la naphtaline ainsi qu'aux peptones), comme il a été dit plus haut; la limonade au citron additionnée d'un peu de vin.

Ce traitement systématique, complexe comme le sont les indications elles-mêmes, ne dispense pas, dans la pensée de M. Bouchard, de combattre certains accidents : le délire excessif ou prolongé par l'opium, les complications péritonitiques par la glace ou l'onguent napolitain.

Voici maintenant quels sont les résultats obtenus par cette méthode.

Autrefois la mortalité par fièvre typhoïde, qui était dans son service de 25 p. 100, est tombée à 15 p. 100 dès qu'il a pu neutraliser les poisons intestinaux ; puis à 10 p. 100, quand il a réussi à obtenir l'antiseptie intestinale. Elle est tombée jusqu'à 7 p. 100 quand il a institué le traitement complet (depuis le mois d'avril 1884).

Le nombre des malades qui ont été soumis à la méthode complète dans le service de M. Bouchard à l'hôpital Lariboisière, depuis le 1er avril 1884 jusqu'au dernier relevé qui en a été fait, est de 266, sur lesquels il y a eu 31 décès, soit une mortalité de 11,7 p. 100 (elle a varié entre 7 et 11 p. 100 dans la dernière période, par suite de quelques circonstances particulières qu'il serait trop long de rapporter ici).

La durée moyenne de la maladie a été de dix-neuf jours.

Les rechutes si fréquentes, qui atteignent 20 p. 100 sur l'ensemble des malades, se sont abaissées à 10 p. 100 dans le dernière période.

La publication de ces remarquables résultats, opportune en tout temps, nous a paru l'être d'autant plus en ce moment, que plusieurs points de la France paraissent être le siège d'épidémies plus ou moins graves d'affection typhoïde. Ce serait certainement le cas de répéter et de multiplier les essais de cette méthode.

Hypnotisme et suggestion.

Depuis les divers articles publiés par la *Gazette des hôpitaux* sur l'hypnotisme et la suggestion, et les communications faites sur ce sujet au congrès de Nancy, dont elle a donné un compte rendu analytique (voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, pp. 536, 774, 782, 784, 786, 797, 806 et 976), les études se continuent sur cette question, qui n'intéresse pas moins la médecine pratique que la psychologie et la physiologie pathologique. Une nouvelle publication vient de leur être spécialement consacrée, la *Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*, sous la direction de M. le docteur Edgar Bérillon, connu déjà de nos lecteurs. Nous trouvons notamment dans le dernier numéro (celui du 1er janvier), parmi les travaux originaux, de nouvelles recherches de MM. les docteurs Bourru et Burot (de Rochefort) sur les variations de la personnalité ; une classification des degrés du sommeil provoqué, par M. le docteur Liébault (de Nancy) ; un nouveau travail de M. le docteur Charles Richet sur les mouvements inconscients, etc. Enfin M. le docteur Auguste Voisin, continuant ses expériences sur la suggestion et ses effets thérapeutiques, dans son service de la Salpêtrière et dans sa pratique privée, en a exposé les résultats dans plusieurs communications successives faites à la Société médico-psychologique. Ses dernières expérimentations ont porté sur les quatre points suivants : action des médicaments à distance; action des métaux : or, argent, mercure ; action de l'aimant et suggestion directe.

Nous n'exposerons, pour le moment, de ces diverses communications, que la plus récente, qui est relative à l'action de la suggestion hypnotique sur la fonction menstruelle.

Traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique.

M. Auguste Voisin a traité, par la suggestion, trois femmes aménorrhéiques, qu'il a guéries à l'aide de ce seul procédé.

Le sujet de la première observation est une femme atteinte de phénomènes hystériformes et de névralgies du ventre, de la poitrine, du cou et de la tête, et qui n'avait pas eu ses règles depuis trois mois. Tous les moyens habituels ayant été employés sans résultat ; certain, d'ailleurs, que cette femme n'était pas enceinte, M. Voisin eut l'idée de recourir à la suggestion hypnotique comme moyen de rappeler les règles. Le 16 octobre dernier, le sommeil ayant été facilement obtenu, M. Voisin lui suggéra, pendant qu'elle était dans l'état somnambulique, d'avoir ses règles le 20 au soir. Les règles parurent à cette époque. Le 21 octobre, pendant un nouveau sommeil, M. Voisin lui suggéra d'avoir ses règles jusqu'au 23 au soir, ce qui eut lieu.

Le retour des règles devant se produire vers le 17 novembre, le 9 novembre M. Voisin lui suggéra, pendant le sommeil hypnotique, d'avoir ses règles le 12 jusqu'au 14 au soir. Il en arriva ainsi que cela avait été suggéré.

Cette femme a eu, depuis, une troisième fois ses règles, sous l'influence de la suggestion, dans la nuit du 3 au 4 décembre, trois semaines après la précédente époque.

La deuxième observation a trait à une femme qui était venue consulter M. Voisin à la Salpêtrière, en juillet dernier, pour des névralgies très douloureuses de la tête, de la poitrine et du ventre, ainsi que des étourdissements, des soubresauts, qui coïncidaient avec la suppression de la menstruation depuis trois mois. Il n'y avait aucun signe de grossesse. Il lui fut suggéré, pendant qu'elle était hypnotisée, d'avoir ses règles dans trois jours, à trois heures de l'après-midi : ce qui arriva en effet. Depuis ce temps, la menstruation a eu lieu en temps voulu, et les phénomènes morbides qui avaient produit l'aménorrhée (ou qui en étaient peut-être le résultat) avaient cessé.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, que M. le docteur Liébault (de Nancy) présenta à M. Voisin pendant la dernière session de l'Association française des sciences, qui a eu lieu dans cette ville. Cette jeune fille était affectée d'une aménorrhée, qui durait depuis cinq à six mois, et de névralgies. M. Liébault hypnotisa cette jeune fille, et M. Voisin lui suggéra, pendant le sommeil, d'avoir ses règles le lendemain à huit heures du matin. Le sang menstruel parut en effet le lendemain, et les névralgies cessèrent.

Guérison par suggestion d'une habitude vicieuse datant de dix ans.

Nous rapprocherons, de ces faits curieux, le fait suivant, rapporté par M. le docteur Edgar Bérillon, dans la *Revue de l'hypnotisme*, citée plus haut.

Un enfant de onze ans avait contracté en nourrice, vers l'âge d'un an, l'habitude de tenir constamment dans la bouche deux doigts de sa main gauche, l'index et le médius. Depuis lors, le soir, dès qu'il était dans son lit, il commençait à sucer ses doigts et ne pouvait s'endormir sans les tenir dans sa bouche. Il lui arrivait souvent aussi de le

faire dans la journée. Seule, une occupation, nécessitant l'emploi des deux mains, interrompait cette succion. Tout fut mis en œuvre pour le guérir de cette habitude vicieuse, mais en vain. La grand'mère ayant amené cet enfant à la consultation de M. Bérillon, pour le prier de tenter la guérison de cette habitude à laquelle elle attribuait divers troubles digestifs auxquels il était sujet; notre confrère le fit asseoir dans un fauteuil et tenta immédiatement de l'hypnotiser par fixation d'un objet brillant et par suggestion du sommeil. Au bout de quelques minutes, ses yeux se fermaient, ses membres étaient en résolution, les mouvements réflexes étaient abolis. Bien que le sommeil fût superficiel, M. Bérillon en profita néanmoins pour faire à l'enfant la suggestion verbale de s'endormir dès le soir même et les jours suivants, sans mettre ses doigts dans la bouche. L'injonction fut répétée d'une façon formelle, à trois reprises. Après cinq minutes de sommeil, M. Bérillon réveilla l'enfant et lui demanda s'il se souvenait de ce qui venait de se passer. Il répondit qu'il s'était senti engourdi et sans volonté.

Dès le lendemain, les parents prévinrent notre confrère que, à leur grand étonnement, l'enfant avait obéi à la suggestion et qu'il s'était endormi comme cela lui avait été ordonné. Il avait bien eu une légère tentation de mettre comme à l'ordinaire ses doigts dans sa bouche, mais il avait eu la force d'y résister. Il en fut de même la nuit suivante. Seulement, dans la matinée du jour d'après, il sentit renaître plus vivement l'idée de sa mauvaise habitude sans cependant la mettre à exécution.

Ramené de nouveau chez M. Bérillon, celui-ci procéda à une nouvelle hypnotisation, qui fut plus facile et plus profonde que la première. Le sommeil obtenu, la même suggestion fut faite à haute voix et répétée à plusieurs reprises. Le soir, l'enfant se coucha et s'endormit sans penser à sucer ses doigts, et depuis lors il n'a plus cédé à cette habitude invétérée. Il dort maintenant plus facilement qu'autrefois, et les troubles gastriques qu'il éprouvait ont cessé. La guérison s'est maintenue.

STATISTIQUE GÉNÉRALE

DES PERSONNES FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES TRAITÉES A L'INSTITUT PASTEUR JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 1886.

Personnes mordues et traitées	2682
Morts	31
Mortalité	1,15 0/0

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B de la statistique) :

Personnes mordues	2164
Morts	29
Mortalité	1,34 0/0

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues	518
Morts	2
Mortalité	0,38 0/0

Statistique des personnes françaises et algériennes traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

Personnes mordues et traitées	1929
Morts	18
Mortalité	0,93 0/0

(L'écart entre ce nombre (1929) et le nombre 1956 donné par M. Grancher à la séance de l'Académie du 11 janvier 1887, s'explique par le retranchement du tableau définitif des personnes dont le traitement n'a pas été achevé.)

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B) :

Personnes mordues	1538
Morts	16
Mortalité	1,04 0/0

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues	391
Morts	2
Mortalité	0,51 0/0

Statistique des morsures à la tête et au visage.

Personnes françaises et étrangères mordues et traitées	214
Morts	10
Mortalité	4,66 0/0

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B) :

Personnes mordues	186
Morts	9
Mortalité	4,83 0/0

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues	28
Morts	1
Mortalité	3,57 0/0

Comparaison des traitements simple et intensif.

Morsures à la tête ou au visage.

Personnes mordues par des animaux reconnus enragés expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tabl. A et B) :

Personnes françaises et étrangères mordues et traitées, 186,

Traitement simple	136
Morts	10
Mortalité	6,66 0/0
Traitement intensif	50
Morts	0
Mortalité	0

Statistique des personnes mordues par des loups enragés.

Personnes mordues	48
Morts	7
Mortalité	14 0/0

Trois des personnes mortes ont été prises de rage pendant le traitement. Elles sont maintenues dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes mortes après avoir été traitées.

FRANÇAIS. — Pelletier, Videau, Lagut, Bouvier, Clédière, Peytel, Leduc, Magneron, Astier, Moulis, Moërmann, Clergeot, Jansen, Grand, Sodini, Léteng, Née, Gérard.

Nota. — Pelletier et Moërmann sont venus se faire traiter plus de trente-cinq jours après la morsure. Ils figurent dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes traitées ayant succombé à des maladies diverses. — Christin : méningite (docteur Genoud). — Duresset : affection pulmonaire (docteur Yot). — Rouyer : urémie (rapport du docteur Brouardel et inoculation négative du bulbe). — Réveillac : affection inconnue. — Goriot, Paul (mort de rage le 16 janvier 1887, mordu à l'index droit, premiers jours de décembre (date non précisée), par un chat. Traitement du 22 décembre au 1er janvier. N'a pas subi le traitement intensif parce que la rage du chat n'était pas certifiée. A été pris de rage quatorze jours après le traitement. N'est pas compté dans la statistique, figurera dans celle de 1887).

ÉTRANGERS. — Ivanowa (russe), Gagou (roumain), Zotoff (russe), Mjasnikoff (russe), Glutza (roumain), Leendet (hollandais), Nikiforoff (russe), Guardia Ribés (espagnol de Reus), Pita (espagnole), Requejo (espagnol), Berqui (italien), Collinge (anglais), Smith, dit Goffi (anglais).

Nota. — Ivanowa a été prise de rage six jours après le traitement. — Gagou a été pris de rage le jour qui a suivi la fin du traitement. — Nikiforoff, venu un mois après la morsure. — Requejo, venu trente-quatre jours après la morsure. (Sont maintenus dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.)

Personne traitée ayant succombé à des maladies diverses. — Wilde, Arthur : affection pulmonaire (docteur Foote).

MINISTÈRE DE LA GUERRE

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Par application de la décision ministérielle du 6 mars 1886, réglant les conditions du stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaires, savoir :

Médecins. — MM. Bérard, de l'hôpital du Gros-Caillou; Simonin, de la Charité, à Lyon; Spillmann et Renard, de l'hôpital de Nancy; Marcus et Foy, de l'hôpital Saint-Martin; Griffe, de l'hôpital de Nancy; Robelin, du Gros-Caillou; Vanner, de l'hôpital de Bordeaux; Écot, de l'hôpital Saint-Martin; Baillé, de l'hôpital de Bordeaux; de Burine, de l'hôpital Saint-Martin; Launois, de l'hôpital du Gros-Caillou; Licht et Cardot, de l'hôpital de Nancy; Delporte, de l'hôpital du Gros-Caillou; Rivière, de l'hôpital de Bordeaux; Frache, de l'hôpital de Nancy; Viéla et Campos de l'hôpital Saint-Martin;

MM. Castelli et Keim, de la Charité, à Lyon; Zipfel, de l'hôpital Saint-Martin; Ruotte, de l'hôpital de Nancy; Goulon, de l'hôpital du Gros-Caillou; Piquot, de l'hospice mixte de Montpellier; Leymarie, de l'hôpital du Gros-Caillou; Martin, de l'hôpital Saint-Martin; Bayle, de l'hôpital du Gros-Caillou; Cuvier, de l'hôpital de Bordeaux; Maison, de l'hôpital du Gros-Caillou; Vialette, de la Charité, à Lyon; Étienne, de l'hôpital de Nancy; Fuzerot, de l'hôpital Saint-Martin; Jaubert, de l'hôpital du Gros-Caillou; Sudre, de l'hôpital de Bordeaux; Cahen, de l'hôpital de Nancy; Jantet, de la Charité, à Lyon; Manon, de l'hôpital de Bordeaux; Wenzinger, de l'hôpital de Nancy;

MM. Bouchet, Ferrand, Galzin, Poujol, de l'hospice mixte de Montpellier; Riche, de la Charité, à Lyon; Batut, de l'hôpital de Bordeaux; Chevassu-Périgny, de l'hôpital Saint-Martin; Courtois, de l'hospice mixte de Montpellier; Peyret, de l'hôpital de Bordeaux; Tersen, de l'hôpital de Lille; Renaud, de l'hôpital de Nancy; Barrière et Papon, de l'hospice mixte de Montpellier; Pierron et Leclerc, de l'hôpital de Nancy; de Montéty, de l'hôpital du Gros-Caillou; Jouet et Messerer, de l'hôpital Saint-Martin; Collet, de la Charité, à Lyon; Lévy, de l'hospice mixte de Montpellier; Marion, de la Charité, à Lyon; Bodeau, de l'hôpital de Bordeaux; Apard, de l'hôpital Saint-Martin; Béno, de l'hôpital de Nancy; Benoît, de l'hôpital Saint-Martin.

Pharmaciens. — MM. Charpin, Bodard et Courtot, de l'hôpital du Gros-Caillou; Beaudouin, de l'hôpital de Nancy; Licardy et Thubert, de l'hôpital de Lille; Leclerc, de l'hôpital de Nancy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les 312 candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Baudron, Mendel, Berdal, Terson, Faure-Miller (Harold), Cestan, Laguin, Rouquès, Rouget, Papillon.

11. Lenoir, Marquezy, Pfender, Piole, Thibault, Cambours, Laffitte, Diaz, Phulpin, Leredde.

21. Jacob, Fort, Brocard, Boissier, Chatinière, Maurel, Oustaniol, Macon, Poulalion, Aldibert.

31. Gauly, Leriche, Bouel, Bellanger, Parelle, Barnetche, Austric, Battle, Martinez, Maupati.

41. Brodier, Chabory, Cataliotti, Yersin, Lobstein, Damourette, Faure-Miller (Roland), Bouffe, Marx, Couder.

51. Poivet, Thomas, Azoulay, Gallard, Genouville, Yahoubian, Cazenave, Chevreau, Jacquinet, Teissier.

61. Thérault, Portillo, Saprisa-y-vera, Schwob, Tournier, Houzé, Didier, Desforges, Chanteloube, Le Moniet.

71. Dagron, de Grandmaison, Canniot, Macquart, Renault, Sauvineau, Cadéac, Damaye, Brodier, Bazin.

81. Pingat, Gorodichze, Jacques, Pescaret, Coudère, Couturier, Frustin, Fiquet, Lovy, Moisson.

91. Thierry, Sébillotte, Sollier, Dufestel, Loppe, Pognon, Decamps, Wirbel, Corbin, Nugon.

101. Dominguez, Gotchaux, Deléage, Aublé, Deguéret, Barjon, Bonenfant, Barraud, Bernard, Nageotte.

111. Martin (Michel-Victor), Renard, Jasinski, Grilhant des Fontaines, Ehrhardt, Colas, Charmoy, Bruant, Encausse, Évrain.

121. Salmeron, Tostivint, Maré, Paturet, Spilmann, Trognon, Hulot, Foulladosa, Didsbury, Miquel.

131. Mascarel, Bonnet, Franche, Daudé, Courtet, Dumont, Goisque, Émerit, Sandras, Virchaux.

141. Reymond, Poillot, Roubinovitch, Floersheim, Giesler, Macaigne, Mary, Potel, Reblaud, Estrada.

151. Iscovesco, Letienne, Touchard, Bernardbeig, Sallard, Diamantberger, Adamski, Catron, Duchesne, Franquet.

161. Maturié, Oskierko, Mollard, Gallet, Dulout, Ferrand, Toché, Delaunay, Lamotte, Donnet.

171. Angerant, Bailly, Bitterlin, Foveau, Malaviale, Potel, Radiguet, Fraisse, Lamy, Malizard.

181. Vaille, Mlle Dobrouskine, MM. Vauthrin, Benoit (Auguste-Paul), Jelenskiewicz, Zack, Vincent, Billard, David, Haron.

191. Himely, Kortz, Mignot, Dubut, Haran, Tuilant, Bagon, Boutard, Chatelot, Gripon.

201. Mermillod, Cornet, Jarca, Ratuld, Prieur. Legrand, Rieder, Soulié, Grenier, Henne.

211. Fournier, Lombardi, Saguet, Cochery, Morau, Lartet, Théodore, Caron, Dupuy, Seialom.

221. Vezès, Ortholan, Quignard, Courtillier, Bartos, Bassin, Fourrey, Coquereau, Huguet, Mercier.

231. Labat de Lambert, Boëteau, Hamaïde, Janin, Souillard, Chaffard, Dardel, Gagey, Cocquelet, Anghelovici.

241. Bellot, Prouvost, Lacaze, Lowenthal, Daude-Lagrave, Blanc-Champagnac, Benoit (Ovide), Bois, Martigny, Gapin.

251. Dodieau, Delaborde, Roy, Joullié, Ganéa, Roux, Le Noc, Surer, Pailhas, Monmarson.

261. Caillet, Barré, Batbedat, Soullier, Gordon, Gaillard, Dumas, Georgescu-Caraptianu, Mlle Davidovitch, MM. Mahuteaux.

271. Théodoridès, Morisse, Destrez, De Castro, Bernard, Miette, Gieraert, Gasenel, Lenoble, Guérin.

281. Beretta, Bert, Crouzat, Planet, Vibert, Azéma, De la Niéa, Barthomeuf, Hellot, Audollent.

291. Zysman, Maurat, Monsarrat, Murray, Monnier, Lemoult, Utudjian-Archagoni, Stef, Salmon, Godet.

301. Richer, Bridier, Vazelle, Cultru, Jay, De Marcheux, Désiré, Lefèvre, Douarre, Chaker.

311. Léné, Dubreuil.

— Par décret en date du 15 janvier 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé militaire (armée territoriale) :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Heydenreich, Fatin, Robert, Poussié, Lambert, Bertel, Vuillemin, Auriol, Joyeux-Laffuie et Desfossés;

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Maxant, Colomb, Grobot et Cayasse.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1887, des médailles d'argent ont été accordées à MM. les docteurs Arnaud, de la Jasse et Raizon de Saint-Gilles, pour leur dévouement exceptionnel au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants :

1° *Prix Barbier.* — Un prix de 1500 francs est décerné à M. Maurice de Thierry, préparateur de physique à la Faculté, pour ses appareils destinés à l'étude spectroscopique des quantités infinitésimales du sang dans un liquide quelconque.

Une récompense de 500 francs est accordée à M. le docteur Ozanam, pour ses sphygmographe et sphygmoscope, destinés à l'étude de la circulation du sang et de la respiration.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur François Raspail, auteur d'une sonde nouvelle en gomme, destinée au lavage de l'estomac par la voie nasale, chez les aliénés sitiophobes.

2° *Prix Corvisart.* — Ce prix n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté.

La question mise au concours pour l'année 1887 est la suivante : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. »

3° *Prix Chateauvillard.* — Ce prix, de la valeur de 2000 francs, est partagé de la manière suivante :

a. Un prix de 1200 francs est décerné à MM. les docteurs Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Bousquet, pour leur *Traité de pathologie externe.*

b. Un prix de 800 francs est décerné à M. le docteur Régis pour son *Manuel pratique de médecine mentale.*

4° Quant aux prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant la Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886, ils ont été décernés dans l'ordre suivant :

Médaillés d'argent. — MM. Blanc, Brodeur, Chaput, Durand-Fardel, Feulard, Laguesse, Lermoyez, Louge, Malibran, Morel-Lavallée et Perrin.

Médailles de bronze. — MM. Assaky, Boisleux, Boursier, Broca, Brossard, Chatellier, Duchastelet, Duflocq, Gilbert, Gilles de la Tourette, Hirschfeld, Jardet, Kalt, Revilliod, Manrique, Perrin de la Touche, Poupinel, Queyrat, Ribbe et Villejean.

Mentions honorables. — MM. Azala, Babulée, Barreau de Muratel, Bernard, Beurnier, Bourdel, Carron de la Carrière, Coudray de Pradel, Damalix, Dandieu, Dayot, Delporte, Deschamps, Frémont, Gandichier, Gandry, Gazala, Godart, Gomet, Hamonic, Lavergne, Legendre, Legrain, Legrand, Leval-Piquechef, Longnon, Malfilâtre, Marcigny, Morin, Nagaty, Naudin, Onimont, Pottier, Poupon, Raspail, Ribail, Robelin, Roche, Sonbhy, Talat et Uribe.

— Dans sa séance annuelle du 19 janvier 1887, la Société de chirurgie a décerné le *Prix Duval* à M. le docteur Poupinel pour sa thèse : « De la généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire. » — Le *Prix Laborie* n'a pas été décerné. Elle a accordé : 1° un encouragement avec 300 francs à M. le docteur Vincent, chirurgien de l'hôpital civil et professeur à l'École de médecine d'Alger, pour son travail : « Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux; » 2° un encouragement avec 300 francs à M. le docteur Mabbaux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille pour son mémoire : « Traitement des abcès du foie par la méthode de Little. »

Les prix à décerner en 1887 sont :

1° Le prix *Duval*, pour la meilleure thèse de chirurgie; montant : 300 francs en livres;

2° Le prix *Laborie*, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie; valeur : 1200 francs;

3° Le prix *Gerdy*. Sujet mis au concours : « Des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique; » valeur : 2000 francs;

4° Le prix *Demarquay*. Sujet mis au concours : « Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie; » valeur : 800 francs;

Les thèses et manuscrits envoyés pour les prix doivent être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre courant.

— Le jury du concours pour le prix Civiale, ouvert par l'administration de l'Assistance publique, a décerné ce prix à M. Clado, interne de quatrième année à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon.

— Le prix de médecine navale, pour 1886, est décerné à M. Cassier, médecin principal de la marine, pour son rapport sur l'épidémie de fièvre jaune à la Guyane en 1885-1886.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Hervouet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est chargé d'un cours d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Lapeyre, décédé.

M. le docteur Ollive est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Meunier est institué suppléant des chaires de pathologie et de chirurgie internes.

— Le lundi 14 mars 1887, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le mardi 1er février 1887, sera fermé le lundi 28 février 1887, à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nonat, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin honoraire des hôpitaux, décédé le 18 janvier 1887, à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Ses obsèques auront lieu samedi 22 janvier, à onze heures très précises, en l'église de la Madeleine.

— Les conférences scientifiques et littéraires de l'Association française pour l'avancement des sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France (fondée en 1864 par M. J. Le Verrier), auront lieu, comme depuis l'année 1878, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi, à huit heures et demie du soir. Elles commenceront le 22 janvier et auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 22 janvier. M. Rochard, président de l'Association, membre de l'Académie de médecine : La dépopulation de la France;

Samedi 29 janvier. M. Alglave, professeur à la Faculté de droit : L'alcoolisme et les moyens de le combattre.

Samedi 5 février. M. le professeur Brouardel, membre de l'Académie de médecine : L'eau potable.

Samedi 12 février. M. Moissan, professeur à l'École de pharmacie de Paris : Le fluor.

Samedi 19 février. M. H. Dietz : Les humanités modernes.

Samedi 26 février. M. Janssen, membre de l'Institut : L'âge des étoiles.

Samedi 5 mars. M. Chauveau, membre de l'Institut : Le cœur et son mécanisme.

Samedi 12 mars. M. Edmond Perrier, professeur au Muséum : Les coralliaires et les îles madréporiques;

Samedi 19 mars. M. Dieulafoy, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées : Suse.

Samedi 26 mars. M. Bureau, professeur-administrateur au Muséum : Les Orchidées.

Samedi 2 avril. M. Dehérain, professeur au Muséum : La culture rémunératrice du blé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20610

10

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

46

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

Mariani, ph^{ien}, 41, Brd Haussmann et t^{tes} ph^{ies}.

64

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

51

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiq^{t} pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue.

Fl. : 3^{f},50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. Rocher, 112, rue Turenne, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Ph^{ie} Grillon, 28, r. Grammont, Paris, et ph^{ies}.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0^{f}50 à 3^{f}. Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature Bertrand aîné. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

33

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris
Détail : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

85

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée ; 2° En **Pilules**, à 10 centigr. ; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. Boury, ph^{en}, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre la **goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. Chevrier, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

91

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

A la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

La composition de ce produit et sa forme pulvérulente en font un médicament précieux pour combattre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles digestifs de la grossesse.*

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Ph^{ie} A. Dupuy, 225, rue Saint-Martin, Paris

93

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

86

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Pharmacie A. Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.
Exiger la signature.

38

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,

Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites* ; dose : de 2 à 6 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Ph^{ies}.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Ph^{ie} Grez, 34, rue de la Bruyère.

104

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

Hogg, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

33

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt gén^{al} : Ph^{ie} Centrale, f^{g} Montmartre, Paris.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 c^{gr}. . . . *2 fr.*

Ph^{ien} ※, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^{ie} Champigny, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermitten^{tes}. Paris, 20, pl. des Vosges.

N° 11. — MARDI 25 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. MARDI 25 JANVIER 1887. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

La chirurgie journalière et la thérapeutique chirurgicale nouvelle dans le cancer de l'utérus.

Les leçons que vous entendrez ici, messieurs, plusieurs d'entre vous les connaissent déjà. Je vous enseigne ce que l'on m'a enseigné à mon tour; cette chirurgie de tous les jours, qui prend pour sujet d'étude les maladies que vous rencontrerez les premières dans votre pratique et que vous devrez bien traiter, sous peine de compromettre de bonne heure votre clientèle, c'est-à-dire votre avenir. Certes il est beau de faire des choses extraordinaires, mais il y a un vieux fonds de bonne chirurgie qui trouve nombre de fois une application heureuse, qui est beaucoup plus souvent utile et assez rarement dangereuse.

Nous sommes à une époque où, en chirurgie comme en politique, on ne parle guère que de réformes, de progrès, comme s'il n'y avait que du mal partout et nulle chose bien. On néglige le bon pour chercher le mieux; soit, mais on rencontre le pire peut-être. Jamais l'on n'a vu produire une si grande quantité de médicaments et de médications nouvelles. Des pansements spécifiques, des topiques spéciaux se succèdent avec une rapidité telle que, depuis dix ans, les meilleurs sont devenus inutiles et que le très bon d'hier est insuffisant aujourd'hui. Cette agitation ne saurait être du progrès. Le progrès n'est point le résultat du propos délibéré des hommes et des sociétés savantes, le progrès est l'œuvre du temps, comme les bonnes réformes ne sont justifiées que par de véritables besoins.

Le répertoire de médicaments de Dioscoride et de Marcellus Empiricus témoigne qu'il y a eu, au commencement de notre ère, une époque aussi fertile en invention, et, chose remarquable, elle ne coïncidait pas avec un véritable progrès. Au siècle dernier, le pansement des plaies a suggéré aux chirurgiens toute une série de topiques, détersifs, maturatifs, sédatifs, calmants et cicatrisants avec le styrax, l'acétate de plomb, la myre, le galbanum, etc., etc. Et il n'a pas fallu moins de l'ancienne Académie de chirurgie pour protéger les malades contre cette avalanche de topiques. Les prix de l'Académie renferment en effet un mémoire couronné sur le sujet de l'*Abus des onguents et des emplâtres.* Et la destruction de cette pharmacopée chirurgicale a coïncidé précisément avec une renaissance de la bonne et saine chirurgie en France.

C'est qu'en effet toutes les recherches, toutes les médications inventées qui ne sont point fondées sur une connaissance approfondie de la physiologie des tissus et des organes, et de la physiologie pathologique des maladies chirurgicales ne sont point des œuvres durables. Tout ce qui ne repose pas sur une étude rigoureuse du cours naturel des maladies est caduc, et les médications établies hâtivement, avec des expériences seules, ne réussissent pas toujours aussi bien que l'opium dans l'antiquité et le sulfate de quinine à la fin du moyen âge. Il ne suffit pas de dire : nous allons découvrir quelque chose, faire faire un progrès à la chirurgie, pour qu'un progrès soit obtenu réellement. On aura beau dire : nous faisons mieux aujourd'hui qu'autrefois, cela ne nous empêchera pas de répondre qu'il y a quelque chose d'éternel. C'est la physiologie pathologique des maladies.

D'ailleurs, guérit-on plus qu'autrefois? Nous possédons une statistique en bloc des malades de nos hôpitaux; je lisais, il y a quelque temps, la statistique des hôpitaux pour 1846, il y a quarante ans, et je la comparais avec la statistique pour l'année 1883. Eh bien, en 1846, il mourait dans les hôpitaux 1 malade sur 10; il en meurt aujourd'hui 1 sur 7! Et si l'on examine en détail, on trouve qu'il mourait dans les services de chirurgie 1 malade sur 18 en 1846, et aujourd'hui il en meurt 1 sur 15 seulement; là il y aurait donc progrès. Mais il faudrait bien prendre en considération ce fait qu'aujourd'hui l'horreur de l'hôpital n'existant plus comme autrefois, nous avons à l'hôpital une foule de gens un peu aisés, résistant mieux à la maladie que les clients de l'hôpital d'autrefois, qui étaient recrutés dans la partie de la population la plus malheureuse.

Je ne saurais donc trop défendre la chirurgie des anciens, qui a guéri des malades semblables à ceux que nous voyons aujourd'hui et dans des proportions à peu près égales.

Ce n'est pas seulement la thérapeutique des plaies et des abcès qui est l'objet de la fiévreuse intervention des chirurgiens de tous pays, ce sont encore certaines affections pour lesquelles des opérations nouvelles sont proposées. Est-ce un bien, est-ce un mal? C'est une question de conscience. Si les innovations, en toute science, sont dignes d'être

recherchées, lorsque c'est l'espèce humaine qui est le champ d'expérience, on doit être plus réservé, et il y a un criterium qui doit vous guider : Faites à vos malades les seules opérations que vous feriez à ceux qui vous sont chers.

Les extirpations de goître, l'ablation de l'utérus atteint de cancer, la castration de la femme en cas d'hystérie rebelle et d'autres opérations non moins graves ne sont pas un véritable progrès. Qu'il y ait des malades qui échappent aux conséquences de ces mutilations, soit; mais combien y a-t-il de morts inconnues et de catastrophes ignorées? Je vous parlerai, en terminant cette première leçon, de l'ablation de l'utérus, à propos d'une malade atteinte de cancer de cet organe; mais, en principe, il faut que vous sachiez d'abord quelle est la principale critique qu'il faut adresser à ces opérations.

Si elles ne guérissent pas définitivement ou temporairement, elles tuent la malade. Vous direz à cela : la kélotomie et la trachéotomie sont des opérations dont on peut dire la même chose. Mais les maladies pour lesquelles on les pratique sont immédiatement mortelles, et quand elles réussissent, on peut dire qu'elles sauvent les malades; il n'y a aucun *alea* autre qu'une guérison une fois sur sept pour la trachéotomie et deux fois sur trois pour la kélotomie. Pour toutes les autres opérations qui forment le fonds de la chirurgie, on peut dire que les chances de guérison sont de beaucoup supérieures aux chances de mort; ce sont là des conquêtes déjà anciennes et que le temps a consacrées. On ne saurait leur comparer les opérations nouvelles dont on peut dire qu'elles sont presque toujours mortelles.

C'est cette chirurgie que, depuis douze ans, soit à l'hôpital Cochin, soit à l'hôpital de la Charité, je me suis fait un devoir d'enseigner. Cette chirurgie bien comprise vous aidera à vous tirer des cas exceptionnels et vous préparera à appliquer, s'il y a lieu, quelques-unes des opérations nouvelles dans des cas bien indiqués et dont le pronostic sera d'autant plus favorable.

Vous verrez dans le service, au n° 11, une malade atteinte d'un cancer de l'utérus, qui date de l'année 1884 : notez ce début. La malade, âgée de cinquante-sept ans, a cessé d'être réglée à l'âge de cinquante-deux ans; deux ans après la ménopause, vers le mois d'avril 1884, elle eut une perte qui dura quinze jours; puis les pertes se renouvelèrent, et la malade perdit l'appétit et les forces. Aujourd'hui la malade n'a plus que des pertes d'une sanie roussâtre portant l'odeur caractéristique. La malade est pâle et infiltrée; elle a encore quelques mois à vivre, deux peut-être. En somme c'est un cancer utérin à marche lente. Lorsque l'on touche la malade, on sent l'utérus ouvert, entouré d'une circonférence un peu dure, mais il n'y a pas de bosselures ni de végétations; au total il y a un ulcère cancéreux rongeant, une variété d'épithélioma du col ulcéré.

Si cette malade était tombée, il y a deux ans, entre les mains d'un chirurgien partisan de l'ablation de l'utérus, peut-être la malade aurait succombé à la suite de l'opération, et dans ce cas on eût pu dire très justement qu'elle serait morte de l'opération. Si elle avait survécu, on aurait dit, au bout d'une année, qu'elle était guérie ou au moins qu'on lui aurait donné une survie d'une année. Aurait-on eu raison? Non, certes, puisqu'il s'agissait d'un cancer à marche lente, qui a déjà duré plus de trois années, en permettant une existence supportable. Non, le cancer de l'utérus ne peut être guéri par l'ablation de l'utérus, et cette ablation ne donne point une survie capable de légitimer une opération aussi souvent mortelle. C'est une opération palli- tive beaucoup trop souvent suivie de mort rapide, du f même de l'opération.

C'est d'ailleurs une opération non réglée, et les opératio de ce genre ne sont point conformes aux saines doctrin qui forment notre patrimoine chirurgical. On attire, en eff à l'aide de pinces à griffes, l'utérus à la vulve; l'on détac l'utérus par un côté; avec un crochet, on attire ensemble l trois ailerons du ligament large avec leur contenu et on l en masse. *On lie en masse :* c'est-à-dire que, de parti pr on fait sur le ligament large ce que l'on condamne pour l parties molles des membres, où il est prescrit de ne pas li ensemble veines, nerfs et artères. On fait plus, on lie l canal muqueux, la trompe, en même temps que les vai seaux. On recommence de même de l'autre côté de l'ut rus. Cette opération est donc critiquable au point de vu même de la médecine opératoire.

Il y a d'autres opérations qui ont été pratiquées sur l'ut rus cancéreux : l'ablation du col et l'évidement propos par Huguier et exécuté par plusieurs chirurgiens; il y l'ablation de végétations cancéreuses ayant la forme d'u polype existant sur un col à peu près sain. Cette derniè opération, surtout sur les femmes encore jeunes, a pour bu de supprimer les surfaces saignantes afin de diminuer le pertes de sang, et elle y arrive assez bien pour qu'on so autorisé à pratiquer cette opération avec l'écraseur et mieu avec le galvano-cautère monté en écraseur. Quant à la pre mière opération, elle est dangereuse; elle a été suivie d' métropéritonites mortelles, et comme elle n'enlève qu'un partie du mal, elle hâte la marche du cancer, car les sec tions que l'on pratique sur le col à coups répétés sont un cause de métrite, et comme l'inflammation, partout où il a un organe atteint de cancer, cause une prolifération ac tive, il y a des adénites de voisinage qui, de suite, prennen l'allure du cancer.

Le cancer de l'utérus n'est pas justiciable d'une opératio radicale aussi grave que l'ablation totale, et en dehors d'opérations palliatives exceptionnellement indiquées, il n'y a qu'un traitement rationnel à suivre. Modérer d'abord les hémorrhagies par les tampons d'alun et les injections au chlorure de zinc : eau 500 grammes, chlorure de zinc 15 grammes. Cela est préférable à la cautérisation hebdomadaire avec le fer rouge, qu'employait jadis Jobert de Lamballe, cautérisation qui a été suivie quelquefois de péritonite mortelle. En même temps et dans cette période du cancer, il faut donner l'arsenic à l'intérieur (3 à 4 granules de Dioscoride par jour) et alterner avec l'huile de foie de morue, une cuillerée à jeun tous les matins. Ces médicaments empêchent les malades qui ne mangent plus de se dénourrir trop vite, c'est-à-dire de s'user rapidement. En même temps, contre les douleurs du bas-ventre et des reins, on applique de petits vésicatoires volants sur les points douloureux.

Enfin, à la dernière période, dans laquelle est entrée notre malade, il n'y a plus qu'à administrer les injections au chlorure de zinc, non plus contre les hémorrhagies, il n'y en a plus, mais contre la mauvaise odeur que porte le liquide sanieux qui coule de l'utérus ulcéré, et à pratiquer contre les douleurs continues les injections hypodermiques de morphine, une à deux par jour. On nourrit les malades au lait, au bouillon, et on traite suivant les cas les divers accidents ultimes qui emportent les malades : la péritonite, les vomissements incoercibles et quelquefois même l'urémie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Pneumonie interstitielle chez un sujet tuberculeux, mort.

Il y a dix-sept jours, entrait au n° 34 de la salle Laënnec une femme âgée de cinquante-quatre ans, malade depuis dix jours d'une affection dont le début, violent, avait été caractérisé par de la fièvre et une douleur dans le côté gauche de la poitrine.

A son arrivée le facies était altéré, la langue sèche, la respiration fréquente, et le point de côté, quoique atténué, persistait cependant encore un peu. D'ailleurs elle n'avait ni diarrhée ni vomissements. Bref, au premier abord, nous pouvions dire qu'il s'agissait d'une affection aiguë des organes de la respiration, et probablement d'une pneumonie.

Un premier examen de la poitrine paraissait justifier ce diagnostic; car, du côté gauche, nous constations, en arrière, au moins dans les deux tiers supérieurs, une forte matité, ainsi qu'un souffle bronchique intense et des râles sous-crépitants fins à la périphérie, avec retentissement très exagéré de la voix au niveau du souffle. Ces signes nous indiquaient une solidification à peu près complète du tissu pulmonaire en arrière et paraissaient confirmer ainsi un premier diagnostic de pneumonie au dixième jour. Cependant les crachats n'avaient aucun caractère.

Eh bien! si nous nous en étions tenus là dans notre examen de cette malade, nous aurions porté un diagnostic erroné. En effet, poursuivant notre enquête, nous trouvions des modifications stéthoscopiques plus étendues : le poumon droit, qui aurait dû être intact ou présenter seulement les signes d'une respiration puérile, supplémentaire, nous montrait, en arrière, l'existence de deux foyers de râles fins : l'un à la base, moins important ; l'autre au sommet, dans la fosse sus-épineuse, beaucoup plus caractéristique. En avant, nous ne trouvions rien de ce côté. Par contre, à gauche et en avant, dans la région sous-claviculaire et sur une étendue de quatre travers de doigt, nous entendions un souffle à timbre creux, des râles muqueux à grosses bulles et, à la percussion, une matité absolue.

S'agissait-il là d'un simple fait de propagation des bruits que l'on entendait en arrière, ou bien de bruits nés dans la région sous-claviculaire elle-même, résultant d'une lésion en avant, comme les bruits postérieurs tenaient à une lésion située en arrière? Il y avait là, au premier abord, une certaine difficulté de diagnostic.

Vous savez que, dans certains cas, le souffle bronchique peut être assez intense pour se faire entendre d'un poumon à l'autre et comme par écho, au point de pouvoir faire croire, au premier abord, à une seconde pneumonie, tandis qu'en réalité il ne s'agit que d'un fait de propagation.

Mais je ne parle pas ici que de bruits antérieurs et postérieurs. Or comment distinguer s'il s'agit de deux bruits différents ou d'un seul et même bruit? Par une étude attentive des caractères mêmes des bruits. Ainsi les deux souffles antérieur et postérieur ont-ils le même *timbre* et ne diffèrent-ils que par leur *intensité*, il y a propagation; les timbres, au contraire, sont-ils différents, les bruits sont distincts comme origine.

Chez notre malade, c'est une différence de timbre que nous avons constatée : timbre creux, cavitaire, presque métallique en avant; souffle tubaire, bronchique en arrière. Par suite la question était tranchée, et nous avions, en avant, une lésion particulière, une caverne tuberculeuse, ainsi que le démontraient encore les râles muqueux à grosses bulles, véritable gargouillement que l'on entendait en avant à son niveau. Donc caverne sous-claviculaire gauche avec adhérence complète à la paroi thoracique prouvée par l'extrême exagération des vibrations locales perçues à la palpation. D'où pneumonie au dixième jour chez un tuberculeux. Mais la lésion diagnostiquée en arrière était-elle bien une pneumonie ou simplement une inflammation développée par suite même d'une nouvelle poussée tuberculeuse? Or les signes stéthoscopiques peuvent bien nous renseigner sur la lésion des tissus, mais non pas sur la cause elle-même de cette lésion. Ils nous disent bien que le tissu pulmonaire n'est pas normal, mais bien qu'il est solidifié. Si la malade avait été atteinte des accidents inflammatoires du poumon, étant en parfaite santé, nous pourrions dire qu'il s'agit d'une pneumonie simple; mais, développés chez une phthisique à la période cavitaire, il paraît très vraisemblable que cette solidification du poumon est le résultat d'une poussée aiguë de tuberculose.

Chez cette femme, pendant les jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, les signes physiques ont persisté, sans aucune tendance à la résolution, nous montrant de plus en plus qu'il s'agissait d'une condensation tuberculeuse, et l'état général a été si bien de mal en pis que, douze jours après son arrivée, elle succombait, sans qu'il soit survenu aucun autre accident.

L'autopsie a confirmé le diagnostic fait du vivant de cette femme : nous trouvons des adhérences de la partie supérieure du poumon gauche à la paroi thoracique, une caverne étendue, une infiltration tuberculeuse considérable, s'étendant presque jusqu'à la partie inférieure du poumon gauche, et tellement confluente qu'elle formait un bloc des plus imperméables, enfin de la pneumonie interstitielle et un peu d'hépatisation dans la partie tout à fait inférieure de ce même poumon, dont le tissu ressemblait, à ce niveau, à celui de la rate. C'est dans ce point aussi que nous avons trouvé quelques bacilles ressemblant aux bacilles pneumoniques, tandis que, dans la caverne, nous trouvions le bacille tuberculeux.

Dans le poumon droit, au sommet, nous avons constaté l'existence aussi de quelques dépôts tuberculeux.

L'autopsie de cette malade nous a montré encore quelque chose que l'on trouve bien rarement à ce degré, en tous cas que je n'ai jamais rencontré à ce point et que ses antécédents peuvent nous expliquer.

En effet, en l'interrogeant nous avions appris que, il y a vingt ans, elle avait été atteinte d'une affection assez difficile à déterminer, mais caractérisée, nous disait-elle, par des douleurs extrêmement vives dans le côté droit, au niveau des dernières côtes (avec ou sans phénomènes fébriles, c'est ce que nous n'avons pas pu savoir), et qu'on lui avait fait une application de sangsues sur le point douloureux. Depuis lors, ces douleurs n'avaient jamais reparu; jamais elle n'avait eu de crises semblables. Or voici ce qu'à l'autopsie nous avons trouvé : un calcul énorme dans la vésicule biliaire, un calcul absolument insolite par son volume, ne pesant pas moins de 30 grammes. On peut rencontrer parfois des agglomérations de calculs formant une masse plus volumineuse, mais un calcul unique présentant de pareilles dimensions, je n'en ai jamais vu jusqu'à présent.

Je vous dirai, avant de terminer, quelques mots seule-

ment d'un autre malade qui, lui, est un exemple de pneumonie véritable, développée chez un phthisique.

Ce malade est un jeune garçon de vingt et un ans qui entra dans le service au sixième jour d'une pneumonie aiguë à droite, avec fièvre, point de côté, crachats pneumoniques caractéristiques. Au dixième jour, nous avons eu une défervescence fébrile légitime. Mais il existait à gauche une lésion tuberculeuse avancée, et à peine la défervescence s'était-elle produite que le malade présentait une fièvre vespérale avec des oscillations de 2 à 3 degrés, et qu'un mois plus tard il succombait à sa tuberculose. L'autopsie nous montra qu'il y avait bien eu pneumonie du côté droit, laquelle était en voie de réparation très avancée, tandis que le poumon gauche était criblé de cavernes avec infiltration tuberculeuse entre chacune d'elles.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la nourrice en incubation de syphilis.

I

La question que je vais aborder aujourd'hui est d'une haute importance. Je l'ai choisie en raison même de l'observation suivante qui vient de se présenter à moi ces jours-ci.

Le 15 du mois dernier, un monsieur se présentait à ma consultation, accompagné de son enfant alors âgé de cinq semaines, et de la nourrice de celui-ci, pour deux boutons singuliers, disait-il, que celle-ci avait vu récemment se développer sur l'un des seins. Au premier examen, je reconnus l'existence des plus évidentes de deux chancres syphilitiques du sein avec adénopathie axillaire. Passant ensuite à l'enfant, que je m'attendais à trouver en état aussi de syphilis, je ne fus pas peu surpris de le trouver absolument indemne et sain de partout, du moins en apparence.

Confessant alors le père, j'appris qu'il n'avait jamais eu la syphilis, qu'il n'avait eu rien d'autre que deux blennorrhagies, et ce antérieurement à son mariage. Qu'il était marié depuis trois ans, qu'il avait un premier enfant âgé de deux ans, très bien portant et très sain; que sa femme était parfaitement saine également.

Quant à la nourrice, prise dans un bureau, elle avait été examinée non seulement par le médecin de la préfecture de police, qui l'avait déclarée, par certificat, très saine aussi, mais encore par son propre médecin. C'est ainsi qu'elle allaitait son enfant depuis une quinzaine de jours, lorsque deux petits boutons étaient apparus sur le sein, se développant, s'ulcérant et présentant enfin le type du chancre syphilitique.

Interrogeant alors la nourrice, je sus qu'avant d'entrer dans cette famille elle avait allaité deux autres enfants dont l'un, — le dernier, — était criblé de la tête aux pieds de rougeurs, de plaies et d'ulcérations, à tel point qu'à un moment donné cet enfant ne pouvant plus prendre le sein, elle fut congédiée. C'est en sortant de cette maison qu'elle était retournée au bureau, d'où elle était entrée chez le monsieur qui venait me consulter.

Ainsi renseigné, l'histoire était facile à reconstituer : cette nourrice, au moment où elle avait pris son troisième nourrisson, était en pleine incubation de syphilis, incubation dont la durée peut varier entre deux à six et quelquefois sept semaines. Or ce n'est point là un fait unique, mais que j'ai observé une quinzaine de fois déjà dans ma pratique et dont les livres renferment également un certain nombre de cas.

Je vous citerai entre autres celui d'un médecin de Lyon : Une nourrice d'Ambrieux sèvre son propre enfant pour prendre un nourrisson syphilitique qui meurt au bout de peu de jours. Elle revient à Lyon chercher un nouveau nourrisson, elle entre dans un bureau où, examinée et reconnue parfaitement saine en apparence, on lui confie un nouveau nourrisson. L'enfant qu'elle allaite alors est très bien portant; néanmoins, quinze jours plus tard, elle s'aperçoit d'une petite ulcération du sein ; elle ne s'en inquiète pas et continue à nourrir l'enfant. Celui-ci présente bientôt à son tour un chancre dans la bouche. Puis surviennent des accidents secondaires, d'abord chez la nourrice, ensuite chez l'enfant qui est alors confié à une seconde nourrice et l'infecte à son tour.

Voilà donc un second fait clinique calqué pour ainsi dire sur le premier. Ces deux faits méritent d'appeler sérieusement notre attention. En effet, quelle conduite devons-nous tenir en pareil cas et que devons-nous faire pour iévter de semblables contagions.

Deux ordres de cas peuvent se présenter : 1° celui où la nourrice et l'enfant sont infectés tous deux; 2° celui où la nourrice est en état de syphilis, tandis que l'enfant est indemne, en apparence du moins.

Premier cas. — La nourrice et l'enfant sont syphilitiques. Ici nul embarras, puisque vous avez deux malades, il faut les soigner tous deux et continuer l'allaitement. En effet, comment faire autrement? comment allaiter l'enfant? Par une autre nourrice? Ce sera toujours la première intention de la famille indignée, affolée d'avoir été odieusement trompée, intention à laquelle vous devrez vous opposer de toutes vos forces, car donner une autre nourrice ce serait l'exposer à une contagion presque fatale. A un enfant syphilitique vous ne pouvez et ne devez donner qu'une nourrice syphilitique elle-même. Donc vous conserverez à l'enfant sa nourrice, d'autant plus qu'il lui devra peut-être la vie, car avec une bonne nourrice et un bon traitement vous pourrez le guérir. D'ailleurs, comment allaiter cet enfant? par le biberon? Mauvaise pratique, qui convient à peine à un enfant sain, déjà vigoureux et fort. Par l'allaitement animal? par une chèvre, une ânesse? Si le procédé est excellent, il ne l'est qu'à la condition qu'on soit outillé pour cela; il n'est possible qu'à la campagne ou dans une nourricerie animale comme celle que notre regretté collègue, Parrot, a fondée à l'hospice des Enfants-Assistés; mais à Paris, dans un appartement, c'est loin d'être pratique.

Donc, pratiquement et pour le plus grand avantage de l'enfant, il n'y a pas d'autre parti à prendre que de conserver à un enfant syphilitique sa nourrice syphilitique elle-même. Et c'est ce que vous devez vous efforcer de faire comprendre aux parents.

Deuxième cas. — Le second cas est plus embarrassant; c'est celui, par exemple, de l'enfant dont je vous ai raconté l'observation en commençant cette leçon ; nourrice syphilitique, enfant sain encore en apparence. Que faire : ici deux alternatives : 1° suspendre l'allaitement; 2° le continuer. Les avis sont partagés.

Le médecin de la famille de cet enfant opinait pour la continuation de l'allaitement, disant que cet enfant, têtant depuis une dizaine de jours sa nourrice, était bien certainement contaminé et n'avait plus rien à craindre. Tel n'était pas mon avis; cet enfant avait certainement toutes les chan-

ces d'avoir attrapé la vérole, mais enfin celle-ci n'était pas apparue et nous ne pouvions nullement affirmer que l'enfant fût en incubation de syphilis. Donc, continuer à allaiter c'était continuer les chances de contagion. La famille suivit mon conseil, mais l'événement me donna tort en ce sens qu'aujourd'hui l'enfant présente deux chancres. Il était bel et bien en incubation le jour où je le voyais pour la première fois. Néanmoins je ne me repens nullement de ce que j'ai fait, et, le cas se représenterait que j'agirais encore de même, car c'est le seul conseil logique, rationnel. En effet, la contagion de la vérole n'est pas chose absolument fatale, ainsi que cela a été maintes fois démontré.

Il faut donc suspendre l'allaitement, attendre les événements et, pendant ce temps, recourir provisoirement au biberon. Si l'enfant devient syphilitique, vous lui rendrez sa nourrice; s'il reste sain, vous lui donnerez une nouvelle nourrice, saine cette fois. Mais au bout de combien de temps? Après la période voulue pour être certain que toute crainte ait disparu; soit, d'après les expériences faites sur la durée d'incubation de la syphilis, une période de six à sept semaines; disons sept semaines, pour prendre le terme le plus éloigné. Ainsi, si au bout de quarante-neuf jours, aucun accident ne s'est produit, vous pouvez être rassuré, l'enfant est indemne.

L'idéal est donc de pouvoir suspendre l'allaitement temporairement et de le reprendre ensuite dès que vous avez reconnu que l'enfant est contaminé. Mais cet idéal est-il possible à réaliser? Parfaitement : 1° en ayant soin de conserver la nourrice syphilitique jusqu'à ce que l'événement ait prononcé; 2° en conservant à la nourrice son lait. Cette dernière condition est facile à remplir par deux moyens : 1° le tétage artificiel à la téterelle, à la pompe, moyen médiocre; 2° le tétage de la nourrice par un jeune animal, par un jeune chien surtout. Ce moyen est excellent, quoiqu'il ne soit pas aussi en faveur qu'il devrait l'être. Il est excellent pour dégorger la mamelle et pour entretenir la sécrétion lactée; il est très simple et très pratique. Ce nourrisson intérimaire conservera le lait de la nourrice, de sorte que si, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, vous reconnaissez que l'enfant a réellement contracté la vérole, il vous suffira de supprimer le chien et de lui rendre sa nourrice.

En résumé, lorsqu'un enfant sain a été exposé à contracter la vérole en tétant une nourrice syphilitique, il faut, tant que la période d'incubation n'est pas écoulée : 1° suspendre l'allaitement; 2° le suspendre tout en conservant la nourrice; 3° conserver la sécrétion lactée de la nourrice par l'allaitement par un animal; 4° si les choses tournent mal, c'est-à-dire si l'enfant devient syphilitique, supprimer le chien et rendre l'enfant à sa nourrice.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

100. M. Chaslin. Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. — 101. M. Buchin. De la pelade : nature, traitement, prophylaxie. — 102. M. Pinel. Indication de l'iridectomie. — 103. M. Angelhy. Contribution à l'étude de l'ascite chez le fœtus. — 104. M. Guillot. Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie chez les jeunes recrues. — 105. M. Pirodon. Rhumatisme. Étude pathogénique. — 106. M. Menetrier. Grippe et pneumonie.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1886.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	22	20	4	46
2e	18	29	6	53
3e	23	35	8	66
4e	35	37	11	83
5e	28	45	16	89
6e	11	19	4	34
7e	22	19	6	47
8e	5	15	3	23
9e	10	29	4	43
10e	22	32	8	62
11e	69	105	43	217
12e	32	42	11	85
13e	31	53	21	105
14e	48	67	29	144
15e	29	67	34	130
16e	10	19	8	37
17e	38	66	17	121
18e	49	87	42	178
19e	28	52	23	103
20e	69	99	46	214
	599	937	344	1 880

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	128
Croup	41
Coqueluche	11
Corps étranger de l'œsophge.	4
Corps étranger de l'orbite.	1
Otite.	1
B. Asthme.	48
Affections du cœur	67
Bronchites aiguës et chroniques	115
Pleuro-pneumonie	95
Congestion pulmonaire.	18
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	129
Cholérine	34
Dysentérie.	4
Athrepsie	17
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	62
Hernie étranglée	15
Rétention d'urine.	23
Orchite.	4
D. Métrite, métro-péritonite.	45
Métrorrhagie	38
Fausse couche	51
Accouchement, délivrance.	180
— non terminés.	28
E. Affections cérébrales.	64
Convulsions, éclampsie.	69
Névralgie	51
Névroses	74
Épilepsie	25
Aliénation mentale	7
Alcoolisme, delirium tremens	19
Chorée.	2
F. Rhumatisme	25
Affections éruptives.	53
Fièvre intermittente.	4
Fièvre typhoïde.	30
Hémorrhagies de causes internes et externes.	70
G. Plaies, contusions.	94
Fractures, luxations, entorses.	39
Brûlures.	9
Empoisonnements.	13
Asphyxie par le charbon.	11
— submersion.	3
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin.	51
Total.	1 880

La moyenne des visites par nuit est de 20,43. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,47.

Visites du quatrième trimestre de 1885	1 700
Visites du quatrième trimestre de 1886	1 880
Différence en plus.	180

Les hommes entrent dans la proportion de	32 p. 100;		
Les femmes	—	—	50 —
Les enfants au-dessous de trois ans,			18 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1886.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
Premier trimestre . . .	709	1004	299	2012
Deuxième trimestre . .	533	799	268	1600
Troisième trimestre . .	684	1011	366	2061
Quatrième trimestre. .	599	937	344	1880
	2525	3751	1277	7553

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616	visites de nuit.
1877, deuxième année.	3312	—
1878, troisième année.	3571	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année.	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année.	6891	—
1883, huitième année	6895	—
1884, neuvième année.	8712	—
1885, dixième année	7494	—
1886, onzième année	7553	—

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Tableau d'avancement du corps de santé pour l'année 1887.

Médecins principaux proposés et classés pour le grade de médecin en chef. — MM. Moisson, Bonnafy, Baquié, Friocourt et Jobard.

Médecins de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal. — MM. Comme, Éléouet, Trucy, Breton, Doué, Grall et Ségard.

Médecins de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin de première classe. — MM. Foucaud, Lombard, Esclangon, Guérin, Michel et Mathé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Val-de-Grâce vient de donner des noms de médecins et de chirurgiens militaires à douze de ses salles de malades. Parmi ces noms, nous relevons ceux de Desgenettes, Larrey, Percy, Broussais, Michel Lévy, Sédillot et Maillot. Ce dernier seul vit encore : en le plaçant au nombre des élus, on a voulu honorer le doyen de la médecine militaire et signaler de nouveau l'importance des services qu'il a rendus à l'armée et à la colonisation en Algérie.

— Au moment où nous mettons sous presse, une élection vient d'avoir lieu à l'Académie des sciences pour la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Robin, décédé.

Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : En première ligne : M. Dareste ; en deuxième ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Filhol, Perrier et Ranvier ; en troisième ligne : *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Fischer, Pouchet et Vaillant.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 57, majorité 29, M. le docteur Ranvier, professeur au Collège de France, a été élu par 29 suffrages, contre 14 donnés à M. Dareste, et 13 à M. Perrier.

— Par décret, en date du 17 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Hermantier, Boussumier, Thomas-Duris, Malphèttes, Lavergne, Mangon, Annéquit, Gouzot, Florentin, Lajugie, Grillière et Noyer-Audiat.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 janvier 1887, est instituée, près le ministère de l'Instruction publique, une commission chargée de décerner un prix de 50000 francs à l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes :

Comme source de chaleur, de lumière, d'action chimique, de puissance mécanique, de moyen de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades.

Sont nommés membres de cette commission : MM. les membres de l'Institut Bertrand, président ; Becquerel, Brown-Séquard, Cornu, Debray, Deprez, Jurien de la Gravière, Lévy, Lippmann, Hervé-Mangon, Marey, Mascart, Pâris et Vulpian. — MM. Allard, inspecteur général des ponts et chaussées ; Berger, directeur général de l'exploitation de l'Exposition universelle de 1889 ; Joubert, secrétaire général de la Société française de physique ; Raynaud, ingénieur des télégraphes ; Sartiaux, sous-chef d'exploitation au chemin de fer du Nord.

— Par arrêté préfectoral, en date du 17 janvier 1887, ont été nommés :

M. le docteur Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. Clerc, décédé.

M. le docteur Commenge, médecin en chef adjoint dudit service.

M. le docteur Calandreau, médecin dudit service.

M. le docteur Rouillard, médecin adjoint dudit service.

— MM. les élèves externes et internes en médecine et en chirurgie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répétition dans les établissements hospitaliers de l'administration, pour 1887.

En conséquence MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans ces établissements.

Ces cartes seront délivrées :

1° A MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 25 janvier, à une heure, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3 ; — A ceux de première année et à MM. les internes provisoires, le même jour à trois heures et demie ;

2° A MM. les élèves externes de deuxième et de troisième années, le mercredi 26 janvier, à deux heures ; — A ceux de première année : premier tiers de la liste, le jeudi 27 janvier à onze heures ; deuxième tiers de la liste, le vendredi 28 janvier, à onze heures ; troisième tiers de la liste, le samedi 29 janvier, à onze heures.

— L'article 76 du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices de Paris a été revisé par arrêté préfectoral du 20 décembre 1886.

Par application de cet article revisé la date de l'entrée en fonctions des élèves internes et externes en médecine a été fixée dorénavant au 1er février au lieu du 1er janvier.

Cette mesure devant recevoir son exécution dès cette année, MM. les internes et externes nommés à la suite des concours qui viennent d'être clos, prendront, le 1er février prochain, les services pour lesquels ils auront été désignés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Xavier Crézonnet (de Bordeaux) ; Henry Fortineau, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine ; Lucien Larauza (de Salles), et J.-V. Louvet-Lamarre, médecin honoraire de l'hôpital de Saint-Germain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20620

87

VARICES, HÉMORRHOIDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

L'Hamamelidine Logeais (à la dose de 25 gttes dans un demi-verre d'eau sucrée, 3 ou 4 fois par jour, une demi-heure avant le repas, s'emploie avec succès contre les *Varices* et les *Hémorrhoïdes*.

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais** à **l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

La **Mixture Logeais** agit aussi d'une façon rapide dans la *Métrorrhagie* et la *Varicose de la gorge*.

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve de maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

23

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES du Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.

Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.

Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Euronement, Asthme, Fièvre :

TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.

Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :

SIROP D'HYPHOPHOSPHITES COMPOSÉ.

Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux, de Soude, de Fer, de Manganèse,** etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*

Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr CHURCHILL : **Swann,** pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate,** s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

10

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

12

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre ; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennemen 40, rue des lancs-Manteaux).

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle.*

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur.* Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine.*

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

64

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée,

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

12

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

19

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrap sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mecomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

N° 12. — JEUDI 27 JANVIER 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 27 JANVIER 1887. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est presque à l'unanimité que l'Académie a voté les conclusions du rapport de M. Valin, interdisant le salicylage des substances alimentaires.

Pour excuser cette pratique, M. Constantin Paul avait cité l'exemple de boissons, etc., souvent nuisibles, surtout dans certaines conditions individuelles, dont on tolère néanmoins la vente, laissant à chacun le soin de s'abstenir de ce qui lui fait mal. Mais MM. Valin et Brouardel ont répondu avec raison que rien n'indiquerait au consommateur l'introduction de l'acide salicylique dans les aliments qu'on lui servirait. Il ne pourrait pas l'éviter, comme il peut, s'il le veut, éviter l'alcool ou le tabac. Il lui faudrait passivement en subir les effets toxiques, même en étant prévenu d'avance des contre-indications spéciales qui se rencontreraient chez lui. Il ne saurait être sauvegardé que par une prohibition absolue.

HOTEL-DIEU. — M. GALLARD.

Fibrome utérin; ses rapports avec la grossesse.

(Leçon recueillie par M. L. SECHEYRON, interne du service.)

Au n° 42, salle Sainte-Marie, est couchée une femme, âgée de trente et un ans, atteinte de fibrome utérin. Cette malade, réglée à seize ans, éprouva d'abord une suppression des menstrues pendant un an. Dans la suite, la menstruation fut régulière. L'écoulement sanguin assez abondant persistait quatre à cinq jours sans donner lieu à des douleurs. Dans la période intercalaire apparaissait de la leucorrhée.

A l'âge de vingt-trois ans, elle a vu apparaître des écoulements sanguins roussâtres, se montrant principalement dans la période intercalaire.

A ces écoulements persistants, sont venus s'ajouter quelques douleurs abdominales au côté droit du ventre. A l'âge de vingt-huit ans, ces douleurs n'ont fait que s'accroître. Elles occupaient le bas-ventre, les lombes. La marche, les moindres fatigues, les exaspéraient. Ces troubles fonctionnels concordant avec l'absence d'accidents fébriles, de symptômes péritonitiques : nausées, vomissements, permettaient d'éloigner l'idée d'une phlegmasie péri-utérine existant à cette époque.

Les médecins appliquèrent des topiques vaginaux; la malade ne guérit pas; son affection s'aggrava. Elle eut alors recours à mes soins. Le traitement des fibromes utérins que je préconise lui fut conseillé; sous cette influence, l'amélioration ne tarda pas à survenir et persista jusque vers le mois de mai dernier.

Cette malade, mariée à vingt-six ans, quoique vigoureuse, bien conformée, n'est pas devenue enceinte; cependant au mois de juin, le 21, les règles se supprimèrent, et depuis cette époque, la malade n'est plus réglée.

Vers la seconde quinzaine du mois d'août, la malade fut prise de nausées, sans vomissements, sans aucun trouble apparent de la santé. A la fin de ce mois, les douleurs abdominales firent une nouvelle apparition; le ventre se gonfla. Les seins se tuméfièrent, devinrent le siège de picotements. A la fin d'octobre, la malade sentit *remuer dans son ventre;* et la perception de ces mouvements vint confirmer ses espérances de maternité.

En ce moment, la malade se déclare enceinte et arrivée au delà de l'époque, désignée vulgairement sous le nom de *demi-terme.*

L'abdomen se trouve distendu; il est facile de percevoir une tumeur intra-abdominale siégeant sur la ligne médiane et s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic.

La vulve est violacée; le vagin rouge, le col congestionné, un peu mou. Mentionnons un léger prurit vulvaire, l'absence de pigmentation de la ligne blanche abdominale. N'oublions pas de noter la teinte brunâtre de l'aréole et l'absence de tubercules de Montgomery en ce point.

La constatation de ces tubercules est de la plus grande valeur dans le diagnostic d'une grossesse chez une multipare, surtout chez celle qui a nourri. Sa valeur est moindre chez une primipare, comme notre malade.

Cet ensemble de signes, malgré les déclarations de la malade, ne peut permettre l'affirmation de la grossesse. L'aménorrhée, la tuméfaction des seins avec picotements, la coloration violacée des muqueuses vulvaire et vaginale existent, mais le signe de certitude manque au tableau.

Malgré une recherche minutieuse, attentive, plusieurs fois renouvelée, il ne nous a pas été donné d'entendre les bruits du cœur fœtal ou de percevoir les mouvements du

fœtus. La malade, cependant, perçoit ces mouvements ; et nous avons cru, pendant le toucher vaginal, saisir un de ces mouvements spontanés, en même temps que la mère recevait dans l'abdomen un choc comparable à ceux qu'elle ressent parfois.

Ces sensations, ces tressaillements, sont parfois trompeurs, et, en l'absence des bruits du cœur fœtal, il ne faut pas affirmer la grossesse.

Par l'auscultation on entend, chez notre malade, un bruit de souffle, très superficiel, ayant son maximum d'intensité à mi-chemin du pubis et de l'ombilic. Tenez-vous en garde contre ce bruit rappelant le souffle dit utéro-placentaire mais dont le rythme est celui du pouls de la mère. Ne le confondez pas avec le *tic-tac* du cœur fœtal dont les battements sont sans rapport avec le pouls maternel.

Les souffles utéro-placentaires doivent encore être rapprochés des souffles perçus parfois dans le cas de tumeurs fibreuses volumineuses et très vasculaires du bassin.

La pathogénie de ces souffles est identique : la circulation dans le placenta et celle que l'on observe dans les tissus voisins des fibromes offrent une même suractivité. Il faut rapporter à cette suractivité vasculaire l'origine de ces souffles. On sait que le fibrome est par lui-même peu vasculaire ; mais la coque des tissus qui l'entoure par sa large vascularité supplée à cette pauvreté de vaisseaux.

Ce rapprochement entre les souffles utéro-placentaires et ceux que l'on perçoit au niveau de certaines tumeurs fibreuses est bien fait, dans notre cas, pour augmenter la difficulté du diagnostic de la grossesse.

Le souffle que nous percevons est superficiel; il n'existe pas dans les fosses iliaques ; il ne peut donc être attribué aux vaisseaux iliaques.

S'il était dû à un myome, celui-ci serait situé dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. S'il faut incriminer une grossesse, le placenta doit être fixé sur cette même paroi. Dans ce dernier cas, nous aurions la raison de notre impuissance à percevoir les bruits du cœur fœtal. Le fœtus aurait le dos tourné en arrière, appuyé contre la partie inférieure de la colonne lombaire, appliqué vers la concavité du sacrum.

Si la grossesse ne peut être affirmée, sa possibilité ne doit pas non plus être repoussée. Le diagnostic de tumeur fibreuse peut être cependant posé sans crainte d'erreur. En dehors des antécédents, du diagnostic antérieur établi dans mon cabinet de consultation, l'exploration de l'abdomen ne laisse aucun doute sur l'existence de fibromes.

La tumeur intra-abdominale n'offre pas une tuméfaction régulière ; elle présente de petites saillies dures, rénitentes, plus ou moins arrondies, ovoïdes, d'un volume variable, — noix, œuf de poule.

La coexistence d'une grossesse avec les fibromes est possible, très probable même dans ce cas.

Sans doute le corps fibreux est un obstacle à la conception ; mais cet obstacle n'est pas infranchissable. La stérilité dans le fibrome est un fait fréquent ; Scanzoni avait même enseigné, en renversant les termes du problème, que la stérilité prédisposait aux corps fibreux. Son erreur s'est conservée jusqu'au jour où les gynécologistes ont mieux observé les rapports de la grossesse avec les fibromes.

West a examiné à ce point de vue 82 femmes. Dans sa statistique, 20 sont portées comme stériles. Les 62 autres fournissent un ensemble de 174 grossesses; parmi ces femmes, 31, la moitié, n'ont pu mener leur grossesse à terme. Cette proportion énorme de femmes stériles et d'avortements est une preuve manifeste de l'influence des fibromes sur la grossesse.

La femme atteinte de fibrome n'est pas stérile par ce seul fait. La stérilité dépend surtout du siège de la tumeur. Je vous présente un gros fibrome placé dans les parois de la matrice, en dehors du canal cervical. La menstruation s'effectuait librement chez cette femme ; l'imprégnation de l'ovule par le spermatozoïde dans la cavité utérine était possible. Mais les conditions sont bien différentes dans le cas de polypes faisant saillie dans le canal cervical. Les malades atteintes de ces tumeurs sont prédisposées à des troubles menstruels d'ordre mécanique et à la stérilité. Notre malade vient se placer naturellement dans cette catégorie. Malgré cinq ans de mariage, elle a eu des troubles menstruels et n'est pas devenue enceinte.

D'autres malades, malgré leur fibrome, ont des grossesses ; ces grossesses même peuvent être nombreuses. Certaines arrivent à terme ; plusieurs d'entre elles sont brusquement interrompues ; les avortements se répètent parfois.

Leur fréquence reçoit une explication physiologique. Par sa seule présence, le myome devient cause de contraction utérine, et ainsi sollicite l'avortement.

Cette donnée physiologique explique également la fréquence de l'avortement, d'autant mieux accentuée que le myome occupe une place plus élevée dans l'utérus.

Pendant la grossesse, les deux segments de l'utérus n'offrent pas une évolution parallèle. L'élargissement de la cavité utérine s'effectue aux dépens du segment supérieur. Si le fibrome est placé dans cette portion de l'utérus, il détermine par sa présence des contractions dans les parois utérines au moment de leur dilatation. Le corps fibreux dans le segment inférieur ne gêne guère le développement de l'organe, au moins jusqu'à une époque rapprochée du terme de la grossesse.

L'évolution régulière de la grossesse dans le cas de fibrome s'observe d'autant mieux que la tumeur est plus éloignée de la cavité utérine, plus développée vers la cavité péritonéale. Voici un énorme corps fibreux à peu près sessile implanté sur le fond de l'utérus, émergeant vers la cavité péritonéale. Ce corps fibreux, dans une grossesse heureuse, a pu être repoussé très haut dans l'abdomen. Je fais passer sous vos yeux un utérus sur lequel sont greffés plusieurs corps fibreux : deux au fond de l'utérus, deux au segment inférieur. Malgré leur nombre, une grossesse a pu être menée à bon terme dans cet utérus. Cependant plusieurs médecins avaient affirmé à la malade qu'elle n'accoucherait pas à terme. Huguier seul fut d'un avis opposé.

Non seulement le fibrome peut interrompre le cours d'une grossesse, mais il peut devenir l'origine de complications pendant l'accouchement.

Le fibrome agit comme toute tumeur qui oblitère ou diminue le canal pelvien. Il agit ainsi lorsqu'il est situé sur les côtés de l'utérus ou implanté sur les lèvres du col.

Dans ces conditions, plusieurs faits peuvent se présenter. Au moment du travail, le polype inséré sur le col peut être refoulé très bas : l'accouchement de l'enfant est précédé alors de celui du polype. Il peut arriver encore que la tumeur ramollie s'étale devant la tête fœtale et lui laisse libre passage.

L'extraction artificielle d'un polype obstruant le petit bassin au début du travail est souvent la pratique rationnelle à suivre ; mais cette pratique ne peut être exécutée que dans le cas de polype faisant saillie dans le vagin.

Elle devient impossible si la tumeur fait saillie vers le péritoine. Je dois ici vous présenter l'histoire d'une malade atteinte de fibrome utérin dans le service d'Huguier à l'hôpital Beaujon. Le diagnostic, — fibrome intra-ligamentaire, — avait été posé avant que la femme devînt enceinte. Huguier, se basant sur l'impossibilité de faire passer le fœtus à travers la filière pelvienne, proposa l'avortement vers le cinquième mois. Une consultation médicale eut lieu. Les médecins jugèrent préférable d'espérer dans le ramollissement de la tumeur au moment de l'accouchement; leur espérance fut déçue, et une opération césarienne devenue nécessaire pendant le travail ne put sauver ni la mère ni l'enfant.

Dans le cas actuel, nos craintes pour la bonne exécution de l'accouchement ne seraient pas justifiées. Il est préférable de ne pas se préoccuper de ces petits fibromes, ni pour le présent ni pour l'avenir. En thèse générale, les fibromes accrus pendant la grossesse suivent la régression de l'utérus délivré du fœtus. Ils reprennent leurs anciennes dimensions, parfois même diminuent d'une manière notable.

Notre tâche sera donc accomplie si nous conseillons à la malade de reprendre ses occupations du ménage et d'attendre avec confiance l'époque de son accouchement, si toutefois le diagnostic présumé de grossesse se confirme. Nous suivrons avec soin cette malade, prêts à parer aux accidents s'ils survenaient. Notre rôle doit s'arrêter là; ayons toujours présent à l'esprit l'adage : *Primo, non nocere.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Ostéomyélite chronique du tibia.

Le malade que nous avons à opérer aujourd'hui nous présente un intérêt à la fois pathologique et chirurgical. C'est un homme de vingt-huit ans, de bonne apparence, valet de chambre, qui est entré dans nos salles pour un trajet fistuleux situé au niveau de la partie supérieure de la jambe gauche, s'ouvrant à l'extérieur par un petit orifice que j'appellerai honnête, franc, et dont les bords ne sont ni rouges, ni décollés. Cet orifice a l'aspect d'une simple perte de substance, et le trajet fistuleux qui lui fait suite conduit sur des parties fibreuses résistantes, puis sur le tissu osseux.

La lésion dure depuis de longues années; néanmoins cet homme a continué à travailler quand même, si ce n'est de temps en temps lorsqu'il se produisait des poussées inflammatoires avec réouverture de l'orifice et écoulement du pus. C'est l'une de ces poussées — la dernière en date — qui a décidé le malade à entrer à l'hôpital.

Lorsqu'on examine le membre malade, on constate tout d'abord que l'extrémité supérieure de la jambe est augmentée de volume dans sa totalité, non pas par quelque infiltration des tissus ou par quelque œdème, mais le compas d'épaisseur montre que cette extrémité supérieure du tibia est à la fois plus épaisse et plus large. Il s'agit donc d'une lésion osseuse dont l'évolution a été très lente, sans fracas, et qui dure depuis longtemps. Mais de quelle nature est-elle?

Si nous n'avons pas affaire — comme d'ailleurs c'est le cas ici — à une origine traumatique, nous devons être forcément en présence de l'une ou l'autre des deux affections spontanées suivantes, c'est-à-dire ou d'une tuberculose osseuse ou d'une ostéomyélite de l'adolescence; la première est de beaucoup la plus fréquente, mais dans la seconde il y a également infection osseuse puisque l'examen microscopique a démontré la présence d'éléments microbiens.

C'est donc, en somme, sur l'une ou l'autre de ces deux affections, que notre diagnostic doit se porter. Or la tuberculose n'a nullement la bénignité d'allures que nous observons ici, les orifices fistuleux auxquels elle donne lieu à un moment donné n'ont pas non plus les caractères de celui qui s'est formé sur la jambe de notre malade. Dans la tuberculose, les trajets fistuleux s'accompagnent de décollement; l'inoculation tuberculeuse se fait de proche en proche, le mal ayant une tendance naturelle à s'étendre, à envahir les parties voisines.

Ici nous ne trouvons rien de semblable, mais bien un petit orifice à bords parfaitement sains, avec des bourgeons charnus de bonne nature. De plus, si l'on introduit un stylet dans le trajet fistuleux, on sent très distinctement qu'il ne pénètre pas dans une lésion carieuse ramollie, mais bien qu'il tombe sur des tissus durs, résistants, de nouvelle formation.

Dans la carie, au contraire, les os sont mous, raréfiés. Enfin ici il y a prolifération des tissus ou hyperostose, ainsi que nous le prouve aussi l'augmentation de volume de l'extrémité supérieure du tibia. Or ce n'est point là le caractère des lésions tuberculeuses qui donnent lieu, au contraire, à des phénomènes d'ostéite raréfiante avec tendance à la formation de cavernes osseuses. C'est ainsi que dans l'une, dans l'ostéomyélite, il y a prolifération du tissu osseux; dans l'autre, dans la tuberculose, il y a raréfaction.

En résumé donc, à un moment donné, c'est-à-dire à un âge où le tissu osseux est encore en voie d'évolution, notre malade a eu une ostéomyélite, l'ostéomyélite des adolescents. Celle-ci a évolué sans grand fracas, sans entraîner avec elle aucun de ces accidents typhiques que l'on observe quelquefois, sans infection généralisée, mais elle est restée, au contraire, purement locale. Elle a été le point de départ soit de la formation d'un petit séquestre invaginé dans le tibia, soit d'une ostéite centrale, bourgeonnante, avec formation d'une cavité osseuse. Du reste, dans les deux cas notre intervention est la même.

En effet voici comment nous allons procéder : après avoir appliqué la bande d'Esmarch nous ferons sur la jambe une incision verticale ou peut-être même cruciale si cela est nécessaire au niveau de l'orifice du trajet fistuleux. Arrivé sur le périoste, nous le détacherons avec soin afin de mettre l'os à nu; si celui-ci n'est pas très résistant au niveau du pertuis, nous nous servirons de la curette tranchante pour arriver sur le foyer central; s'il est dur au contraire, nous en enlèverons une rondelle suffisamment grande avec le trépan.

J'oubliais d'ajouter, quoique cela soit de peu d'importance dans le cas présent, que le genou est rempli de liquide. Cet épanchement est très appréciable, mais il ne s'accompagne d'aucune autre lésion de l'articulation, dont tous les mouvements sont parfaitement conservés, si ce n'est dans la flexion extrême de la jambe où ils sont un peu limités. C'est une hydarthrose chronique de voisinage, hydarthrose que l'on peut appeler symptomatique, sans aucun retentissement sur l'articulation, sans aucune altération de la synoviale qui est restée, au contraire, parfaitement saine, ainsi qu'on l'observe fréquemment dans l'ostomyélite des extrémités supérieures des os chez les adolescents.

Bref, malgré l'ancienneté de la lésion, notre diagnostic n'est pas celui de tuberculose osseuse, mais bien d'ostéomyélite prolongée ou chronique du tibia, et par suite le pronostic est beaucoup moins grave.

HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME.

Par M. le Dr Moricourt, ancien interne des hôpitaux.

Ainsi que le prouve l'observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 43, la guérison des contractures hystériques anciennes par l'usage externe ou interne des métaux n'étant pas suffisamment connue, il m'a semblé intéressant et utile, aussi bien pour les malades que pour le médecin, de résumer les principales observations qui ont été publiées jusqu'ici.

V. Burq a publié dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1877, l'observation d'une nommée D..., hystérique, entrée le 17 septembre 1868 à Lariboisière, dans le service du professeur Verneuil, pour une contracture du membre inférieur droit, datant de neuf années, ayant produit un pied-bot varus, pour lequel M. Verneuil songeait à faire la ténotomie, et qui fut guéri par l'*or* intus et extra.

Au mois d'avril 1878, entrait à la Pitié, dans le service de mon regretté maître, le professeur Lasègue, une femme atteinte d'une contracture hystérique du membre inférieur gauche, depuis le pied jusqu'au bassin, durant depuis quatre ans, qui fut guérie en quelques jours par l'*or* intus et extra. C'est à cette occasion que M. Lasègue voulut bien céder sa place au docteur Burq et lui permettre d'exposer dans sa chaire les principes de la métallothérapie (*Gazette des hôpitaux* du 16 août 1878).

Vers la même époque, en 1878, entrait dans le service de M. le professeur Vulpian une malade qui avait subi dans un pays voisin la section du tendon d'Achille et des deux péroniers latéraux pour une contracture absolument semblable à celle de l'hystérique de M. Lasègue. Depuis, la contracture s'était reproduite et généralisée, au point que le bras gauche seul, qui se mouvait encore, ne donnait plus que 4 kilos de pression. La contracture s'était étendue à la langue et à l'œsophage; il y avait des eschares au sacrum, et la malade semblait vouée à une fin prochaine, quand M. Vulpian, à la suite d'une visite à la Salpêtrière, eut l'idée de recourir aux préparations d'or à l'intérieur. En outre, M. Burq ayant constaté, par l'examen métalloscopique, que la malade était effectivement sensible à l'*or*, fut autorisé à faire des applications externes de ce métal.

A la suite de ce traitement, tous les accidents s'amendèrent, les eschares du sacrum se cicatrisèrent et les contractures des membres inférieurs disparurent. (Extrait d'une observation publiée dans un ouvrage inachevé du docteur Burq, et soumise préalablement à l'approbation de M. Vulpian.)

— M. Boussi, dans la *France médicale* du 16 avril 1879, a publié l'observation d'un peintre en bâtiments qui fut guéri d'une contracture et d'une anesthésie du membre supérieur droit par des applications de plaques d'or.

On trouve, à la page 34 du Rapport de M. Dumontpallier à la Société de biologie, sur la métallothérapie (1879), l'observation d'une nommée Buequet, sur laquelle M. Charcot avait constaté, pour la première fois, l'action locale des applications métalliques. Cette malade, qui avait une hystérie entée sur une épilepsie primitive, fut guérie d'une contracture de la jambe droite par l'usage interne de l'*or*.

Bringrose Atkins rapporte une observation de contractures multiples guéries par le *zinc*. (*Brit. med. journ.*, 6 septembre 1879.)

« Quand apparaît de la contracture chez une hystérique, celle-ci se produit toujours du côté de l'hémianesthésie, et l'on fait disparaître les deux à la fois par les applications métalliques ou par les aimants. » (Debove, communication à la Société médicale des hôpitaux; voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 1019.)

Dans une brochure intitulée : « Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, » par le docteur J. Garel (Delahaye, 1881, p. 11), on lit : « J'ai eu l'occasion de voir, à la Pitié, plusieurs malades atteintes de contractures. Avec une grande complaisance, M. Dumontpallier me montra plusieurs contractures hystériques qu'il avait guéries par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur. Ces malades avaient été soumises pendant plusieurs mois à des traitements chirurgicaux sans succès. Je ne sache pas que M. Dumontpallier ait publié ces observations; mais, à la même époque, 24 juillet 1880, on trouve dans la *Gazette des hôpitaux* un court article mentionnant ces résultats. »

Suit une série de contractures guéries par l'auteur.

Observation I (p. 12). — Hystérie ovarienne gauche. Contracture des deux membres inférieurs, datant de onze mois, guérie par les feuilles d'*argent* à l'intérieur. Insuccès des douches, de l'électricité et de l'aimant. Il a fallu huit mois pour reconnaître la sensibilité argent.

Obs. II. — Contracture hystérique de la jambe droite, datant de trois ans. Guérison en huit jours par l'*or* en feuilles à l'intérieur.

Dans une communication à la Société clinique de Londres, le 28 octobre 1877, M. Thompson rapporta l'histoire d'un garçon de quatorze ans, atteint de contracture des membres inférieurs, ayant résisté à la faradisation, qui fut guérie en trois mois par l'application d'armatures d'*or*.

Contractures diverses : œsophagisme, vaginisme, guérison par l'*or*, par le docteur Degrand. (*Gazette médicale de Paris*, 1878, p. 516.)

Spasme vésical guéri par le *cuivre*, *l'argent* et le *fer*. (Dupuis, *Gazette obstétricale*, 5 janvier 1876.)

Contracture hystérique datant de neuf mois, survenue à la suite d'une plaie de la main gauche par un éclat de verre, rebelle à l'aimant et à l'électricité. Disparition du jour au lendemain par une armature d'*acier*. (Observation communiquée le 5 août 1882 à la Société de biologie par M. Chantemesse, interne à Beaujon.)

Pied-bot guéri par le *cuivre* intus et extra, par le docteur Magnier, de Vaux (Aisne).

Contracture du sterno-mastoïdien et des abducteurs de la cuisse, guérie par le *zinc*, par le docteur Moricourt. (*Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 828.)

Pied-bot varus par contracture du pied droit, datant de neuf mois, guéri en une heure par une armature de *cuivre*, par le docteur Moricourt. (*Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 3.)

Remarquons que, sur ces 16 observations, la guérison de la contracture a été obtenue : 8 fois par l'or, 3 fois par le cuivre, 2 fois par le zinc, 1 fois par l'argent, 1 fois par l'argent, le cuivre et l'acier, 1 fois par l'acier.

THÉRAPEUTIQUE

Médication pepto-phosphatée dans la tuberculose pulmonaire.

Par M. le docteur A. Judet.

On sait la part si grande que prend au développement de la tuberculose la « misère physiologique ». Le tubercule, a dit le professeur Peter dans ses intéressantes cliniques, est le produit et le témoignage de la déchéance de l'organisme. Quand cette déchéance a préparé le terrain, toute inflammation des organes respiratoires peut devenir le germe de l'éclosion tuberculeuse.

Si, contre le côté parasitaire de l'affection, la thérapeutique est encore désarmée, du moins peut-on chercher à lutter contre l'épuisement de vitalité qui en a préparé l'éclosion et qui vient en accélérer l'évolution. Il faut s'appliquer à aider la restauration de la nutrition et des forces afin que l'accroissement de la résistance

organique puisse enrayer le processus de la diathèse ; il faut enfin « permettre au tuberculeux de survivre à ses tubercules ». (Peter.)

C'est là une indication capitale qu'il n'est pas toujours facile de remplir avec succès, et on y éprouve trop de mécomptes pour qu'il ne nous paraisse pas superflu de faire connaître les heureux résultats que nous avons obtenus par la médication pepto-phosphatée, dans des cas où l'*inanitiation* par les voies digestives était particulièrement accentuée. Nous nous bornerons à rappeler l'une de ces observations.

Observation. — M. Henri S..., trente-deux ans, attaché à un bureau de ministère, pas d'antécédents du côté des père et mère. Une sœur bien portante.

M. S... n'a eu aucune maladie sérieuse ; il habitait la campagne quand, à la suite de son mariage, il vint s'établir à Paris en 1884. Il eut une bronchite en janvier 1885, pour laquelle il ne suivit aucun traitement ; depuis ce temps, il tousse fréquemment sans crachats caractéristiques. Il a maigri considérablement. Le teint est pâle et l'essoufflement se produit facilement. Transpirations fréquentes la nuit. Pas d'appétit.

A la percussion, on constate une légère matité du sommet droit en arrière. A l'auscultation, respiration exagérée à gauche, quelques craquements humides à droite au sommet.

M. S... avait déjà consulté. L'huile de foie de morue, le vin de quinquina, les granules de Dioscoride et les badigeonnages de teinture d'iode lui avaient été prescrits. Sous l'influence de ce traitement, l'état s'était un instant amélioré, mais l'huile de foie de morue ne fut tolérée que peu de temps ; la forme capsulaire fut essayée par le malade, mais le nombre de capsules qu'il lui fallut ingérer ne réussit qu'à augmenter la fréquence des vomissements. Le malade dut suspendre toute médication.

La percussion et l'auscultation nous permirent un diagnostic facile ; mais ce qui nous frappa particulièrement lorsque M. S... vint nous consulter, ce fut son état d'affaiblissement. Ce *tuberculeux* avait toutes les conditions requises pour devenir *phthisique*. Il importait de réagir avec vigueur contre cette déchéance physiologique : tâche délicate en présence de cet organisme épuisé, de cet estomac dont les fonctions étaient si profondément troublées.

L'arsenic n'était pas mieux toléré que ne l'avait été l'huile de foie de morue, et la saison (juillet) était peu engageante pour faire une nouvelle tentative avec celle-ci.

La répugnance acquise nous fit écarter l'idée d'une médication trop complexe. Notre malade fut envoyé à la campagne, et après suspension de tout traitement et repos pendant une semaine, nous lui prescrivîmes l'usage de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*) réunissant, sous une formule concise, l'alcool, le phosphate de chaux et la viande *assimilable*. Nous prescrivîmes en outre l'usage des lotions vinaigrées et des frictions avec le baume de Fioraventi.

Le vin de peptone phosphatée fut pris à la dose de deux cuillerées par jour pendant quinze jours, et au bout de ce temps, la dose fut portée à quatre cuillerées.

Dès les quinze premiers jours, nous avions la surprise et la satisfaction de constater les résultats obtenus. Si nous trouvions à l'auscultation des troubles encore très nets, nous voyions un changement sensible dans l'état général. L'appétit revenait, les sueurs nocturnes presque disparues, plus d'essoufflement.

Après quelques semaines, l'état était encore amélioré et l'on ne percevait plus que quelques craquements secs. Le poids du corps avait augmenté d'une façon notable.

Il nous a été donné de revoir M. S... à diverses reprises, et si nous ne pouvons affirmer que notre malade soit *radicalement* guéri, nous pouvons dire que l'état général est excellent.

Et maintenant il nous paraît utile d'appeler l'attention sur les propriétés de la peptone phosphatée, on peut dire qu'elle convient à toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose. Son phosphate de chaux fixe l'albumine à l'état de cellule et de fibre. Le vin de Bayard à la peptone phosphatée agit donc comme reconstituant général par excellence, et, de plus, il a, dans la phthisie, cette propriété très précieuse de fournir à l'organisme l'élément le plus propre à favoriser la transformation des tubercules.

En dehors de l'observation que nous venons de rapporter, nous avons souvent eu l'occasion d'avoir recours à cette préparation, dans des cas de cachexie de natures diverses, dans des états pathologiques à tendance dénutritive, et toujours nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Backer, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté sur le *Laboratoire antiseptique créé à Roubaix sous sa direction* (Accepté);

2° Une lettre de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie, sur la discussion relative à la rage ;

3° Une lettre de M. le docteur Edouardo Abren (de Lisbonne), sur cette même discussion ;

4° Une note sur la *Réorganisation de l'hygiène publique en France*, par M. le docteur Coiffier (du Puy).

LECTURES

Sur la thermométrie locale dans la variole. — M. Montefusco, tant en son nom qu'au nom de M. Bifulco, son collègue comme médecin de l'hôpital Colagno (de Naples), expose le résultat de leurs recherches communes par une série de conclusions dont voici le résumé :

1° Dans la variole, sur la région splénique, il existe un accroissement constant de la température, relativement à celle de la région hépatique et des parois abdominales ;

2° Dans quelques cas, pendant qu'on remarque l'accroissement de la température splénique, celle de l'aire hépatique se présente diminuée de plusieurs dixièmes de degrés, et même de 1 degré et plus ;

3° L'augmentation de la température locale se constate soit dans les cas de tuméfaction de la rate, soit en l'absence de toute tuméfaction ;

4° Elle existe au degré le plus élevé dans la période d'invasion, souvent, mais non constamment, à un degré aussi notable dans la période de suppuration ;

5° Elle subit les oscillations de la température générale de l'organisme, sauf quelques exceptions ;

6° Entre la température locale de la rate et la température axillaire, il n'existe aucun rapport constant.

M. Thomas Caraman lit une note sur *Le miel eucalypté naturel sécrété par les abeilles noires sauvages de Tasmanie* (Australie).

DISCUSSION SUR LE SALICYLAGE

M. Valin donne lecture des conclusions de la commission (1), proposant l'interdiction absolue du salicylage des substances alimentaires.

M. Constantin Paul combat ces conclusions. Suivant lui, rien ne prouve que l'usage de l'acide salicylique, même longtemps continué, mais à faibles doses, ait produit tous les accidents dont on l'accuse. On cite quelques faits, mais ces faits sont explicables par des particularités de constitution individuelle. Ceux qui se trouvent mal de l'usage de l'acide salicylique, ceux qui éprouvent, par exemple, des dyspepsies, etc. quand ils en prennent, n'ont qu'à y renoncer : et ils le feront bientôt d'eux-mêmes.

Il peut y avoir abus si les doses sont trop fortes ou trop longtemps continuées, mais ce n'est pas une raison pour défendre

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1228.

l'emploi modéré d'une substance conservatrice. Si l'on ne s'en sert pas pour empêcher la corruption de certains vins, de certaines bières, de certains sirops, les fabricants feront entrer toutes ces substances altérées dans la consommation publique. M. Constantin Paul, en conséquence, propose de n'interdire l'acide salicylique que si la proportion en dépasse un maximum déterminé.

M. VALIN répond que les faits d'accidents produits par l'acide salicylique sont bien moins rares que M. Paul ne le suppose. Plusieurs membres de la commission en ont observé, et encore faut-il dire que, la plupart du temps, ils doivent n'être pas reconnus quand ils se produisent. En effet les troubles gastriques, les vertiges, etc., que ce médicament peut provoquer, sont le plus souvent rattachés à quelque autre cause quand on ignore son introduction dans les aliments.

Il arrive ici ce qui arriva longtemps au sujet de l'anémie saturnine.

On ne songeait pas au plomb, on ne le recherchait pas, on ne l'accusait pas quand il était coupable. Ce n'est guère que quand le médecin administre lui-même l'acide salicylique dans un but thérapeutique qu'il en surveille les effets et les rattache à leur vraie cause. L'Académie de médecine ne saurait être moins soucieuse des intérêts de la santé publique que les industriels le sont des intérêts d'une bonne fabrication. Or en se plaçant à ce point de vue, les brasseurs ont demandé qu'on s'abstînt d'introduire dans la bière une substance toxique, alors qu'on peut la conserver par d'autres moyens, tels que le chauffage, etc.

M. CONSTANTIN PAUL insiste de nouveau sur le petit nombre des observations formelles et précises invoquées par la commission. Il lui semble que les intérêts de la petite industrie, qui ne peut préparer aussi bien que la grande et employer des procédés de conservation aussi coûteux, méritent aussi d'être sauvegardés. Il vaut mieux empêcher les produits inférieurs de se gâter que les consommer en mauvais état.

Pour une prohibition complète, il faut une complète certitude.

M. VALIN dit que la certitude est suffisante. C'est par des faits précis, des observations bien recueillies, que l'on a établi, par exemple, la nocuité de l'acide salicylique chez les femmes enceintes. On a vu chez elles cette substance, même à très faible dose, déterminer l'avortement, la mort de l'enfant, des métrorrhagies abondantes, etc.

Il en est de même de plusieurs autres contre-indications au sujet desquelles on a cité des observations convaincantes.

M. BROUARDEL rappelle que, pour sa part, il a recueilli trois faits de ce genre dans son service hospitalier, et dans les trois, comme il est de règle dans les cas où l'acide salicylique, à faible dose, peut produire des accidents, ce fut en vain qu'on le rechercha dans les urines au moment où les accidents se manifestèrent. Il avait subi dans l'économie une transformation qui masquait ses réactions chimiques. De telle sorte que même l'analyse des urines n'éclairerait pas le médecin sur les cas d'intoxication salicylique produite par les aliments. Moitié de ceux qui sont frappés de mort subite avaient les reins malades. Chez tous ceux-là l'acide salicylique était extrêmement dangereux, et, sans vouloir rien affirmer, M. Brouardel se demande si l'emploi de cette substance n'est pas entrée pour quelque part dans les décès, qui ont provoqué des autopsies faites par lui.

M. FÉRÉOL voudrait néanmoins que la rédaction des conclusions fût un peu changée, de manière à paraître moins absolue.

Il propose donc de renvoyer ces conclusions à la commission. Cette proposition est repoussée.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la première conclusion, ainsi conçue :

« 1° Il est établi par l'observation médicale que des doses faibles mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez ceux qui n'ont pas l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives. »

Cette conclusion est adoptée à l'unanimité moins deux voix.

L'Académie adopte ensuite, à l'unanimité moins une seule voix, la seconde conclusion :

« 2° En conséquence, l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée. »

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les quatre-vingts candidats, dont les noms suivent, ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

Internes titulaires. — 1. MM. Dupré (Marc-Edmond), Bourges, Aleindor, De Lostalot-Bachoué, Sollier, Louis, Souques, Noguez, Calot, Mosny,

11. Boulay, Mauny, Chopard, Bouffe, Hautecœur, Mlle Klumpke, MM. Morel, Parelle, Despaigne, Dupré (Ernest-Ferdinand),

21. Bellanger, Decressac, Gampert, Hamon, Vimont, Mordret, Vilpelle, Le Noir, Pallier, Pfender,

31. Dagron, Cuvillier, Mauclaire, Courtois-Suffit, Mariage, Poulalion, Ardouin, Canniot, Aldibert, Iscovesco,

41. Michaut, Roussan, Thibault (Arsène), Lefebvre, Vigneron, Wallich, Couder, Arnould, Nodot, Luzet,

51. Faure et Mallet.

Internes provisoires. — 1. MM. Laffitte, Lamotte, Marquézy, Laumet, Macon, Willemin, Oustaniol, Gibotteau, Delaunay, Sardou,

11. Reblaud, Bezançon, Bouel, Thibault (Hyacinthe-Marie), Méloir, Mlle Edwards, MM. Tuilant, Raoult, Macry, Cohen,

21. Dusseaud, Pilliet, Thomas, Dufestel, Civel, Audain, Buscarlet, Gauthier, Renault, Marty,

31. Souplet, Viniant, Thérèse, Lelièvre, Gauly, Aubert, Sauvineau, Macquart, Enriquez, Malherbe,

41. Létienne, Léonardi, Gresset, De Grandmaison.

Les dernières questions données aux candidats pour l'épreuve orale ont été :

1° Veine cave supérieure; traitement de la pleurésie purulente. — 2° Articulation de la mâchoire; sa luxation. — 3° Nerf moteur oculaire commun; sa paralysie. — 4° Vésicule biliaire; coliques hépatiques.

— Par décret, en date du 24 janvier 1887, M. le docteur Peyron (Julien), médecin de première classe de la marine démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle en date du 19 janvier 1887, M. Billet, médecin-major de première classe, a été désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer.

— Par application de la décision ministérielle en date du 6 mars 1886, réglant les conditions du stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, MM. Augry et Méchin, élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les examens probatoires dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 29 mars inclusivement.

Pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 19 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 19 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 24 mai inclusivement.

Pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 7 juin inclusivement.

Pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième parties), jusqu'au mardi 21 juin inclusivement.

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 21 juin inclusivement.

Pour les thèses, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 21 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 28 juin inclusivement; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

— *Collège de France*. — M. Jules Offret est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire.

— Le banquet offert à M. le professeur Dieulafoy aura lieu le jeudi 3 février, à sept heures, à l'Hôtel-Continental. Prière d'envoyer les adhésions à MM. Barbe, Giraudeau, Jean, Legrand, Ribail, commissaires du banquet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20628

N° 13. — SAMEDI 29 JANVIER 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 29 JANVIER 1887. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Saturnisme et hystérie.

Pour être saturnin, on n'en est pas moins homme, et pour être homme, on n'en est pas moins hystérique, — ce qui est surabondamment démontré aujourd'hui. Or voici un malade qui est à la fois saturnin et hystérique. C'est du moins ce qui ressort clairement de l'examen des symptômes présentés par le malade dont M. le professeur Potain nous a entretenus dans l'une de ses dernières leçons.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, peintre en bâtiments, entré à la Charité dans le service de la clinique, vers la fin du mois d'octobre. Ce jeune homme a eu, dix-huit mois auparavant, des coliques de plomb. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris de paralysie de l'avant-bras droit. Sa main droite était pendante, flasque, le malade ne pouvait étendre ni le poignet ni les doigts. Cette paralysie locomotrice était accompagnée d'anesthésie. La faradisation, non seulement ne provoquait aucune douleur, mais elle était même à peine perçue de ce côté; tandis qu'elle était très douloureuse du côté opposé. La température normale y était abaissée. La vue de l'œil droit était très affaiblie, le champ de la vision à droite était environ moitié moindre qu'à gauche. L'odorat, le goût et l'ouïe étaient également diminués. Enfin la faradisation, pratiquée tous les jours, restait sans effet sur la paralysie; l'extension du poignet et des doigts persistait toujours à être nulle.

Cet état si dissemblable, à certains égards, de ce qui se passe généralement dans la paralysie saturnine, notamment en ce qui concerne l'anesthésie et l'insensibilité à la faradisation, commençait à inspirer des doutes sur sa véritable origine, lorsqu'un jour, M. Potain et les assistants de la clinique ne furent pas peu surpris de constater qu'il s'était opéré spontanément un transfert complet sur le côté opposé. Tandis que la motilité, la sensibilité et la température normale avaient reparu dans le membre droit, la paralysie musculaire, l'anesthésie et l'abaissement de la température existaient dans le membre gauche. Semblable transfert s'était également produit pour la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat. Enfin la faradisation, actuellement à peine perçue à gauche, était devenue très douloureuse à droite.

Il n'y avait dans ce changement qu'un bénéfice médiocre pour le malade, si ce n'est, toutefois, que les phénomènes morbides transférés étaient un peu moins intenses qu'ils l'avaient été dans leur siège primitif. Quoi qu'il en soit, il ressortait de là une indication thérapeutique nouvelle que M. Potain s'empressa de saisir. On pouvait effectivement espérer, en provoquant artificiellement un nouveau transfert, obtenir, sinon la disparition immédiate et complète, au moins une nouvelle diminution dans l'intensité des phénomènes paralytiques. L'application d'un aimant sur les parties actuellement affectées amena, en effet, une diminution légère tout d'abord, puis lentement progressive, des symptômes.

Voilà assurément un phénomène bien insolite. C'est la première fois que M. Potain voit pareille chose, et nous ne sachions pas, pour notre part, qu'il en existe un autre exemple dans l'histoire des paralysies saturnines. Aussi, en présence d'une pareille anomalie, il dut se demander si, chez ce malade, les symptômes paralytiques n'auraient de commun avec la paralysie saturnine que le siège, et s'ils ne devaient pas être rattachés en réalité, par leur manière d'être, leur mode spécial et surtout par leur mobilité, à l'ordre des paralysies hystériques. Et, dans ce cas, il y aurait encore lieu à se demander si ce n'est là qu'un simple fait de complication, l'affection saturnine et l'affection hystérique marchant et évoluant parallèlement, chacune pour son propre compte, ou bien s'il n'y aurait pas complexité, mélange, association des deux affections, s'influençant l'une l'autre?

Dans l'article NÉVROSES du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, le rédacteur de cette Revue clinique a cru devoir consacrer un paragraphe de son article aux névroses par intoxication, dans lesquelles il a compris les accidents éclamptiques et le groupe des symptômes nerveux, vertigineux, hallucinatoires ou délirants, dus aux diverses intoxications organiques, urémie, ammoniémie, agents typhiques, et les nombreuses expressions névrosiques spéciales produites par les agents toxiques externes, tels que le plomb, le mercure, l'arsenic, le phosphore, l'alcool, etc., etc. Mais il conviendra, sans difficulté, que, dans ce cas particulier, le caractère des phénomènes nerveux constatés est si bien celui de l'hystérie qu'il est difficile de se défendre de l'idée que c'est à cette affection complicante principalement, si ce n'est à elle seule, qu'il convient de les rapporter; et, sous ce

rapport, il se range complètement à l'avis de son éminent confrère.

La conclusion pratique de tout ce qui précède, — et c'est celle à laquelle s'est arrêté M. Potain, — a été l'application à ce malade d'un traitement anti-hystérique, d'autant mieux indiqué ici que le traitement approprié à l'affection saturnine est resté jusqu'à présent complètement inefficace.

Il sera intéressant de suivre ce malade et de savoir quels auront été les résultats de la nouvelle médication instituée.

Spléno-pneumonie.

Il y a trois ans, M. Grancher, alors médecin à Necker, faisait une communication à la Société médicale des hôpitaux sur la « spléno-pneumonie », état morbide du poumon, pour lequel il réclamait dès lors une place spéciale dans le cadre nosologique, après l'avoir dégagé du groupe un peu confus des hypérémies pulmonaires, qui s'étend de la fluxion simple à la pneumonie.

Il avait déjà, à cette époque, eu maintes fois l'occasion d'être frappé, comme l'ont été d'ailleurs la plupart des cliniciens les plus exercés, des difficultés que l'on éprouve bien souvent à faire le diagnostic différentiel entre la pleurésie et certains cas de pneumonie ou de congestion pulmonaire. Il rapportait à l'appui l'histoire de deux malades de son service, présentant l'un et l'autre tous les signes classiques d'un épanchement pleurétique, simple chez l'un, avec congestion pulmonaire chez l'autre, et chez lesquels il n'existait cependant ni pleurésie ni épanchement, comme le démontrèrent des ponctions exploratrices répétées, ainsi que la marche ultérieure et la terminaison de l'affection.

Il s'agissait, dans ces deux cas, d'un état pathologique du poumon, qui n'était ni la pneumonie franche lobaire, ni la congestion simple, mais une forme spéciale de pneumonie, dans laquelle les alvéoles sont remplis par un exsudat séro-albumineux mêlé de cellules épithéliales, se rapprochant plutôt de la densité des liquides que de celle des solides et opposant aux vibrations vocales qui traversent les bronches le même obstacle que celui que leur oppose habituellement une couche de liquide intra-pleural. D'où le nom de « spléno-pneumonie », que M. Grancher a proposé de donner à cette forme de pneumonie, qui rappelle cette autre variété avec oblitération fibrineuse des bronches, à laquelle il a déjà donné lui-même, quelques années auparavant, le nom de « pneumonie massive », également difficile à distinguer, quant aux signes physiques, de l'épanchement pleural.

C'est d'un nouveau cas de ce genre, observé dans son service de clinique de l'hôpital des enfants, que M. Grancher a entretenu son auditoire dans la dernière leçon.

Il s'agit, en effet, d'une petite fille de onze ans, entrée à l'hôpital des Enfants, le 27 décembre dernier. Cette enfant présentait, au début de sa maladie, de l'œdème des extrémités inférieures, du gonflement du ventre avec sensation de flot par le ballottement, de la toux, sans fièvre, pouls et cœur normaux ; il n'y avait point eu de frisson initial. Un léger mouvement fébrile s'est produit depuis. Lors de son entrée à l'hôpital, la température était de 38°,7.

Voici ce qu'a donné l'examen du thorax.

A la simple inspection, il n'y avait ni ampliation sensible de la cage thoracique, ni déviation ou déjettement latéral du sternum, ce caractère si bien décrit, il y a quelques années, par M. Peyrot, sous le nom de thorax oblique ovalaire et facilement révélé par le procédé du cordeau. Le périmètre du thorax donnait le même chiffre pour les deux côtés. Absence des vibrations à l'application de la main. La percussion donnait une matité absolue, excepté au niveau des fausses côtes, dans l'espace tympanique ou espace semi-lunaire de Traube, où la sonorité était conservée (il s'agissait du côté gauche). Enfin l'auscultation faisait percevoir dans les mouvements d'inspiration quelques râles crépitants rares superficiels, disséminés, mais persistant dans les même points, et pendant l'expiration un bruit de souffle aigu, type du souffle pleurétique. On percevait enfin de l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

En présence de ces signes, quel était le diagnostic à porter ? Avait-on affaire à une pleurésie ou à une pneumonie? Tout semblait indiquer plutôt un épanchement pleurétique qu'une pneumonie. Une exploration avec la seringue de Pravaz fut pratiquée dans le but d'aider à la solution du problème. Trois ponctions exploratrices furent faites successivement dans la même journée (du 28 décembre) avec toutes les précautions antiseptiques, bien entendu. Chaque ponction aspirative amena seulement quelques gouttes de sang et quelques bulles d'air. L'aiguille qui avait été enfoncée environ à 8 millimètres de profondeur et qu'on avait laissée quelque temps en place, suivait à chaque mouvement respiratoire l'expansion pulmonaire. Il était évident qu'elle avait été implantée dans le poumon. Deux jours après, le 30 décembre, une nouvelle ponction exploratrice a donné les mêmes résultats.

Il ne restait plus de doute, le diagnostic dès lors était certain ; on se trouvait en présence d'une pneumonie de la même nature que celle qui avait été constatée chez les deux malades de l'hôpital Necker, une spléno-pneumonie.

Ici elle n'avait pas tout à fait le type classique. L'enfant n'avait pas eu de frisson initial, elle n'avait eu que très peu de fièvre, et celle-ci ne s'était manifestée qu'un peu tardivement ; enfin l'état du poumon était compliqué d'œdème des extrémités et d'un léger degré d'ascite ; mais on n'y retrouvait pas moins tous les caractères principaux de l'affection en question.

Comment et à quels signes peut-on distinguer cette variété de pneumonie de la pleurésie avec laquelle elle a tant de ressemblance ? Tous les signes, indiqués par Laënnec comme pathognomoniques de la pleurésie et acceptés longtemps comme tels par tous les médecins, se retrouvent ici. Ils ne sont donc pas pathognomoniques. C'est sur des degrés, sur des nuances dans ces mêmes signes, qu'on est réduit à se fonder pour établir le diagnostic différentiel. Par exemple, dans le cas dont il s'agit, l'égophonie est un peu moins nette et moins aiguë ; elle est plus obscure, plus confuse, que dans la pleurésie. L'existence de quelques râles rares, disséminés, superficiels, mais persistant dans les mêmes points où on les a constatés une première fois, doit porter naturellement à penser à une pneumonie. L'état des vibrations thoraciques, nulles dans les deux cas, ne se présente pas de la même manière. Complètement nulles dans la pleurésie, depuis la base jusqu'au niveau supérieur de l'épanchement, elles se laissent percevoir, souvent même avec une intensité exagérée, au-dessus de ce niveau. Dans la spléno-pneumonie elles sont plutôt affaiblies qu'absolument nulles et elles deviennent progressivement de plus en plus appréciables à mesure qu'on s'élève de la base vers le sommet de la poitrine. Enfin la conservation de la sonorité dans l'espace semi-lunaire de Traube, lorsque la pneumonie, comme dans ce cas-ci, siège à gauche, est un signe qui

prend dans cette circonstance une grande valeur, cette sonorité ne disparaissant que dans les épanchements pleurétiques par suite de l'abaissement subi par le diaphragme et par le grand cul-de-sac de l'estomac.

Mais de tous les signes, le plus certain, sans contredit, celui qui, dans cette circonstance, comme dans les deux cas de l'hôpital Necker, a seul résolu d'une manière décisive la question, est le résultat donné par la ponction exploratrice.

L'enfant qui a été le sujet de cette intéressante leçon, est en ce moment en convalescence.

Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur l'importance pratique, aussi bien au point de vue du pronostic que de la thérapeutique, de ne pas confondre une pneumonie avec une pleurésie.

Uréthrite chronique blennorrhagique. Fistules juxta-uréthrales du méat.

Pendant sa dernière année d'internat, passée à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur F. Guyon, M. le docteur Robert Jamin a spécialement dirigé ses recherches sur l'uréthrite chronique, qui lui a fourni le sujet de sa thèse. Dans les quatre années qui se sont écoulées depuis, ayant eu à traiter nombre de malades atteints d'écoulements uréthraux anciens d'origine blennorrhagique, il a été frappé de leur remarquable ténacité et de leur résistance souvent désespérante aux moyens de traitement usuels. On pourrait affirmer, sans crainte de trop s'avancer, qu'il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Ce n'est donc pas la première fois, sans doute, qu'il y a lieu de s'en préoccuper. Mais jusqu'ici, le plus souvent la cause de cette résistance au traitement local, comme au traitement général, a échappé. Voici à quelle circonstance fortuite M. Jamin doit la découverte de l'une de ces causes, si ce n'est de la cause la plus commune de cette incurabilité.

Un malade qui, depuis deux ans, fatiguait son canal à force d'injections, et son estomac à force de préparations balsamiques, sans résultat, étant venu consulter M. Jamin, celui-ci, en procédant à un examen direct de ses organes génito-urinaires, s'aperçut tout d'abord que son méat était affecté d'un certain degré de malformation congénitale. Il existait une sorte de bride transversale séparant deux orifices : l'un, supérieur plus petit ; l'autre, inférieur beaucoup plus large, qui n'était autre que le méat véritable, descendant même un peu plus bas que normalement vers le frein. En écartant assez largement l'une de l'autre les deux lèvres de ce méat, et en pressant d'arrière en avant sur le gland, pour essayer d'en faire sourdre le muco-pus, il distingua très nettement que la goutte de muco-pus exprimée suintait, non pas par le canal, mais par un très fin pertuis situé sur la lèvre gauche du méat, à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'orifice.

Cette goutte, portée sous le microscope et colorée par les réactifs appropriés, était manifestement constituée par du pus blennorrhagique, contenant des cellules épithéliales, des globules de pus et des gonococcus caractéristiques.

Une seconde goutte ne put être obtenue par une nouvelle pression. Une exploration faite avec une tige en gomme à boule olivaire ne ramena aucune parcelle de sécrétion. La miction, exécutée immédiatement après, fournit une urine claire et transparente. Le canal n'était rétréci en aucun point.

Revenant au pertuis latéral gauche, notre confrère introduisit la plus fine de ses sondes de Bowman et constata qu'il conduisait dans un trajet ayant de 6 à 7 millimètres de long, parallèle à l'urèthre, mais ne communiquant point avec le canal : c'était une fistule borgne. Rien de semblable n'existait sur la lèvre droite, non plus qu'au niveau des commissures antéro-supérieure et postéro-inférieure du méat.

Convaincu que ce trajet fistuleux était le siège unique du reliquat d'inflammation blennorrhagique, il y enfonça à deux reprises le stylet rougi à blanc et congédia le malade, en lui prescrivant de cesser toute injection ainsi que l'usage des capsules de Santal qu'il avait prises jusque-là.

Le soir et le lendemain de la cautérisation, il se produisit une suppuration sensiblement plus abondante que les jours précédents. Le malade remarqua que l'écoulement s'effectuait par la fistule. Quelques jours après, la pression exercée sur le gland fit sourdre par le pertuis une petite gouttelette de sérosité incolore. Avec une canule filiforme de seringue à injection hypodermique, M. Jamin instilla une goutte de solution de nitrate d'argent au 10[me]. La fistule ne paraissait pas alors avoir plus de 2 millimètres de profondeur.

Dans le courant du mois suivant, le malade informait notre confrère que sa guérison s'était définitivement maintenue.

M. Jamin a rencontré depuis lors, chez trois autres malades, un semblable trajet fistuleux du méat, dû à la même cause, et qu'il a traité et guéri de la même manière. Les faits de ce genre dans lesquels un vice de conformation a été la cause ou l'occasion principale de la persistance indéfinie de la blennorrhagie, ne se rencontreront que très rarement, sans doute. Aussi M. Jamin n'en a-t-il pas trouvé de semblables dans les recherches rétrospectives auxquelles il s'est livré à cet égard ; mais il les a rapprochés avec raison des faits analogues décrits sous les noms de « Blennorrhagies des follicules muqueux du méat de l'urèthre, » ou de « Folliculites blennorrhagiques de l'homme, » de « Folliculite et péri-folliculite blennorrhagique, » de « Fistules uréthrales non urinaires », par MM. Diday et Doyon, Hammonic, Jullien, Reliquet, etc. (Voir notamment pour ce dernier, *Gazette des hôpitaux*, 1884, pp. 1043, 1091, 1123 et 1163.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Uranoplastie. — M. TERRIER fait un rapport sur une communication de M. Dudon (de Bordeaux), relative à cinq observations d'uranoplastie, que ce chirurgien a pratiquée d'après un procédé spécial, auquel il donne le nom de suture enrubannée. Au lieu de suturer sur les bords de l'avivement pratiqué sur la ligne médiane, M. Dudon fait passer ses sutures par les incisions libératrices latérales. Il a eu recours à ce procédé dans cinq cas, et chaque fois il en a obtenu de bons résultats.

M. Terrier, tout en félicitant M. Dudon de ces succès, déclare préférer de beaucoup à ce procédé celui qui a été préconisé par M. Trélat.

M. TRÉLAT croit qu'il faut accepter les cinq observations de M. Dudon, parce qu'il a obtenu de bons résultats, mais il fait observer qu'avec son procédé de suture exacte, il est beaucoup plus sûr d'obtenir un affrontement parfait. Il ajoute qu'il faut évi-

ter de placer des corps étrangers dans l'incision libératrice, qui se ferme habituellement d'elle-même dès le second jour.

M. LE DENTU a vu opérer M. Trélat; il s'est toujours bien trouvé de recourir à son procédé d'uranoplastie. Il lui paraît donc difficile d'admettre que le procédé proposé par M. Dudon puisse constituer un progrès sur celui de M. Trélat. Il ajoute que l'instrumentation nécessaire pour l'uranoplastie telle que la pratique M. Trélat n'est pas aussi compliquée que semble le dire M. Dudon. Enfin, avec le procédé de M. Trélat, on obtient des guérisons en six jours, tandis que M. Dudon dit lui-même qu'il faut au moins quinze jours avec son procédé. M. Le Dentu s'en tiendra donc au procédé de M. Trélat.

M. TERRIER partage complètement l'avis de MM. Trélat et Le Dentu. La seule considération à faire valoir en faveur du procédé de M. Dudon, c'est qu'il est d'une application plus facile pour des chirurgiens moins expérimentés que M. Trélat.

Carie de la dent de sagesse, ostéo-périostite du maxillaire inférieur, phlegmon de la région sus-hyoïdienne. — **M. WEISS** (de Nancy) lit une observation d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur avec phlegmon profond de la région sus-hyoïdienne, ayant eu pour point de départ la dent de sagesse. Le malade était suffoqué, sans connaissance; la mort étant imminente, M. Weiss fit immédiatement la trachéotomie, dans les conditions les plus mauvaises. La respiration s'arrêta et il fallut faire la respiration artificielle pendant un certain temps; le malade revint à lui. Le lendemain, M. Weiss pratiqua l'opération suivante : il fit, avec le thermo-cautère, une incision du menton à l'os hyoïde; il arriva sur un petit abcès sus-hyoïdien qui fut ouvert largement. Les accidents s'atténuèrent. La canule trachéale fut retirée le cinquième jour. La dent de sagesse cariée, point de départ de tous ces accidents, fut enlevée quelques jours après, et ce jeune homme fut rapidement guéri.

M. DESPRÉS a peine à croire que cet abcès soit la cause des accidents observés. Il se rappelle un jeune homme de vingt-six ans qui avait un large phlegmon du cou, et auquel Nélaton fit la trachéotomie; il succomba en trois jours à des accidents septicémiques. On trouva à l'autopsie un abcès sous-périostique de la branche montante du maxillaire inférieur. Dans un second cas analogue, M. Després fit, par la bouche, une incision directement sur la branche montante, et le malade guérit très rapidement C'est ce qu'il aurait fallu faire dans le cas de M. Weiss.

M. MAGITOT discute l'opportunité de l'opération que M. Weiss a cru devoir pratiquer pour arriver au foyer, opération qui a consisté à ouvrir la région sus-hyoïdienne et pénétrer par là jusqu'au plancher de la bouche. En effet l'auteur rapporte que, à un certain moment, la pression des mains sur les joues provoquait l'écoulement par la bouche d'un liquide séreux ou purulent, ce qui prouvait bien évidemment que le foyer était ouvert. Or, à ce moment, pourquoi M. Weiss n'a-t-il pas songé à diriger ses efforts sur la dent de sagesse elle-même, point de départ des accidents? C'est qu'en effet ni la rétraction des mâchoires, si complète qu'elle soit, ni le gonflement des parties molles, ne paraissent constituer des obstacles insurmontables à l'ablation de cette dent, grâce à l'emploi d'un instrument du vieil arsenal chirurgical, et qu'on trouve décrit par Ambroise Paré. C'est *la langue de carpe*, dont l'application peut s'effectuer pendant la rétraction absolue des mâchoires. M. Magitot ajoute que l'emploi des écarteurs sur un malade soumis au chloroforme produit toujours un écartement suffisant des maxillaires, pour permettre l'accès des instruments jusqu'à la dent de sagesse. Il conclut que M. Weiss aurait dû préférer ce procédé d'intervention à celui qu'il a cru devoir appliquer.

Kyste hydatique du foie; laparotomie. — **M. TRÉLAT** communique une première observation relative à un grand kyste hydatique du foie, traité par la laparotomie. Le malade a succombé quarante-cinq jours après à une pleurésie. Ce malade avait été plusieurs fois ponctionné par M. Féréol. M. Trélat fit l'opération suivante : longue incision de 11 centimètres le long de la paroi costale, incision péritonéale, incision du tissu hépatique, suture des parois de la poche aux parois cutanées, placement de deux gros tubes. Trois mois après, le malade contracte une pleurésie qui suppure, M. Bouilly pratique l'empyème; le malade finit par succomber. La poche s'était singulièrement réduite. Ce fait est donc encourageant, malgré la terminaison funeste. M. Trélat fait ressortir les avantages d'une large ouverture dans ces cas.

Hystérectomie vaginale. — **M. TRÉLAT** communique une autre observation : il s'agit d'une hystérectomie vaginale. A cette occasion, M. Trélat rappelle avoir pratiqué trois fois cette opération pour des cancers; la première date de vingt mois, la malade se porte très bien; une seconde malade, opérée dans les mêmes conditions, va très bien. Une troisième malade, âgée de soixante ans, opérée également pour un cancer, est morte le cinquième jour.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, présentant des signes de cancer utérin depuis trois mois. L'opération fut pratiquée le 12 mai. Pensant que la vessie avait été vidée, M. Trélat, croyant ouvrir le cul-de-sac antérieur, fendit et déchira largement la vessie; il fallut faire 14 points de suture. Les suites n'en furent pas moins bonnes; la température ne s'éleva que du dixième au treizième jour, époque de la chute de l'eschare vésicale. La malade a très bien guéri avec une large fistule vésico-vaginale. M. Trélat fit consécutivement l'avivement, plaça onze points de suture et la guérison fut parfaite.

Aujourd'hui cette femme est très bien portante.

Calculs rénaux; néphrotomie. — **M. LE DENTU** présente des calculs extraits des reins de deux malades différents. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille opérée déjà depuis trois semaines. Elle avait eu un abcès et une fistule qui a servi de guide pour l'opération. Cette malade va très bien.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de soixante ans, déjà épuisé par une suppuration néphrétique. M. Le Dentu crut devoir tenter la néphrotomie. Il put extraire, par morceaux, un calcul très profondément situé. Ce malade a succombé avec les phénomènes de collapsus algide.

Frottement sous-scapulaire d'origine rhumatismale. — **M. TERRILLON** présente une malade atteinte de frottement sous-scapulaire. Cette malade est rhumatisante. Elle a été atteinte d'un rhumatisme de l'omoplate. C'est là un fait qui confirme l'opinion émise par M. Terrillon.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa).

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

DE KAIROUAN A GAFSA. — 10-20 NOVEMBRE.

I

La configuration générale de la basse Tunisie est une immense plaine, parsemée de gros massifs orientés en sens divers et indépendants les uns des autres. Ces massifs, pour la plupart complètement décharnés, ont évidemment laissé glisser leur terre dans les bas-fonds qu'elle a comblés, et il en est résulté de vastes surfaces planes dont quelques-unes mesurent 40 kilomètres de traverse. Elles ne présentent ordinairement d'autre accident que la ravine abrupte par où, dans le temps des nuages, s'écoulent les eaux torrentueuses que rien ne retient au flanc des montagnes.

Sauf quelques différences d'altitude, c'est comme une mer solidifiée au sein d'un archipel. Lorsque nous parcourions ces espaces

plats et presque toujours nus, les souvenirs de mes débuts dans la carrière militante me revenaient vivaces, et il me semblait revoir, remplis d'alluvions, les verts méandres des îles d'Aland ou les plaines azurées des Cyclades.

Plus que jamais d'ailleurs on y faisait une promenade sentimentale, qui n'était entravée que par le passage fréquent d'un Oued escarpé. Dans ce cas, la colonne s'étirait en files qui suivaient les sentes indigènes. On se retenait pour descendre, on se cramponnait pour monter, et l'on se reconstituait aussitôt pour aller droit devant soi. L'eau n'y causa jamais le moindre obstacle, tant elle était rare même quand il y en avait.

Pour l'artillerie, dont une batterie attelée devait, par sa présence, stupéfier le sol lui-même, le génie était obligé d'abattre l'escarpement ; et c'était vraiment admirable comme il était franchi, surtout quand, surexcités par la voix et les gestes de leurs conducteurs, les six chevaux de chaque pièce la grimpaient sur la berge opposée.

Des touffes de thym et d'armoise dont un mulet de mes amis était particulièrement friand (un joli mulet gris à l'allure tranquille et sûre), des pieds intacts de thapsia, des fruits mûrs de coloquinte retenus aux racines par des fils imperceptibles, partout des coquilles d'escargots blancs, quelquefois de vieux oliviers ou de petits champs égratignés par une charrue primitive, telles étaient les seules traces de la vie dans ce désert que les sables allaient bientôt remplir.

D'autre part, il n'était pas d'étape où quelque ruine ne rappelât les races éteintes : pierres dressées d'antiques pressoirs, murs écroulés de basilique, mausolées ou tronçons d'aqueducs.

En certaines places, nous ramassions des mollusques fossiles dont le plus commun était une coquille d'huître. Une valve de cette coquille offrait même cette particularité de ressembler tellement au pavillon auriculaire, que nous l'avions dénommée oreille de romain pétrifiée.

Par hasard, on aperçut un jour des gazelles qui détalaient comme le vent. On les avait pressenties à l'odeur musquée de petits amas stercoraux que les soldats s'empressaient de serrer.

Et quel pays ! quel pays ! Il y a chez nous de malheureuses bruyères dont on dit qu'elles ne valent pas vingt sous la hurlée. Là, pour aussi loin que le tonnerre du ciel pourrait se faire entendre, il n'y aurait pas d'acquéreur, même pour rien.

II

Et notre route se serait jusqu'à la fin poursuivie monotone, si tout à coup elle n'avait été traversée par un incident remarquable. La cavalerie, lancée à la poursuite d'une tribu qui fuyait devant nous, la rejoignit et lui fit subir la classique razzia, dont nous eûmes la satisfaction de constater l'importance au séjour de l'Oued Gilma.

Dix mille moutons à large queue, des bœufs, des chèvres, des bourricots, envahirent subitement le camp sur lequel, c'était la nuit, plana un vacarme diabolique, vacarme fait de bêlements, de beuglements, de braiements compliqués des aboiements de chiens arabes qui avaient suivi leur troupeau, et même de chants de coq (car il y avait aussi de la volaille).

Ces bruits s'augmentaient des hennissements de nos chevaux, et, le matin surtout, des cris variés de nos innombrables chameaux. Cette grande et vilaine bête, qui est douce comme un agneau et docile comme un chien, grogne toujours quand on la force à s'accroupir pour recevoir son faix. C'est dans son naturel, et alors, selon que son estomac est vide ou plein, selon qu'elle rumine ou pense à autre chose, ce sont des mugissements, des vagissements, des gargouillements indescriptibles.

Et le massacre des innocents commença sur la plus vaste échelle. Dieux ! quelle orgie ! Il y eut dès la première heure des chairs pantelantes sur toutes les caisses, sur tous les tonnelets et sur tous les bâts. Toutes les marmites s'en emplirent : ce fut inimaginable. Et sur le sol ce n'étaient que débris, et sur les sacs que peaux laineuses que les soldats préparaient d'une façon rapide pour leur usage personnel. Il va de soi que cette bombance de viande très fraîche réjouit beaucoup la troupe, parce que, si en temps ordinaire on a de la chair, elle laisse toujours un peu à désirer, étant tirée d'un troupeau qui suit la colonne et n'engraisse guère à ce métier.

Et, avec nos chameaux et nos mulets, il y eut ensuite un tel encombrement dans le convoi, qu'on n'avança plus qu'avec une lenteur désespérante. Il est vrai que, les chemins étant largement ouverts et rarement longs, il n'y avait pas à se presser.

Le laurier-rose, qui porte les méfaits du marécage où il se plaît, nous indiquait invariablement le lieu du campement et des atteintes fiévreuses. Il fallait bien, en effet, pour les bêtes au moins, s'arrêter au maigre filet d'eau qui, dans ce milieu inculte et surchauffé, suffit aux décompositions organiques, ou aux puits, que leur boue noirâtre et leur odeur sulfhydrique caractérisaient trop nettement.

L'indigène, sur cette terre qu'il a faite ingrate par sa faute, puisqu'il détruit tout ou laisse tout périr, n'a qu'une idée dominante : c'est de trouver où satisfaire sa soif, n'importe comment. Si rien ne coule à la surface, il creuse jusqu'à la nappe souterraine et il y puise, sans s'occuper autrement des ferments qui y tombent. Et voilà pourquoi les endroits où l'on peut stationner ajoutent généralement à leur nom celui de l'eau quelconque qu'ils possèdent, source, ruisseau, puits (et même puits des œufs, sous-entendus pourris, comme il arriva le 15 novembre).

Et l'air était toujours d'une étonnante limpidité. Malgré la distance, les moindres rugosités des montagnes gardaient leurs contours et reliefs. Le jour était éclatant; on marchait dans la lumière. Des myriades d'étoiles étincelaient dans la nuit, et, quand j'y pense, j'admire encore les aurores resplendissantes et les merveilleux couchants.

Mais la température nychthémérale commençait à subir de sérieuses oscillations. De 28 degrés à midi, on descendait à 5 sur les cinq heures du matin, au moment où les ambulanciers, devançant la diane pour être prêts à temps, se préparaient à la levée de leurs impedimenta. Les buées du soir devenaient pernicieuses, et, sous l'abri fatalement imparfait de la tente, on était pris sans le vouloir.

Que de fois j'eus le facile et malin plaisir de prédire ainsi de beaux accès pour le monde que les nécessités militaires fixaient momentanément sur un terrain plus ou moins humide ! D'aucuns, qui s'en souviennent, pourraient encore dire comme on fébricitait alors. Moi-même, dont les misères alimentaires et les fatigues corporelles n'avaient nullement altéré la fibre solide et commode, dont les occupations, grâce au concours de nombreux et excellents, collaborateurs, n'étaient pas accablantes, je fus sans rime ni raison empoigné par le poison tellurique, et je claquai des dents comme pas un, *nigro die notandâ lapillo* (17 novembre).

Et cependant les plantes étaient de plus en plus rares, et l'eau disparaissait. Avec celle que fournit l'Oued (l'Oued Allouf, s'il vous plaît), je fis du thé ce soir-là, et je le pris bouillant, quoiqu'il ressemblât fort à un breuvage laiteux, tant il était trouble. Tout ce que ce liquide contenait à cuire étant cuit et de l'argile finement délayée n'étant pas délétère, l'inconvénient n'était pas grand, et, ma foi ! c'était tout de même excellent.

Alourdi par l'étape et la fièvre quinique, je m'étais, tandis que le camp s'installait, assis sur une vieille muraille dont je tâtais les pierres par crainte des scorpions. Ce que faisant et buvant, je n'en songeais pas moins. *Risum teneatis*, j'évoquais Darius fuyant après Arbelles, et, sans comparaison, j'estimais qu'au lieu de l'eau vaseuse et froide, dont l'histoire rapporte qu'il se désaltéra, il eût trouvé cette mixture exquise.

Et, s'il y avait toujours du bleu plein le ciel, notre philosophie avait quelque peine à en mettre sur les cailloux du dernier gîte, d'où nous allions enfin gagner la riante oasis.

Quatre décès venaient, hélas ! de se produire coup sur coup, et quelques autres devaient bientôt les suivre, dus presque tous à la fièvre typhoïde.

En route, c'était une désolation, malgré les mesures spéciales

que le sentiment de la plus sympathique pitié nous faisait prendre aussi entières que possible.

En station, nos pauvres malades, profondément atteints, étaient mis, soignés et surveillés à part, et, quand sur l'un d'eux, la mort posait sa griffe, nous pouvions également le garder à part, jusqu'au moment où les camarades venaient chercher sa dépouille pour la rendre à la terre. Deux caisses à biscuit, ajustées bout à bout, constituaient alors le cercueil que l'aumônier précédait jusqu'à une fosse quelconque. Là, une dernière prière était dite, et tout était fini !

A Gafsa, comme à Kairouan, un emplacement avait été immédiatement choisi pour servir de cimetière. Quelques petites croix ne tardèrent pas à le signaler à l'attention du passant attristé !

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

107. M. Pasque. Contribution à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne. — 108. M. Favardin. De l'hygroma prérotulien et de son traitement par les injections de chlorure de calcium. — 109. M. Paterne. Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphthérie (étude sur les cas observés à l'Hôtel-Dieu d'Orléans en 1886). — 110. M. Courbet. Du délire initial de la fièvre typhoïde. — 111. M. Laturé. Contribution à l'étude des fractures de l'olécrâne et en particulier des fractures compliquées. — 112. M. Fromond. Du traitement par le feu de certaines affections de la cornée. — 113. M. Millermann. De l'auto-inoculation traumatique. — 114. M. Deschiens. De la difficulté du diagnostic entre l'ostéomyélite insidieuse et l'ostéosarcome. — 115. M. Guiot. Du kératocône et de son traitement par la cautérisation ignée périphérique de la cornée. — 116. M. Vrain. Contribution à l'étude de la paralysie générale, à début précoce. — 117. M. Petresco. Du kératocône et de son traitement par les myotiques et la compression.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées, en récompense d'actes de courage et de dévouement accomplis en Algérie, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or de deuxième classe. — M. le docteur Chevalier, à Constantine.

Médaille d'argent de deuxième classe. — M. Jaubert, médecin de colonisation, à Duperré.

Mentions honorables. — MM. Azoulay et Mohamed ben Youssef, internes en médecine, à Mustapha; Giraud, interne en pharmacie, à Mustapha.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Farabeuf est délégué dans les fonctions de chef des travaux anatomiques, jusqu'à l'issue du prochain concours.

— *École de médecine de Caen.* — M. Huet, docteur en médecine et docteur ès sciences, est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lenormand, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Gayet, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de botanique. (Emploi nouveau.)

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Wallerant, professeur agrégé au lycée de Marseille, est chargé d'un cours de géologie et de minéralogie.

— *École des sciences et des lettres de Nantes.* — M. le docteur Lerat est nommé professeur de zoologie, en remplacement de M. Lapeyre, décédé.

— Le deuxième lundi de janvier 1888, la Société médico-pratique décernera un prix de 1000 francs à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique qui lui aura été adressé. Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placée en tête du mémoire, et être adressés, avant le 1er novembre 1887, au secrétaire général, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morvan, ancien interne des hôpitaux, décédé à l'âge de soixante-cinq ans, et Crévau (de Villedommange).

— M. le docteur V. Audhoui reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de l'estomac, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 31 janvier, à neuf heures, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le lundi 7 février, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi.

On s'inscrit rue Jean-Lantier, 4, près le Châtelet, de une heure à deux.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. Tome V : *Du régime alimentaire, traitement hygiénique des malades*, par G. Sée. 1 vol. in-8° avec 8 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par H. Hallopeau, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8° de 836 pages, avec 145 figures. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse, par le docteur Schnell. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Esperimenti ed Osservazioni ulteriori intorno alla ossaluria; Contribuzione alla sua patogenesi e cura, per Gennaro Petteruti, medico primario nell'Ospedale degl'Incurabili di Napoli. — Napoli, 1886, Presso il Dr V. Pascuale editore.

Almanach-Annuaire des médecins et pharmaciens de la France, de l'Algérie et des Colonies, pour l'année 1887. — Prix : 2 francs en souscrivant; hors Paris, 2 fr. 50. — Paris, Alcan-Lévy.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale (9 novembre 1886) du professeur Jaccoud. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20638

N° 14. — MARDI 1er FÉVRIER 1887. 60e ANNÉE MARDI 1er FÉVRIER 1887. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

L'impuissance dans ses rapports avec l'idiotie, la paralysie, l'alcoolisme, l'émotivité, l'hypochondrie. Inaptitude à la fécondation chez l'homme. Inaptitude au coït chez la femme.

A côté de l'arrêt de développement des organes génitaux, il y a d'autres causes d'impuissance relative. Chaque fois qu'il se fait une lésion quelconque du système cérébro-spinal, il se produit dans l'organisme un trouble qui porte en même temps sur les facultés génésiques et retentit puissamment dans les facultés intellectuelles. C'est ainsi qu'un grand nombre d'enfants devenus idiots font plus tard tantôt des impuissants, tantôt des masturbateurs, tantôt des salaces effrénés qui ne peuvent pas voir un jupon sans se jeter dessus, quel que soit l'âge de celle qui le porte.

Aussi a-t-on remarqué qu'avant la loi des aliénés, avant 1838, les attentats à la pudeur étaient beaucoup plus nombreux. Mais il y a encore dans presque tous les villages des idiots qu'on néglige par pitié de faire enfermer et qu'on appelle des *innocents ;* ils éprouvent parfois des accès de brutalité cynique. A Paris, où la surveillance est plus active, il y en a moins. Cependant, j'ai remarqué que les auteurs de viols étaient souvent des idiots.

Si nous passons à l'autre extrémité de la vie, nous trouvons ces phénomènes encore plus fréquents. Pour peu qu'un vieillard soit atteint d'artério-sclérose, il subit un affaiblissement de l'intelligence et il devient facilement un exhibitioniste et un agent d'attentats à la pudeur. C'est une variété de la démence sénile causée presque toujours par une lésion cérébro-médullaire.

Il y a un fait bien connu, c'est que les lésions de la moelle produisent ordinairement l'impuissance ; mais elles déterminent aussi quelquefois le satyriasis. Je n'ai pas oublié un de mes directeurs d'hôpital qui éprouva cette forme satyriasique au début de l'ataxie locomotrice : il était torturé toute la nuit, sans la moindre pensée lubrique, par des érections continuelles et très douloureuses qui ne lui laissaient pas un instant de repos.

Si un homme peut témoigner qu'à telle époque il était atteint d'une maladie, inconciliable avec la puissance virile, il semble évident que l'enfant procréé à cette époque n'est pas de lui. Eh bien ! les deux choses ne sont pas toujours inconciliables. Taylor cite un paraplégique qui avait désavoué un enfant. Or on put s'apercevoir, grâce à un piège tendu par sa femme, qu'avec une paralysie complète des jambes, il avait encore conservé une certaine puissance. Adynamie n'est donc pas constamment synonyme d'impuissance. On dit d'ailleurs que les phthisiques conservent jusqu'à la fin leur ardeur génitale.

Une autre cause possible d'impuissance est l'alcoolisme. Vous avez entendu parler récemment de ce vagabond des environs de Vaucluse qui a attiré avec lui une petite fille au sortir de la classe, et l'a violée et étranglée dans une caverne. Or cet homme se défendait en alléguant son impuissance dans l'état d'ivresse complète, et il était prouvé qu'il avait bu 14 verres d'absinthe dans sa journée.

Le proverbe dit que Vénus aime Bacchus. Pas toujours : quand l'excitation alcoolique va jusqu'à la congestion, le sujet doit perdre ses facultés génitales. Mais il est certain aussi que telle consommation qui produirait un effet semblable chez l'un quelconque d'entre vous, — j'aime à le croire, — sera sans résultat sur celui qui en aura pris l'habitude. Étant interne à Saint-Antoine, je rencontrais au café un officier qui prenait dans la journée ses 10 verres d'absinthe : je vous assure que le soir il ne trahissait aucune excitation alcoolique. Ce sont-là des questions à résoudre par des faits particuliers et par les habitudes personnelles. Cependant, en thèse générale, l'alcoolisme, comme le diabète, entraîne l'impuissance génitale qui est même un des symptômes du début de ces maladies.

Je vous ai déjà dit un mot de l'influence émotive sur les fonctions génésiques. Il suffit qu'un individu sache qu'il risque de rester en affront devant une femme pour que la possibilité se change en certitude, car un homme qui se défie de ses moyens est un homme perdu à l'avance. On s'en tire généralement en leur montant fortement l'imagination. Autrefois, quand on croyait aux possessions, aux sorts, à la braguette nouée, on les soumettait à une certaine cérémonie, après laquelle on leur disait : « Maintenant, le diablotin est parti », et ils étaient guéris. Aujourd'hui, ces procédés auraient moins de succès. Mais on peut avoir recours à deux moyens, d'abord la séparation absolue des deux époux pendant un mois, puis une saison d'eaux reconstituantes, Cauterets de préférence, parce qu'on peut

leur dire, et il n'y faut pas manquer, qu'après les baigneurs, les étalons de Tarbes y sont envoyés pour se refaire. J'ai fait suivre ce traitement au fils d'un receveur général, qui avait passé les six premiers mois de son mariage à regarder sa femme. Neuf mois après la saison à Cauterets, j'ai reçu une boîte de dragées.

Vous rencontrerez aussi fréquemment des hypochondriaques poursuivis par le fantôme de la spermatorrhée. Chez eux, il faut agir au moral encore plus qu'au physique qui réclame les moyens fortifiants. Il faut leur persuader qu'ils ne font pas une plus grande dépense de liqueur séminale avec leur écoulement très lent, que s'ils avaient des habitudes génésiques régulières. Mais remarquez encore que tout individu, ayant quelque chose d'anomal du côté des organes génitaux, est un homme qui ne raisonne plus très sainement.

J'arrive à l'inaptitude à la fécondation. La première condition pour féconder est de posséder des testicules fonctionnant normalement. Il existe des individus qui en sont complètement dépourvus. Je n'en connais pas plus de cinq à six observations en dehors des castrats, eunuques et scopskies, que vous n'aurez pas souvent l'occasion de rencontrer en France. Il est pourtant bon que vous sachiez qu'ils ne perdent pas toute aptitude au coït : ils sont même, dit-on, assez recherchés dans les harems musulmans. Mais le castrat a-t-il perdu toute aptitude à la fécondation ? Généralement, oui. On a discuté combien de temps le sperme qui se trouve dans les vésicules séminales au moment de l'opération, peut y séjourner encore. Ce serait un mois ou deux. Cette question n'a pas une grande importance. Elle me rappelle cette histoire de Boyer qui court la littérature médicale. Il avait enlevé les deux testicules à un homme qui se remarie en sortant de l'hôpital. Quelques mois après, son opéré vient le trouver avec sa femme, et lui dit : « Monsieur, vous m'aviez assuré que je ne pourrais plus avoir d'enfants ; ma femme est enceinte... et alors ? » Boyer, regardant la femme, qui levait sur lui des yeux suppliants : « Une première fois, c'est possible, mais une seconde fois, jamais ! »

La doctrine française dit que les cryptorchides sont absolument inféconds. Curling, Gosselin et d'autres n'avaient jamais trouvé de sperme à l'autopsie. Les choses en étaient là, lorsqu'à propos d'une question de paternité, Taylor en a découvert des traces chez un de ces individus. Pélikan a observé après lui le même phénomène. Encore une fois, ici comme partout en médecine légale, la question ne doit pas se poser seulement en thèse générale, mais en thèse particulière.

C'est ainsi que Gosselin, qui avait observé deux cas où, à la suite d'épididymite blennorrhagique, un noyau obstruant les canalicules arrêtait les spermatozoïdes et entraînait l'impuissance, s'aperçut, au bout de dix ans, que la femme, d'un de ses malades était enceinte. Il réexamina le sperme et trouva des spermatozoïdes. Une analyse est donc très nécessaire dans ces cas-là.

Le testicule peut encore subir une atrophie par sclérose, ou bien, s'il devient turgide et atteint d'hydrocèle, une atrophie par cirrhose. Ce sont des causes d'impuissance.

J'ai vu très souvent l'inflammation testiculaire, consécutive aux oreillons, déterminer des orchites ourlières qui laissaient après elles une atrophie du testicule. Dans la majorité des cas, l'orchite n'atteint qu'un testicule, et l'autre suffit à la fécondation, mais j'ai eu à Sainte-Barbe deux observations d'orchite ourlière double. Un de ces jeunes gens s'est marié et il n'a pas d'enfants.

A côté des lésions testiculaires, se placent les malformations de la verge ou du canal uréthral. Chez certains individus, hypospades d'une autre espèce que ceux dont nous avons déjà parlé, le canal s'ouvre à la base de la verge, à la racine des bourses. Chez d'autres, les épispades, il s'ouvre sur la face dorsale de la verge. Grâce au nombre des cas relativement considérable, de fécondation sans intromission, observés depuis une vingtaine d'années, ces deux catégories d'hommes ne semblent pas vouées forcément à l'impuissance. L'exemple le plus probant est celui du docteur Labalbary. Il s'agit d'un hypospade qui s'accroupissait pour uriner, ne faisant pas de jet, et qui ne pouvait éjaculer que sur la vulve de sa femme. Or il a eu deux fils ayant exactement le même vice de conformation que leur père, ce qui détruit toute idée de collaboration.

Une question qui peut avoir son importance est celle-ci : A quel âge un enfant devient-il puissant, peut-il procréer ? En France, la puberté arrive à quatorze, quinze, seize, dix-sept ans. Mais on trouve, dans les annales de la médecine, des grossesses attribuées à des enfants de trois, sept, huit ans. Ici, la méfiance est légitime, parce qu'on peut soupçonner le chantage. L'observation la plus curieuse est rapportée par Klose : il avait été prouvé qu'un garçon de neuf ans avait rendu mère une fille de quinze ans.

J'ai été consulté à ce sujet, il y a quelques années, par des héritiers. Un homme avait recueilli comme légitime un enfant dont il aurait été le père à treize ans et deux mois. Celui qui est venu me voir était le petit-fils de cet enfant dont la mort avait soulevé des contestations entre les héritiers. La légitimation était-elle possible ou impossible ? M. Tourdes et moi, nous avons conclu qu'elle n'avait rien d'impossible en soi.

Il est aussi difficile de préciser jusqu'à quel âge l'homme peut procréer. Bien qu'on ne puisse pas connaître exactement ce qui se passe dans l'alcôve, on sait pourtant que les gens mariés qui ont mené une vie réglée, ayant des habitudes hebdomadaires, conservent leur puissance virile bien plus longtemps que les célibataires qui procèdent par à-coups et restent longtemps sans accomplir d'actes pseudo-conjugaux. Les recherches sur le sperme des vieillards ont donné des résultats très variables. Duplay le père a trouvé des spermatozoïdes jusqu'à quatre-vingt-dix ans et au delà. D'après Dieu, la proportion des vieillards ayant conservé des spermatozoïdes serait : de soixante à soixante-dix ans, 64 p. 100 ; de soixante-dix à quatre-vingts, 44 p. 100, de quatre-vingts à quatre-vingt-dix, 27 p. 100, et à partir de quatre-vingt-dix ans, 0.

Chez la femme, l'impuissance peut résulter de malformations : absence de vagin, atrésie congénitale, cloisonnement du vagin, etc. La cour de Rome a prévu ces cas en autorisant la nullité du mariage lorsque : *« virgo tam arcta est quam mulier fieri non possit »*. Le cloisonnement, l'imperforation congénitale de la vulve ou de l'hymen ne sont pas au-dessus des ressources de l'art. Pour l'hymen en particulier, il arrive que l'imperforation est révélée au moment de l'établissement des règles, par la rétention du sang auquel un petit coup de bistouri livre facilement passage.

D'autres fois, il y a des soudures cicatricielles à la suite de brûlures ou autres traumatismes, des adhérences survenues après la variole, etc. Pendant mon temps d'internat, un interne provisoire vint me chercher un jour à la salle de garde, me disant qu'il ne pouvait pas trouver la vulve d'une femme sur le point d'accoucher. Je fis d'abord comme

vous, je souris, et je pensai à part moi que mon jeune provisoire devait être bien novice pour ne pas savoir trouver une vulve. Mais, moi-même, je ne pus découvrir d'autre orifice, après avoir bien cherché, qu'un petit pertuis dans lequel, introduisant un stylet de trousse, je fus très surpris de heurter contre un corps métallique. Cette femme était une hollandaise, qui, ne sachant pas le français, ne pouvait fournir aucune explication. Je fis avertir M. Tarnier, qui vint, et on arriva à savoir que son amant était un sergent de chasseurs en garnison à Vincennes. Pendant qu'on l'envoyait chercher, on élargit l'ouverture et on trouva, outre un enfant très bien constitué, le bouchon métallique qui servait à cette époque à fermer l'extrémité du fusil. Sur ces entrefaites, le sergent arriva et raconta que, ne pouvant pénétrer, il avait employé cet instrument pour dilater l'orifice.

D'autres anomalies se présentent avec des conditions bien différentes. Tantôt, il existe un cloaque où débouchent à la fois le vagin et le rectum, et cette anomalie est tellement dégoûtante qu'elle peut exclure tout rapprochement sexuel ; tantôt, l'anus s'ouvre directement dans le vagin. Quelquefois, il se produit une hypertrophie des petites lèvres, connue sous le nom de *tablier*, particulièrement chez les boshimanes. Je tiens à vous mettre en garde contre l'exclusivisme d'une théorie récente qui ferait du tablier le signe de certaines habitudes personnelles.

Il arrive assez souvent que, lorsque le vagin est oblitéré pour une raison quelconque, le mari fait son intromission, sans le savoir, soit dans le canal de l'urèthre, soit dans une dépression en doigt de gant creusée peu à peu au niveau du périnée, dans l'infundibulum. Les époux accomplissent à leur insu, toute leur vie, des actes génitaux qui n'en sont pas.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

I. Fissure à l'anus. — II. Lipôme de l'épaule.

I. La première opération que nous avons à faire aujourd'hui est celle d'un homme porteur d'une fissure à l'anus, s'accompagnant comme toujours de douleurs très vives, qui surviennent, non pas pendant que le malade va à la selle, mais aussitôt après la défécation. Ces douleurs sont quelquefois atroces et peuvent durer dix, quinze, vingt, trente minutes et même davantage. Elles agissent souvent non seulement sur le moral, mais encore sur le physique des malades, à tel point que ceux-ci se retiennent d'aller à la garde-robe et finissent par être plus ou moins constipés ; de là, un autre inconvénient.

La thérapeutique de la fissure à l'anus a été, pendant longtemps, purement instrumentale ; c'était l'époque où l'on considérait cette lésion comme guérissant difficilement, et cela parce qu'on ne songeait qu'à la fissure en elle-même et non à la contraction spasmodique du sphincter qui l'accompagne. De là, la pratique des incisions, suivies parfois d'accidents graves pouvant se terminer même par la mort dans certains cas. C'est ainsi qu'une personne alliée à ma famille, venue il y a trente ans à Paris pour me consulter, et par moi adressée à Laugier, qui était grand partisan de ces sections de la muqueuse, était, à la suite de cette opération, atteinte d'infection purulente et succombait au bout de dix jours. Pareille terminaison n'était pas fréquente, il est vrai, mais enfin elle arrivait de temps à autre.

C'est Boyer qui le premier pensa que la fissure n'était pas la cause principale des douleurs, mais bien la contracture spasmodique du sphincter, et qui par suite songea à sectionner le sphincter. Il réussit très bien ainsi à faire disparaître les douleurs, mais cette opération fut aussi suivie quelquefois de mort.

Plus tard, Récamier imagina ce qu'il appela, dans son style quelque peu imagé, le massage cadencé de l'anus, c'est-à-dire des pressions répétées, la dilatation forcée. Bref aujourd'hui l'inutilité d'une opération sanglante est parfaitement reconnue et la dilatation suffit le plus souvent. Cette dilatation a-t-elle pour résultat la déchirure des fibres du sphincter ? Non, et si l'on entend quelquefois de petits craquements, ce à quoi l'on arrive en réalité par cette opération, c'est à modifier l'innervation du muscle et par suite à faire disparaître l'entéralgie.

En résumé c'est là une opération très simple pour laquelle il n'est nul besoin d'introduire dans l'anus la main tout entière comme le voulait Récamier, mais pour laquelle deux doigts suffisent parfaitement à obtenir le résultat cherché.

II. Le second malade que nous allons opérer est un homme de quarante à quarante-cinq ans, fort, vigoureux, entré il y a quelques jours dans nos salles, pour une tumeur située sur la partie postérieure de l'épaule.

Cette tumeur a débuté il y a une quinzaine d'années environ. D'abord très petite, elle a augmenté peu à peu et elle présente aujourd'hui le volume d'une mandarine coupée par la moitié. La peau qui la recouvre est rouge. Il s'agit de savoir maintenant de quelle nature est cette tumeur ; si c'est un lipôme, ou bien une affection néoplasique, un sarcome, ou bien encore un kyste sébacé, car c'est seulement entre l'une ou l'autre de ces affections que le diagnostic pourrait au premier abord hésiter.

Un kyste sébacé pourrait dater d'une époque aussi reculée sans avoir déterminé, comme c'est le cas ici, aucun accident, sa consistance présenterait aussi quelques ressemblances avec celle que nous trouvons dans la tumeur de notre malade, cependant celle-ci est un peu plus dure qu'un kyste sébacé, elle n'est pas dépressible non plus ; enfin elle est beaucoup plus étendue, plus considérable qu'un simple kyste sébacé.

Serions-nous donc en présence d'un sarcome ? Mais une tumeur sarcomateuse rester ainsi pendant quinze années sans avoir donné lieu à aucun accident, à aucun phénomène morbide particulier, à aucun retentissement sur l'organisme, la chose paraît bien improbable. Ce n'est jamais ainsi que les affections sarcomateuses évoluent généralement.

Reste donc la question d'un lipôme. C'est en effet à une tumeur de cette nature que notre diagnostic s'est arrêté, quoiqu'elle soit un peu dure peut-être. Mais il s'agit d'un lipôme profond, à surface irrégulière, comme formé de plusieurs petits lobules, recouvert par l'aponévrose des trapèzes et paraissant adhérer profondément.

Étant absolument certain que j'ai affaire à un lipôme, je fendrai les tissus par une incision transversale jusque sur la tumeur, après quoi je procéderai à son énucléation. Mais, par prudence, je me bornerai à inciser successivement peu à peu les différentes couches qui recouvrent la tumeur, jusqu'à ce que je sois arrivé sur elle, afin de me rendre exactement compte de sa nature.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS

Le classement et la répartition des chefs de service et des élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1887 :

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Capitan ; interne : M. Baudouin (Georges) ; externes : MM. Thomas (André), Dauriac, Cherbulier, Ribel, Ménard (Octave), Adamski, Donnet, Zack et Haran.

Médecin : M. Mesnet ; interne : M. Lion ; externes : MM. Barbier, Fourrey, Bitterlin, Jelenskiewicz et Vèzes.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Champeil ; externes : MM. Rodier, Larroussime, Lartet, Bastos et Quignard.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Cahn ; externes : MM. Arron, Dulout, Franche, Henne et Cochery.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Vilcocq ; externes : MM. Brodier (Henri), Fonlladosa, Sallard (André), Vaille et Chipault.

Médecin : M. Bucquoy ; interne : M. Guinon (Louis) ; externes : MM. Beaumé, Oulié, Artus, Glover et Chavane.

Chirurgien : M. le professeur Richet (M. Reclus, suppléant) ; chef de clinique : M. Castex ; internes : MM. Isch-Wall, de Lostalot-Bachoué et Noguez ; externes : MM. Mouret, Ménard (Henri), Daurios, Turlure, Mendel, Cestan, Rouget, Maurel (Joseph) et Martinez.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Valude ; internes : MM. Louis, Vignard et Delbet ; externes : MM. Fouriaux, Dupuy, Roy, Roux, Batbedat et Chaffard.

Chirurgien : M. Tillaux ; internes : MM. Montprofit et Barraud ; externes : MM. Diaz, Estrada, Dubrisay, Brée et Brocard.

Hôtel-Dieu annexe. — Médecin : M. Cornil ; interne provisoire : M. Laffitte.

Médecin : M. Oulmont ; interne provisoire : M. Gibotteau.

Médecin : M. Merklen ; interne provisoire : M. Oustaniol.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Bourcy ; interne : M. Belin ; externes : MM. Delplanque, Joubert, Calbet, Christen, Duchaine et Digoy.

Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Méry ; externes : MM. Wirbel, Piole, Richerolle, Auscher et Thirolax.

Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Gilbert ; externes : MM. Critzman, Sérieux, Bureau, Guillemain, Taurin et Pactet.

Médecin : M. Audhoui ; interne : M. Regnault (Félix) ; externes : MM. Dubar, Azoulay, Gorodichze, Jasinski, Grilhaut des Fontaines et Colas.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Raymond ; externes : MM. D'Hôtel, Coffin, Fauvel, Dauvergne, Duclot et Picot.

Médecin : M. Troisier ; interne : M. Lavaux ; externes : MM. Carpentier, Loysel de la Billardière, Florant et Phulpin.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil (M. Jalaguier, suppléant) ; chef de clinique : M. Guinard ; internes : MM. Lejars, Sebileau et Villemin ; externes : MM. Leredde, Jacob, Cataliotti, Cazenave, Portillo, Saprisa y Vera, Tournier (Auguste) et Martin (Michel-Victor).

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Janet, Thiéry et Legrand ; externes : MM. Lepage, Greiner, Barthélemy, Ristich, Fort et Michel-Dansac.

Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Démelin ; externes : MM. Mory et Boix.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Sapelier ; interne : M. Foubert ; externes : MM. Haralambie (Michel), Dupasquier, Vinson et Vincent.

Médecin : M. Blachez ; interne : M. Mantel ; externes : MM. Guérard (Gustave), Pécharman, Laporte, Cadéac, Salmeron et Duchesne.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Pozzi ; externes : MM. Claisse, de Saint-Germain, Gauvry et Cambours.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Brühl ; externes : MM. Bourgarel, Ferrand, Bazin et Lovy.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Roulland ; externes : MM. Barrié, Soupault, Gallard et Genouville.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Lyon ; externes : MM. Toché, Kortz, Foveau et Dominguez.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Barrette ; internes : MM. Dumoret, Demoulin et Dupré (Marc) ; externes : MM. Racoviceano, Cezilly, Terson, Théodore, Chevreau et Reymond.

Chirurgien : M. Després ; internes : MM. Mordret et Vilpelle ; externes : MM. Mascarel, Poillot, Monmarson et Larrieu.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Legry ; externes : MM. Basset (Ernest) et Riocreux.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Bouffe ; externes : MM. Bonifas, Pascal, Rouffinet et Deléage.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Rieffel ; externes : MM. Bernheim, Pognon, Destrez, Callet et Peltier.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Laffitte ; externes : MM. Fontan, Petit (Jean-Baptiste), Chaumont, Salmon et Goupil.

Médecin : M. Hayem ; interne : M. Parmentier ; interne provisoire : M. Willemin ; externes : MM. Depoix, Hallion, Gauthier (Achille), Moreau (Paul) et Blaise.

Médecin : M. Raymond ; interne : M. Nourrie ; externes : MM. Homolle, Guitton, Iman et Planton.

Médecin : M. Tapret ; interne : M. Budor ; externes : MM. Millet, Argueyrolles, Degail et Piedpremier.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. de Tornery ; externes : MM. Bonnecaze, Petit (Henri), Chevalet et Perchaux.

Médecin : M. Hanot ; interne : M. Gaume : externes : MM. Meneault, Mercier (Joseph), Doger-Spéville et Cantin.

Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Bureau, Reboul et Récamier ; externes : MM. Rieder, Furet, Labat de Lambert, Mandroux, Urlatianis et Berdal.

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Gampert, Vimont et Mariage ; externes : MM. Teulière, Conchon, Martin (Émile), Andrerey, Ythier et Pascaret.

Service des varioleux. — Interne provisoire : M. Sardou.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter ; chef de clinique : M. Siredey ; interne : M. Dutil ; externes : MM. Appert, Haralambie (Demetri), Merlin, Rendon, Albesco et Lefauve.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Leflaive ; externes : MM. Caulet, Dudefoy, Boulloche, Bonvalot et Béchet.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Polguère ; externes : MM. Cayet, Basset (Honoré), Athanassio, Lanselle et Teissier.

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Jeanton ; externes : MM. Millard, Martin (Louis), Garrigue et Dunac.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort ; chef de clinique : M. Ménard ; internes : MM. Jondeau, Prioleau et Caussade ; externes : MM. Brossard, Damourette, Jacquinet, Houze, Reynal O'Connor et Couturier.

Chirurgien : M. Guyon ; internes : MM. Guillet, Engelbach et Rollin ; externes : MM. Baudron, Bresard, Duprat, Perez, Delagenière et Debayle.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Legueu : externes : MM. Chatelot, Mermillod, Fournier (Louis) et Saguet.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Planchart et Valette ; externes : MM. Barthomeuf, Tostivint, Auclert, Malapert, Parisot, Payrau, Giraud et Philippe.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Courbarieu, Hautecœur et Morel ; externes : MM. Paturet, Miquel, Coudère, Hulot, Angherant, Radiguet et Grenier.

Chirurgien : M. Bouilly ; interne : M. Mouls ; externe : M. Cocu.

Service provisoire. — Médecin : M. X... ; interne provisoire : M. Laumet.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Hontang ; externes : MM. Arbel, Bonneau, Guyon et Cornet.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Pichevin ; externes : MM. Faure-Miller (Harold), Gisclard, Roques, Turbiau et Martin (Paul).

Médecin : M. Gombault (Constant) ; interne : M. Grattery ; externes : MM. Cartier, Helliot, Charrier et Levêque.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Barbier; externes : MM. André, Laurent-Préfontaine, Nivet et Vercoustre.

Chirurgien : M. Cruveilhier; internes : MM. Chopard, Parelle et Despaigne; externes : MM. Chatimère, Nugon, Spilmann, Gieseler, Potel (Maurice) et Touchard.

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Témoin, Léonardon-Lapervenche et Boulay; externes : MM. Chamozzi, Fournier (Camille), Duchaussoy, Veslin, Javillard, Garnier et Aujay de la Dure.

Accoucheur : M. Ribemont; interne : M. Drouet; externes : MM. Gaudard et Fourrier.

Hôpital Lariboisière.— Médecin : M. Siredey; interne : M. Hischmann; externes : MM. Bardol, Bourgogne, Renault (Jules), Breton et Schrœder.

Médecin : M. Proust; internes : MM. Besançon et Leudet; externes : M. Dumont (Louis), Mlle Wilbouschewitch, MM. Arnaud (Lucien), Chauveau (Eugène), Cagny et Poussard.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. Chartier; externes : MM. Leguy, Adler, Le Meignen et Billoir.

Médecin : M. Bouchard (M. Hirtz, suppléant); interne : M. Widal; externes : MM. Pouillot, Durand, Marot et Bataille.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Martha; externes : MM. Mussy, Ettlinger, Guertin et Amiard.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Deroche; externes : MM. Devillers, Hue, Gazard et Bertrand (Léon).

Chirurgien : M. Duplay; internes : MM. Lyot et Gautier; externes : MM. d'Hotman de Villiers, Rivalier, Goglioso, Magé et Noel.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Cuvillier et Nodot; externes : MM. Leseur, Boissier, Didier, Degueret et Barjon.

Chirurgien : M. Périer; internes : MM. Plicque et Grandhomme; externes : MM. Couvreur, Bloch, Perruchet, Leblond et Gotchaux.

Chirurgien (maladies des yeux) : M. Delens; internes : MM. Canniot et Luzet; externes : MM. Hélary, Delerse et Meusnier.

Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Varnier; externes : MM. Matton et Austric.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy; interne : M. Guinon; externes : MM. Hannion, Chantre, Mlle Levine, MM. Mugnerot, Duma et Mlle Kirszenstein.

Médecin : M. Straus; interne : M. Wurtz; externes : MM. Foureur, Marx, Kocher, Dufour (William) et Veillon.

Médecin : M. Lacombe; interne : M. Bourges : externes : MM. Niclot, Vinavez, Bobinet, Falcoz et Norodetzski.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Coffin; externes : MM. Bernard (Félix), Chesseret, Handjian, Defrance et Grunberg.

Médecin : M. Cuffer; interne : M. Springer; externes : MM. Gaston, Lesur, Renaud, Soutakis et Lacavalerie.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Lauth; externes : MM. Chauveau (René), Targovola, Pannetier (Louis) et Flaction.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Cousin; externes : MM. Jamet, Lautier, Poivet, Poirier, Chapdelaine et Lucas.

Médecin : M. Roques; interne : M. Decressac; externes : MM. Clarot, Godet, Lancelin, Pottier, Casabianca et Gottschalk.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Laskine, Delagenière et Calot; externes : MM. Linon, Sorel, Huguenin, Bertazzi, Dardel et Paillotte.

Chirurgien : M. Berger; internes : MM. Tissier, Conzette et Jonnesco; externes : MM. Dubost, Lacombe, Lesieur, Archambault (Paul), Rouquez et Lebon.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Cazals; externes : MM. Delaborde et Arrivot.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball; interne : M. Semelaigne; externes : MM. Hauser, Couty, Gervais de Rouville, Jarca et Lefèvre (Charles).

Médecin : M. Ferrand; interne : M Derville; externes : MM. Stcherbetschoff, Pannetier (Pierre), Fiquet, Moisson et Catrou,

Médecin : M. Damaschino; interne : M. Potherat; externes : MM. Prost, Chrystoyarmakis, Frey, Tétraki, Reinbold et Périnelle.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Klippel; externes : MM. Neiret, Caryophillis, Achalme, Meugy et Corbin.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Chevalier et Souques; interne provisoire : M. Bezançon; externes : MM. Larger, Lorentz, Yahoutian, Desforges, Nageotte et Le Moniel.

Service provisoire. — Médecin : M. Talamon; interne provisoire : M. Bouel.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard; interne : M. Courtade; externes : MM. Bussat, Faure-Miller (Roland), Sallé, Richer et Pineau.

Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Regnier; externes : MM. Encausse, Gasselin, Lambert, Rosenthal et Dumont (Lucien).

Chirurgien : M. Terrier; internes : MM. Péraire et Hallé; externes : MM. Loriot, Pouloux, Tournier, Szczypiorski, Brauman et Trognon.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove; internes : MM. Moulonguet et Jacquet; externes : MM. Héan, Tollemer, Répin, Breteau, Zaldivar et Moussaud.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Brault; interne provisoire : M. Delaunay.

Médecin : M. Letulle; interne provisoire : M. Marquezy.

Chirurgien : M. Brun; internes provisoires : MM. Thibault (Hyacinthe) et Macon.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Morel-Lavallée; interne : M. Vaquez; externes : MM. Gilis, Vialet, Morin (Adolphe) et d'Aurelle de Paladines.

Médecin : M. Lailler; interne : M. Girode; externes : MM. Mosès, Charmoix, Daudé et Courtet.

Médecin : M. Quinquaud; interne : M. Lesage; externes : MM. Belin, Thomas (Louis), Rancurel et Comet.

Médecin : M. Vidal; interne : M. Duchon-Doris; externes : MM. Diamantberger, Oskierko, Gallet et Ehrhardt (Pierre).

Médecin : M. Besnier; interne : M. Bouisson; externes : MM. Bourdillon, Aviragnet, Ribierre et Johot.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Jeanselme; externes : MM. Lobstein, Schwob, Frustin et Prieur.

Chirurgien : M. Péan; internes : MM. Secheyron, Chrétien et Lepage; externes : MM. Archambault (André), Maerle, Dentu, Évrain, Dacquet et Menne.

Chirurgien : M. Le Dentu; internes : MM. Albarran, Lefèvre et Regnauld; externes : MM. Ehrhardt (Christian), Sabouraud, Triboulet, Rénon, Lafourcade et Morau.

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Lavie; externes : MM. Michel (Paul) et Cator.

Services provisoires. — Médecin : M. X...; interne provisoire : M. Dusseaud.

Chirurgien : M. Felizet; internes provisoires : MM. Macry et Pilliet; externes : MM. Maré, Bailly, Malavialle, Vauthrin, Billard et Dubut.

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Le Roy; externes : MM. Bruant, Huguet et Blanc-Champagnac.

Médecin : M. Du Castel; interne : M. Michaut; externes : MM. Gapin, Ganéa et Le Noc.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Mauclaire; externes : MM. Demetriade, Virchaux et Malizard.

Hôpital Lourcine. — Médecin : M. Martineau; interne : M. Pallier; externes : MM. Godivier, Prouvost et Salmon.

Médecin : M. Balzer; interne : Mlle Klumpke; externes : MM. Cornet, Bois et Martigny.

Chirurgien : M. Pozzi; interne : M. Despréaux; interne provisoire : M. Lamotte; externes : MM. Loppé, Bernardbeig et Maturie.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Maurin.

Chirurgien : M. Tarnier ; chirurgien-adjoint : M. Bouilly ; interne : M. Potocki.

Hôpital de la Clinique d'accouchements. — Chirurgien : M. le professeur X... (M. Pinard, suppléant) ; chef de clinique : M. Loviot ; externes : MM. Dufournier, Chevalier, Hugues, Bataillard et Baumgarten.

Maison municipale de Santé. — Médecin : M. Labbé (Edmond) ; interne : M. Wickham ; externes : MM. Benoit (Ambroise), Amarescu et Aublé.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Nicolle ; externes : MM. Camescasse, Frœhliger et Thérault.

Chirurgien : M. Marc Sée ; internes : MM. Courtois-Suffit et Mallet ; externes : MM. Ménard, Jacques et Bonenfant.

Chirurgien : M. Horteloup ; internes : MM. Bellanger et Le Noir ; externes : MM. Moralès, de la Nièce et Barraud.

Hopital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher ; chef de clinique : M. Queyrat ; interne : M. Martin de Gimard ; externes : M. Maurel (Pierre), Mlle Iraclidy, MM. Chopard (Jules), Battle et Yersin.

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Baudouin (Edmond) ; externes : MM. Legrand (Paul), Janin, Lowenthal, Daude-Lagrave et Dodieau.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Vignalou ; externes : MM. Lombardi, Bassin, Mercier (Edmond), Ortholan et Bœteau.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Dubarry ; externes : MM. Gilbert, Simon, Longo, Petit (Louis) et Sainton.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Dautigny ; externes : MM. de Sennevile, Mollard, Himely, Courtillier et Coquereau.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Jouliard et Jacquinot ; externes : MM. Thérémin, Puig, Didsbury, Bonnet (Louis), Flœrsheim, Fraisse et Mignot.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Legroux ; interne : M. Hudelo ; externes : MM. Bouchinet, Baillet, Rossignol et Rousseau.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Gioux ; externes : MM. de Vernejoul, Pescher, Sebillotte et Emerit.

Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Leriche ; externes : MM. Barbarat, Sandras, Bertrand (Gustave) et Kaplan.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Demars et Panné ; externes : MM. Macaigne, Agut, Robert, Decamps, Rogues de Fursac, Zaguelman, Lagain et Barnetche.

Hopital des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Sevestre ; internes : MM. Gillet et Bouygues ; interne provisoire : Mlle Edwards ; externes : MM. Renard, Souillard, Dardel, Gagé et Cocquelet.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Lefebvre ; externes : MM. Champeil et Anghelovici.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Dejérine ; interne : M. Huet ; interne provisoire : M. Tuilant.

Médecin : M. Deny ; interne : M. Faure ; interne provisoire : M. Thomas.

Médecin : M. Bourneville ; interne : M. Sollier ; interne provisoire : M. Raoult.

Chirurgien : M. Féré ; interne : M. Arnould ; interne provisoire : M. Henriquez.

Médecin : M. Charpentier ; interne : M. Alcindor ; interne provisoire : M. Letienne.

Chirurgien : M. Peyrot ; internes : MM. Pfender et Ardouin ; interne provisoire : M. Gauthier.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot ; chef de clinique : M. Babinski ; interne : M. Blocq ; externes : MM. Mathieu-Sicaud, Colin (Henri), Damaye, Bergé, Goisque, Blin, David et Haron.

Médecin : M. Joffroy ; interne : M. Hillemand ; externes : MM. Chanteloube, Chabory, Franquet, Lamy, Mlle Dobrouskine et M. Bagon.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Dupré (Ernest) ; externes : MM. Muller (Émile) et Roubinovitch.

Médecin : M. Jules Voisin ; interne : M. Thibault (Arsène) ; externe : M. Stef.

Médecin : M. Falret ; interne : M. Poulalion ; externe : M. Berbez.

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Valat ; externes : MM. Papillon, Maupaté, Pingat et Thierry (Henri).

Hospice des Incurables. — Médecin : M. A. Gombault ; interne : M. Mosny ; interne provisoire : M. Audain ; externe : M. Breda.

Chirurgien : M. Blum ; interne : M. Wallich ; interne provisoire : M. Meloir ; externe : M. Leriche.

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Robin ; interne : M. Couder ; interne provisoire : M. Gresset ; externe : M. de la Brosse.

Maisons de Sainte-Périne et Chardon-Lagache. — Médecin : M. Barth ; internes : MM. de Fleury et Hamon.

Maison de Retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Liouville (suppléant M. Chantemesse) ; externe : M. Humblot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Tuffier, Artaud, Tourneux, Lermoyez, Arthaud, Leclercq, Peugniez, Broca et Drapier.

— Par décret, en date du 22 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Tarneau, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Vinache, Ribail, Malibran, Picquechef, Morin, Pignot, Tissier, Gilles de Latourette et Morel.

— Par décret, en date du 25 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Verdier, Druillet, Planès, Fontanille, Poupon, Saint-Agnis, Doche, Rebillard, Renault et Chanson.

— Par décret, en date du 25 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Barberousse, Bonnard, Sauvage, Lasnier, Lebeault, Heintz, Rossignol, Houdé, Nitot, Cartier, Guédeney, Bideaux, Guerreau, Doux, Roussel, Derbecq, Burill, Bonnet, Schmitt, Lafont, Brancher, Jehenne, de Belin, Chicandard, Acquérin, Dubosc, Dienne et Dufilho.

— Par décret, en date du 29 janvier 1887, M. le docteur Cazelles, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur et des cultes, est nommé conseiller d'État en service ordinaire, en remplacement de M. Tétreau, qui a été nommé président de section.

— Par décision ministérielle, en date du 24 janvier 1887, MM. Pierrot, médecin-major de première classe, et Leroy, médecin-major de deuxième classe, ont été nommés membres de la section technique du service de santé.

— Nous sommes heureux de démentir le bruit qui a couru de la mort de M. le docteur Sarazin, ancien médecin en chef de l'hôpital de Bourges. Puissent les soins affectueux et dévoués qui entourent notre éminent confrère, le rendre bientôt à la santé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raige-Delorme, bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20653

14

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.010	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

42

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le Fer et le Phosphore trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, Dethan, phien, et ttes les pharmacies.

12

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

33

VARICES, HÉMORRHOIDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

L'**Hamamelidine Logeais** (à la dose de 25 gttes dans un demi-verre d'eau sucrée, 3 ou 4 fois par jour, une demi-heure avant le repas, s'emploie avec succès contre les *Varices* et les *Hémorrhoïdes*.

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

La **Mixture Logeais** agit aussi d'une façon rapide dans la *Métrorrhagie* et la *Varicose de la gorge*.

Dépôt : Phie Logeais, av. Marceau, et ttes phies.

33

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60**; *et par la poste*, **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. Beslier, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux).

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle*.

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur*. Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine*.

J. Mousnier, à Sceaux (Seine).

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

G. Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voici la question du choléra qui reparaît à l'horizon.

M. Proust a pris le prétexte de mesures de désinfection pratiquées en mer sur un navire, pour communiquer des documents d'où il résulte que ce fléau sévit actuellement dans l'Inde anglaise d'une manière épidémique sans qu'on y cesse pour cela de délivrer patente nette. Les Anglais savent bien que le choléra ne peut être importé chez eux par les vaisseaux revenant de l'Inde : que les transbordements les sauvent quand on choisit les voies rapides, et qu'autrement la longueur du voyage équivaut à une quarantaine. Aussi se préoccupent-ils fort peu d'un danger qui ne peut les atteindre. Il n'y a plus pour eux de quarantaines dans la mer Rouge. Un de leurs navires qui arrivait de l'Inde, ayant eu des cas de choléra tous les jours précédents, n'en a pas moins pu, sans difficulté, sans retard, traverser aussitôt l'isthme de Suez. Le conseil sanitaire d'Alexandrie, sous l'influence anglaise, a tout permis, les yeux fermés. Que faire en cet état de choses ? M. Proust ne nous paraît pas convaincu qu'on persuaderait aisément aux nouveaux maîtres de l'Égypte de subir une gêne quelconque, une mesure de précaution facile à prendre et bien indiquée dans l'intérêt de leurs voisins occidentaux. Mais ce n'est pas une raison pour être négligents nous-mêmes. Mieux vaut redoubler de prudence, ne fût-ce qu'en guise de protestation.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Renault.

De l'action des lavements d'acide carbonique dans l'emphysème pulmonaire avec catarrhe.

La question des lavements gazeux dans la thérapeutique des voies respiratoires reste à l'ordre du jour.

Depuis les premières communications de M. le docteur Bergeon à l'Académie des sciences (12 juillet 1886), et au Congrès pour l'avancement des sciences (12 août de la même année), des essais ont été tentés de divers côtés pour apprécier la valeur de cette méthode.

M. le professeur Cornil, dans une note lue à l'Académie de médecine, le 19 octobre dernier, a annoncé des résultats très encourageants et cité en particulier des observations de notre collègue, M. le docteur Chantemesse, qui prouvent l'influence heureuse des lavements sulfo-carbonés dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Depuis, MM. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin, et Constantin Paul, à Lariboisière, ont expérimenté la méthode avec des fortunes diverses. D'autre part, quelques laryngologistes prétendent n'en avoir retiré aucun bénéfice dans le traitement de la phthisie laryngée.

La question est donc pendante et nécessite, pour être tranchée, de nouvelles recherches.

Permettez-nous de venir apporter aujourd'hui une modeste contribution à cette étude. Pendant mon séjour à l'hôpital Saint-Antoine, de fin septembre à fin décembre 1886, nous avons, M. Thierry et moi, expérimenté les lavements gazeux dans la phthisie pulmonaire et dans l'emphysème, compliqué de catarrhe. Contre la tuberculose, nous avons usé, comme l'avait fait mon prédécesseur dans le service, M. le docteur Chantemesse, de lavements sulfo-carbonés. Je ne vous parlerai pas des résultats obtenus ; ils nous ont paru contradictoires. Favorables chez quelques-uns, nuls chez d'autres, impossibles à employer quelquefois en raison de la diarrhée qu'ils déterminent chez certains tuberculeux ; il nous eût fallu une plus longue expérience pour nous permettre d'avancer devant vous une opinion recommandable.

Je n'insiste donc pas davantage.

Nous désirons simplement aujourd'hui retenir votre attention sur l'influence favorable que nous semblent avoir exercé les lavements d'acide carbonique dans l'emphysème compliqué de catarrhe, particulièrement sur deux des éléments morbides principaux : la dyspnée et la toux.

L'emploi de l'acide carbonique n'est pas nouveau. Il avait déjà été prescrit en lavements au siècle dernier par Priestley, Percibal, Beddoès, ainsi que nous l'apprend M. le docteur Maurice Dupont, dans un article paru dans le *Bulletin de thérapeutique*, le 15 janvier courant. On avait remarqué qu'il atténuait les principaux symptômes de la phthisie pulmonaire. Mais cette méthode fut bientôt abandonnée et remplacée par les inhalations. Depuis trente-cinq ans environ, ces inhalations sont employées contre l'asthme dans divers établissements thermaux, notamment à Saint-Alban, où elles ont été mises en vogue par Goin et Nepple ; à Vichy, par M. Durand-Fardel ; à Saint-Nectaire, Ems, Carlsbad.

De notre côté, nous avons dirigé cette médication contre les principaux symptômes de l'emphysème et du catarrhe, mais en modifiant le mode d'introduction du gaz dans l'organisme. Au lieu d'inhalations, nous avons eu recours, comme autrefois, aux lavements gazeux. Ce sont les résultats de ces nouveaux essais que nous avons l'honneur de vous faire connaître aujourd'hui.

Le nombre de nos observations est malheureusement bien restreint. Cette pauvreté de faits cliniques tient à deux causes : à la brièveté de notre séjour à l'hôpital Saint-Antoine (trois mois seulement) et à la difficulté de trouver des sujets, dont l'état morbide permette de tirer, au point de vue thérapeutique, des conclusions de quelque valeur.

S'il n'est pas rare en effet de rencontrer dans les services hospitaliers des emphysémateux, atteints de bronchite, chez lesquels prédominent la dyspnée et la toux, il est exceptionnel de voir ces phénomènes morbides présenter des paroxysmes journaliers, qui puissent permettre, par le fait d'une modification rapide, d'apprécier la valeur du médicament employé.

Un emphysémateux est habituellement oppressé ; il tousse plus ou moins ; son expectoration est variable. Mais il est rare que ces phénomènes s'exagèrent quotidiennement au point de simuler une crise. C'est un malaise continu, exceptionnellement traversé par des périodes angoissantes, surtout si le malade garde le repos à l'hôpital, depuis quelques jours.

Or ces cas ne pouvaient servir à l'essai d'un moyen, destiné à atténuer certains symptômes, angoissants par excellence, bien plutôt qu'à remédier à la lésion causale. Du reste, les lavements d'acide carbonique auraient-ils la propriété de produire des effets à longue échéance, que nous n'aurions pu en juger, à cause du peu de temps, durant lequel les malades ont été soumis à notre observation.

Nous ferons remarquer néanmoins que, pendant la durée de leur séjour à l'hôpital, les sujets traités ont conservé l'amélioration, obtenue par les lavements gazeux, bien que ceux-ci aient été supprimés, dès que le mieux-être s'était fait sentir.

Voici, très résumées, afin de ne point abuser de votre temps, les observations qui viennent à l'appui de notre thèse :

Observation I. — Homme de trente-six ans, démolisseur. Entré le 14 novembre 1886 à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires négatifs, au point de vue de l'arthritisme en particulier.

Bonne santé jusqu'en 1872 ; à cette époque, varices aux deux jambes, compliquées d'ulcères à la jambe droite.

Les premiers symptômes d'emphysème et de catarrhe se sont montrés en 1883. A cette date, remontent la dyspnée, la toux et l'expectoration. Depuis lors, ces phénomènes morbides ont persisté avec des exacerbations, causées par des bronchites aiguës intercurrentes, dont la dernière l'amène à l'hôpital.

A son entrée, l'attention est attirée surtout par trois phénomènes prédominants :

La dyspnée qui s'exaspère la nuit et au moindre mouvement;

La toux continue, mais non quinteuse;

L'expectoration abondante, blanchâtre, spumeuse.

Prescription : Iodure de potassium, cinquante centigrammes par jour; tisane pectorale; julep diacodé pour la nuit.

Ce traitement est continué du 15 novembre au 2 décembre inclusivement sans amener d'amélioration notable. La médication iodurée est suspendue et l'on commence le 3 décembre les lavements d'acide carbonique.

Dès le deuxième lavement, la dyspnée a presque disparu. Le malade, qui ne dormait pas la nuit, commence à reposer.

Après le quatrième lavement, l'oppression a cédé complètement et à l'insomnie des premiers jours a succédé un sommeil d'un calme parfait.

Le nombre des respirations, qui oscillait entre 25 et 30 par minute, tombe à 9, après la quinzième injection gazeuse.

Mais ce qu'il y a de caractéristique surtout c'est le sentiment de bien-être, succédant à l'angoisse respiratoire constante, accusée par le malade.

La toux a diminué également d'une façon sensible.

En revanche, pas de modification appréciable du côté de l'expectoration.

Les lavements gazeux sont suspendus quatre jours avant le départ du malade, qui est envoyé à Vincennes en convalescence dans l'état le plus satisfaisant.

Il a gagné 2 kilogr. pendant son séjour à l'hôpital et l'ulcère variqueux de la jambe est cicatrisé.

Obs. II. — Camionneur, âgé de quarante-six ans. Entré le 27 novembre à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires : sa mère était asthmatique.

Antécédents morbides personnels : santé très satisfaisante jusqu'en 1875.

A cette époque, premiers symptômes d'asthme et de catarrhe à la suite de bronchites répétées.

En 1881, rhumatisme articulaire, pour lequel il est soigné à l'hôpital Saint-Antoine. Au dire du malade, les douleurs ont persisté pendant 18 mois.

On peut donc affirmer qu'il est de constitution arthritique.

Il entre à l'hôpital pour une bronchite, contractée dans les premiers jours d'octobre.

La toux est quinteuse; l'expectoration, jaune verdâtre et abondante; la dyspnée est intense et empêche le malade de dormir la nuit. Il reste d'ailleurs presque toujours sur son séant, afin de faciliter l'acte respiratoire. Prescription : Préparation iodurée, 50 centigrammes par jour. Tisane béchique; potion calmante pour la nuit.

Le malade est soumis à ce traitement, sans changement notable dans son état, du 28 novembre au 5 décembre inclusivement.

Les 6 et 7 décembre, il reçoit deux lavements d'acide carbonique.

Les quintes de toux, qui étaient de 25 environ dans les vingt-quatre heures, tombent à 13, et les respirations tombent de 25 à 18 par minute.

L'abondance de l'expectoration n'est pas sensiblement modifiée, mais en revanche la dyspnée s'est notablement amendée.

Malheureusement nous n'avons pu observer plus longtemps ce malade, qui, se sentant suffisamment amélioré pour sortir, a voulu quitter l'hôpital, malgré nos instances.

Obs. III. — Conducteur d'omnibus, âgé de quarante-trois ans. Entré le 11 décembre 1886 à l'hôpital Saint-Antoine.

Pas d'antécédents morbides héréditaires.

Bonne santé jusqu'en 1883.

A cette époque, le malade prend un embonpoint considérable et présente les premiers symptômes d'asthme.

Cet état persiste, en subissant de temps à autre des aggravations, dues à des bronchites intercurrentes jusqu'aux premiers jours de décembre 1886, époque à laquelle il est pris d'une névralgie intercostale très douloureuse qui l'oblige à entrer à l'hôpital.

Le malade tousse peu, n'expectore pas; mais la dyspnée est intense et ne peut être attribuée à la névralgie intercostale, qui disparaît presque complètement le surlendemain de son entrée.

L'oppression l'empêche de dormir la nuit et il est anxieux, dès qu'il fait quelques pas dans la salle.

Il est soumis aux lavements carboniques six jours après son entrée.

Dès le troisième lavement, l'oppression a quasi disparu.

Il en prend treize en tout et sort le 24 décembre, pouvant marcher et monter les étages sans essoufflement.

Obs. IV. — Ménagère de quarante-sept ans. Entrée le 10 décembre 1886 à l'hôpital Saint-Antoine.

Elle est amenée à l'hôpital par une recrudescence d'asthme et de catarrhe, qui dure depuis plusieurs années.

Nuits principalement mauvaises; la malade les passe en grande partie assise sur son lit.

Les lavements de gaz carbonique ne sont administrés que dix jours après son entrée, à cause de la diarrhée.

Dès la première injection gazeuse, la dyspnée nocturne est moindre.

Quatorze lavements ont été donnés en tout du 21 au 28 décembre inclusivement.

Il y a eu atténuation constante et progressive de la toux et de la dyspnée.

Les quintes de toux, de 100 à son entrée, étaient tombées à 21; les respirations, de 30 en moyenne, à 20.

A son départ pour le Vésinet, le 16 janvier, la malade, qui à son entrée, ainsi que je l'ai dit plus haut, avait, du fait de la dyspnée, des nuits sans sommeil et ne pouvait monter les étages, aidait quelques jours avant sa sortie l'infirmière de la salle à des travaux de force.

Comment peut-on expliquer l'action favorable dans l'emphysème du gaz carbonique, éliminé par les voies pulmonaires?

Un aperçu rapide des lésions de tissu et des perturbations fonctionnelles qu'elles entraînent, joint à la notion des propriétés thérapeutiques du gaz carbonique sur l'organisme, nous permettra de comprendre le mode d'action de cet agent.

On sait que dans l'emphysème, les infundibula sont dilatés et que les cloisons, qui les séparent, étant amincies, perforées, ils communiquent souvent les uns avec les autres.

D'après Rindfleisch et Colberg, il y aurait dans les parois alvéolaires des fibres musculaires réunies en faisceaux. Or, selon Eppinger, dans l'emphysème, ces fibres seraient refoulées. Elles perdraient donc en grande partie leur contractilité.

Il en résulte que l'air courant diminue et que l'air résidual augmente.

La circulation de l'air est encore entravée par des altérations secondaires, dont les unes sont la conséquence de l'affection pulmonaire et dont les autres en ont précédé et préparé le développement, tels que : le catarrhe chronique des bronches, l'épaississement et l'hyperémie chronique de la muqueuse.

En outre, le réseau capillaire des alvéoles, comprimé, tiraillé, est devenu en partie imperméable, soit d'après Isaakson, par thrombose de globules blancs, soit, selon Klob, par prolifération des éléments de leur paroi.

La conséquence de cet état anatomique est une insuffisance des échanges gazeux. La quantité d'oxygène, qui, dans chaque inspiration, se met en contact avec le sang, est diminuée et la masse du liquide qui doit subir l'hématose est amoindrie.

Cliniquement, ces lésions multiples se révèlent par un ensemble de symptômes, dont un des principaux est sans contredit la dyspnée. Elle varie depuis une accélération légère et transitoire de la respiration, jusqu'à la soif d'air permanente, dont l'angoisse se fait sentir même au repos. Elle peut être paroxystique et les crises se reproduisent surtout la nuit, comme celles de l'asthme, avec lesquelles elles ont la plus grande analogie.

Inutile d'insister sur la toux plus ou moins quinteuse et l'expectoration variable, qui s'ajoutent à la gêne respiratoire habituelle.

Or, quelles sont les indications thérapeutiques, qui découlent d'un semblable état morbide? Elles se rangent sous deux chefs principaux :

1° Remédier à l'insuffisance respiratoire, par conséquent à la dyspnée;

2° Atténuer ou faire cesser les accidents les plus pénibles, notamment la toux souvent incessante, qui épuise les malades.

Voyons maintenant quel est, à l'état physiologique, le mode d'action de l'acide carbonique sur les voies respiratoires. D'après Nothnagel et Rossbach, il serait un agent d'excitation pour les fonctions les plus importantes de la vie, notamment de la respiration et de la circulation.

Gubler avait remarqué également que, lorsqu'il est absorbé en petite quantité par les voies respiratoires, il accélère la respiration, mais cette période de suractivité est bientôt suivie d'une phase de dépression.

M. le professeur Germain Sée, dans son article Asthme, du *Dictionnaire de médecine pratique*, fait remarquer que le gaz carbonique est un excitateur du bulbe.

Il posséderait aussi, selon M. Brown-Séquard, la propriété d'augmenter la contractilité des muscles lisses.

Enfin, M. Rabuteau, s'appuyant sur les expériences de P. Bert et sur ses propres recherches, pense que l'acide carbonique, à dose faible, modifie la sensibilité.

Ces notions suffisent à nous expliquer l'action favorable de cet agent dans l'emphysème.

Nous savons qu'il régularise la respiration et la circulation. Il favorise donc l'hématose et soulage ainsi de la dyspnée.

S'il est vrai qu'il existe, comme le pensent Rindfleisch et Colberg, des fibres musculaires, réunies en faisceaux dans les parois alvéolaires, le pouvoir contractile de l'acide carbonique, en s'exerçant sur les infundibula dilatés, concourt au même but.

Enfin, il nous semble rationnel d'expliquer, par les propriétés anesthésiques de cet agent, l'atténuation si remarquable de la toux, que nous avons observée dans tous les cas où les lavements ont été administrés.

Nous nous croyons donc, en terminant, autorisés à conclure que les injections rectales d'acide carbonique contre la dyspnée et la toux de l'emphysème, compliqué de catarrhe, constituent un moyen thérapeutique utile à connaître dans un état morbide qui déjoue si souvent les efforts de notre art.

Dans nos expériences, la dose de gaz injectée chaque fois, représentait un litre. L'opération ne dure que quatre à cinq minutes environ et nous n'avons jamais observé le moindre accident.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Arnoldo Cantani (de Naples) sur les bons résultats obtenus à l'Institut clinique de cette ville par l'application de la méthode de M. Pasteur contre la rage;

2° Un mémoire intitulé : *Observations suivies d'expériences sur la rage*, par M. D. Pourtalé, médecin vétérinaire à Carbon-Blanc (Gironde).

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer la mort de M. Gallard, membre de l'Académie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. LANCEREAUX met sous les yeux de l'Académie divers organes provenant d'une femme de vingt-deux ans, accouchée le 20 novembre dernier, et qui, entrée dans le service de M. Lancereaux le 2 décembre, pour s'y faire traiter d'une *phlegmatia alba dolens*, y succomba dans la seconde semaine de janvier. Vers la fin de décembre, les urines devinrent albumineuses, puis il survint de l'oppression et l'on constata, à l'auscultation du poumon gauche, que des infarctus s'étaient produits dans cet organe. Vers le 12 janvier, la malade accusa une sensation de froid extrême; elle devint violacée et succomba bientôt.

A l'autopsie on trouva d'abord une phlébite des sinus utérins, qui s'était propagée aux veines utéro-ovariennes, aux veines rénales, aux veines hypogastriques, et par l'intermédiaire des veines iliaques internes, avait atteint la veine cave inférieure.

On constata en outre que l'inflammation s'était propagée des veines aux artères dans l'intérieur du rein. Puis, des artères du rein, elle s'était étendue jusqu'à l'aorte, suivant ainsi une direction contraire à celle du courant sanguin.

M. Lancereaux voit dans ce fait la preuve de l'existence d'un agent infectieux encore inconnu, mais capable de pulluler et de gagner de proche en proche.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission présente : en première ligne, M. Prunier; en deuxième, *ex æquo*, MM. Marty et Moissan; en troisième, *ex æquo*, MM. Beauregard, Petit et Yvon.

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36,

M. Prunier obtient	53	suffrages.
M. Marty	9	—
M. Moissan	4	—
M. Yvon	3	—
M. Chastaing	1	—

En conséquence, M. Prunier est proclamé membre de l'Académie.

LECTURE

De la désinfection à bord. — M. PROUST rappelle que, depuis le moment où il a été chargé de l'inspection des services sanitaires, il a cherché à diminuer, dans la limite du possible, les entraves imposées au commerce et à la navigation, tout en sauvegardant d'une façon complète les intérêts supérieurs de la santé publique.

Les mesures de désinfection, qu'il a proposé, dans ce but, de pratiquer à bord, viennent d'être appliquées avec un grand succès sur le transport de l'État *le Mytho*, qui ramenait du Tonkin des soldats et des convalescents.

M. Proust, pour mieux montrer combien souvent ces mesures pourraient être applicables, énumère, en les divisant en cinq grandes classes, les navires qui ont présenté récemment des cas de choléra durant leur voyage. Il montre comment le choléra a été introduit dans l'Amérique du Sud par un navire qui, pour des causes toutes spéciales, avait échappé aux mesures, généralement très sévères, de quarantaines prises dans ce pays. Il prouve par de nombreux exemples que, particulièrement pour les navires anglais, la patente nette, comme les déclarations du capitaine, est une garantie des plus illusoires. A Calcutta, quand la mortalité par le choléra dépassait pour une semaine la moyenne calculée pour la même semaine sur les cinq années précédentes, on en concluait autrefois que cette maladie avait pris le caractère épidémique. Il n'en est plus ainsi, et l'on a par exemple délivré des patentes nettes après la semaine qui s'est terminée le 16 octobre, alors que la mortalité par le choléra étant de 98, dépassait le quadruple de la moyenne des cinq ans.

M. Proust conclut en ces termes :

1° Des mesures d'assainissement et de désinfection exécutées à bord, sous la direction d'un médecin instruit et indépendant des Compagnies de navigation, rendront souvent inutiles les quarantaines dites d'observation, surtout lorsqu'il s'agit de longues traversées.

2° Ce qui vient de se passer sur le *Mytho* établit que la désinfection à bord n'est pas seulement une mesure théorique, mais qu'elle peut être complètement réalisée.

3° La présence dans ces dernières années du choléra à bord d'un certain nombre de navires provenant de l'Extrême-Orient, la façon dont les autorités anglaises de l'Inde interprètent les conditions sanitaires des ports indiens (Bombay, Calcutta), l'absence de valeur à accorder aux patentes délivrées sur de pareilles bases, rendent tout à fait indispensable la pratique à bord des mesures d'assainissement et de désinfection.

4° Une inspection médicale sérieuse à Suez et des mesures d'assainissement et de désinfection adaptées à l'état des navires sont également nécessaires.

5° Les ports principaux qui, depuis dix ans, ont donné lieu à l'exportation du choléra par des navires de l'Extrême-Orient vers l'Occident et qui par suite doivent être l'objet d'une surveillance plus attentive, sont les ports de l'Inde anglaise : en première ligne Bombay, puis Calcutta ; Mulmein et Basseim (Birmanie anglaise) ; Kuratohi (aux bouches de l'Indus); Saïgon (Cochinchine française), et quelques autres ports des possessions françaises de l'Extrême-Orient ; enfin plus récemment, en 1885, les deux grands ports de la Chine et du Japon, Sanghai et Yokohama.

6° Les provenances de certaines régions de l'Amérique du Sud, si souvent déjà suspectes au point de vue de la fièvre jaune, doivent être également surveillées en ce moment au point de vue du choléra.

COMMUNICATION

Sur la nutrition de l'œil. — M. PANAS commence sur ce sujet une communication dont la suite est remise à la séance prochaine, et que nous analyserons alors.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins le quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

De la cirrhose avec ascite. — M. RICHARD communique, de la part de son père, M. Théophile Richard, une observation de cirrhose du foie ayant disparu spontanément.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, alcoolique, qui, après avoir subi cinq ponctions en l'espace de trois ans, paraît aujourd'hui complètement guérie.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation analogue adressée par M. Le Prévost (du Havre). C'était un boucher, également alcoolique, atteint de cirrhose compliquée d'un épanchement pleurétique; on pratiqua la thoracentèse.

Après avoir été amélioré, il dut subir deux autres ponctions de la plèvre et trois ponctions abdominales successives nécessitées par une ascite considérable. Ce malade, après avoir semblé complètement guéri, fut repris de pleurésie et dut subir une nouvelle ponction. Aujourd'hui la pleurésie paraît menacer de suppurer, mais l'ascite n'a pas reparu depuis dix-huit mois.

M. Le Prévost adresse une autre observation analogue dans laquelle il fallut faire huit ponctions abdominales. Après la huitième ponction, le liquide ne s'est pas reproduit. Ce malade est

entré ensuite dans un service de chirurgie pour une affection grave du tibia qui nécessita l'amputation de la cuisse. Le liquide ascitique s'étant reproduit, il fallut faire trois nouvelles ponctions abdominales. L'affection cirrhotique parut de nouveau disparaître complètement et ne s'est pas reproduite depuis onze mois.

Broncho-pneumonie infectieuse des enfants.— M. CADET DE GASSICOURT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Sevestre, fait observer que ces broncho-pneumonies des enfants ne sont pas toutes secondaires. Il y en a un tiers environ qui échappent à toute cause appréciable. M. Landouzy a fait observer qu'un grand nombre de ces broncho-pneumonies sont d'origine tuberculeuse. M. Sevestre a parlé des entérites infectieuses comme cause de quelques-unes de ces broncho-pneumonies.

C'est donc là encore une nouvelle forme de broncho-pneumonies infectieuses.

M. Cadet de Gassicourt se demande sur quoi se base M. Sevestre pour caractériser ces broncho-pneumonies comme étant la conséquence infectieuse d'une inflammation intestinale. En outre, cette entérite, comment devient-elle infectieuse ?

M. SEVESTRE rappelle qu'il s'agit d'enfants ayant la diarrhée, puis étant pris de broncho-pneumonie. Il a examiné l'intestin dans lequel il a trouvé les plaques de Peyer altérées et des ganglions lymphatiques. C'est à ce point de vue qu'il a caractérisé ces entérites d'infectieuses, et il lui a semblé qu'il devait exister une relation évidente entre cette entérite et la broncho-pneumonie consécutive.

Une autre preuve de cette relation est tirée de ce fait qu'en traitant l'entérite dans plusieurs de ces cas, il a enrayé la marche des accidents pulmonaires.

M. CADET DE GASSICOURT remercie M. Sevestre de ses explications et fait de nouveau ressortir l'intérêt de sa communication au point de vue pratique.

Absence de l'acide chlorhydrique dans l'estomac des malades atteints de cancer de cet organe. — M. LÉPINE (de Lyon) adresse une note dans laquelle il déclare, contrairement à M. Debove, avoir trouvé de l'acide chlorhydrique dans l'estomac des malades atteints de carcinome de l'estomac. Il croit que l'absence de cet acide constatée par Debove tient à l'imperfection des procédés employés pour le découvrir.

La prétendue absence de l'acide chlorhydrique dans les cas de cancer serait donc une erreur.

M. DEBOVE a eu l'occasion de constater l'absence d'acide chlorhydrique dans l'estomac d'une malade atteinte de cancer du foie. C'est donc là une exception à la règle. Mais cette absence d'acide chlorhydrique est-elle un signe suffisamment fréquent dans le cancer stomacal pour avoir une réelle valeur diagnostique? M. Debove le croit.

Il fait observer que M. Lépine n'a pas procédé comme lui et n'a pas examiné les liquides stomacaux aux mêmes heures que lui, ni avec les mêmes précautions.

LECTURES

De l'emploi des lavements d'acide carbonique dans l'emphysème pulmonaire avec catarrhe. — M. RENAULT lit un travail sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 113.)

M. BALLET demande à M. Renault s'il a employé l'acide carbonique combiné aux vapeurs de sulfure de carbone chez les emphysémateux? M. Ballet s'en est servi et en a obtenu de bons résultats. Il préfère de beaucoup le sulfure de carbone chimiquement pur aux injections sulfureuses provenant d'une eau sulfureuse quelconque, de l'Eau-Bonne par exemple. Il fait observer que les lavements d'acide carbonique seuls n'amènent pas un soulagement aussi notable que semble l'admettre M. Renault.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Lisbonne, 18 janvier 1887.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser le livre que je viens de publier : *La rage :* rapport présenté à M. le président du Conseil des ministres et ministre de l'Intérieur de Portugal.

A Paris, dans l'École normale, et ici, à Lisbonne, dans un modeste laboratoire, j'ai analysé consciencieusement, pendant huit mois de recherches assez laborieuses, les sublimes travaux du glorieux expérimentateur français. Son nom remplit les cœurs et domine les intelligences. Quand même il serait prouvé que les inoculations humaines anti-rabiques ne jouent qu'un rôle empirique, innocent ou périlleux, il n'en resterait pas moins évident que M. Pasteur, par ses études sur la vie et la mort, est l'immortel du siècle et le bien-aimé de la science.

L'illustre et aimable professeur M. Vulpian a dit, dans la mémorable séance du lundi 26 octobre 1885 : « La rage, cette maladie terrible contre laquelle toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué jusqu'ici, a enfin trouvé son remède! » (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences de Paris, p. 772.)

J'ai le plus profond respect pour l'opinion du savant M. Vulpian, mais je pense que la rage est encore la rage. Et, dans la prophylaxie de la rage, je crois, d'après mes études, qu'une seule chose est certaine : c'est la raison scientifique de l'hygiène des traumatismes, c'est l'utilité de l'expression, du nettoyage et de la cautérisation la plus prompte des plaies produites par les animaux suspects.

Je constate, dans mon rapport, qu'il a été fait une réclame très périlleuse de la belle tentative de M. L. Pasteur. Si on néglige l'hygiène des plaies et les mesures de prophylaxie administrative sur le *modus vivendi* de la race canine, la rage se transformera dans une maladie moins rare dans l'espèce humaine.

Les documents que je présente sur les candidats à la rage sont très instructifs.

D'après mes expériences, je pense que la période d'incubation de la rage paralytique des lapins n'est pas constante; que l'efficacité de la méthode n'est pas encore démontrée dans les chiens; et que les convulsions et les paralysies des animaux trépanés et inoculés sont des symptômes universels, quand la nature ou les hommes troublent la vie motrice et sensitive du tissu nerveux.

Voilà mon humble opinion, que je soumets avec toute franchise à l'appréciation de tous les observateurs.

Si vous croyez, monsieur le directeur, intéressant pour la science le concours de tous les travailleurs de tous les pays, à la recherche de la vérité, je vous prie d'avoir l'obligeance de faire publier cette communication dans votre journal.

En vous remerciant, veuillez agréer, Monsieur le Directeur, les assurances de ma parfaite considération.

D[r] Eduardo Abreu,
De l'Académie des sciences de Lisbonne.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

118. M. Bach. Cure radicale des hernies inguinales congénitales. — 119. M. Melik. Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités. — 120. M. Berbez. Hystérie et traumatisme. — 121. M. Frissard. Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile. — 122. M. Motheau. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses. — 123. M. Delalande. De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 janvier 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Claudot, en remplacement de M. Servier, retraité. — Est maintenu dans son emploi de médecin-chef de l'hôpital de Bourges ; — Émery-Desbrousses, en remplacement de M. Pallé, retraité. — Désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Nancy.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rochet, en remplacement de M. Claudot, promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Bouchez, en remplacement de M. Émery-Desbrousses, promu. — Maintenu dans ses fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Roberdeau, en remplacement de M. Rochet, promu. — Désigné pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin ; — Quivogne, en remplacement de M. Bouchez, promu. — Maintenu définitivement au 7e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Barbès, en remplacement de M. Roberdeau, promu. — Maintenu provisoirement au 1er tirailleurs algériens ; — Méjasson, en remplacement de M. Quivogne, promu. — Désigné pour le 120e d'infanterie.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de première classe Thomas, en remplacement de M. Babeau, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Chambard, en remplacement de M. Aubrit, retraité. — Maintenu à la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Colin, en remplacement de M. Speiser, démissionnaire.— Maintenu à l'hôpital Saint-Martin.

— Par décret, en date du 1er février 1887, M. Monod, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur et des Cultes, en remplacement de M. Cazelles, précédemment nommé conseiller d'État.

— Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1887, ont reçu les affectations suivantes :

M. le médecin-principal de première classe Bourot, désigné comme médecin-chef de l'hôpital de Vincennes.

MM. les médecins-principaux de deuxième classe Barthélemy, pour les hôpitaux de Tunisie; Lemardeley, pour l'hôpital du Gros-Caillou et la section technique du service de santé.

MM. les médecins-majors de première classe Mabboux, pour le 43e d'infanterie; Ringeisen, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Maubeuge; Dengler, pour le 92e d'infanterie; Gorsse, pour le 49e d'infanterie; Marestaing, pour l'hôpital de Lille; Julié, pour le 3e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Donion, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, au Tonkin; Bernard, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin; Didier, pour le 137e d'infanterie ; Follenfant, pour le 124e d'infanterie; Lucas, pour le 64e d'infanterie; Altemaire, pour le 1er zouaves, au Tonkin; Lagrange, pour le 2e zouaves, au Tonkin.

MM. les médecins aides-majors de première classe Labanowski, pour le 133e d'infanterie; Castel, pour le 24e d'infanterie; Collinet, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin; Herck, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Robin, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin; Speckhahn, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Olivier et Micault, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin.

M. le pharmacien-major de première classe Debraye, pour l'hôpital de Lille.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Worms, pour l'Hôtel des Invalides.

M. le pharmacien aide-major de première classe Manget, pour l'hôpital Saint-Martin.

— Par arrêté ministériel en date du 31 janvier 1887, un concours s'ouvrira, le 1er août 1887, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques dont les noms suivent :

Aix-les-Bains : MM. les docteurs Maximin Legrand et Guillaud. — Caen : M. le docteur Chancerel. — Gaillac : M. le docteur Rey. — Sedan : M. le docteur Peletier. — Baume-les-Dames : M. le docteur Bütterlin. — Cette : M. le docteur Tichy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Langlois, licencié ès sciences naturelles, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

M. le docteur Brault est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Gombault, démissionnaire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Gagnon, professeur de physiologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. le docteur Blatin est nommé professeur de physiologie.

M. le docteur Frédel est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, décédé dans sa cinquante-neuvième année. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui mercredi en l'église Saint-Roch ; — et celle de M. le docteur Bazin (de Saint-Brice).

— Un comité d'étudiants et de docteurs en médecine vient de se former pour offrir un banquet aux premières étudiantes reçues internes des hôpitaux.

Les personnes qui désireraient y prendre part sont priées de se faire inscrire, à partir de sept heures du soir, tous les jours, 55, rue de Seine, chez M. Madeuf, étudiant en médecine.

— Le congrès de Biarritz, dans l'Assemblée générale tenue le 8 octobre dernier, a voté les articles suivants, consacrés à l'organisation définitive du congrès international d'hydrologie et de climatologie.

ARTICLE PREMIER. — Les sessions du congrès international d'hydrologie et de climatologie auront lieu tous les trois ans; elles se tiendront alternativement en France et dans un autre pays.

Le prochain congrès, par dérogation à cet article, se tiendra à Paris, en 1889, pendant l'exposition universelle.

ART. 2. — En France, ainsi que dans les autres pays, les sessions se tiendront dans une ville autre qu'une station thermale.

ART 3. — Le bureau de chaque congrès est chargé de pourvoir, en temps opportun, à la formation d'un comité destiné à organiser le congrès suivant.

ART. 4. — Les communications et mémoires présentés aux sections du congrès seront rassemblés en un volume par les soins d'un comité de publication qui aura tous les pouvoirs à ce sujet.

— M. Cartier (René), dont le nom ne figurait pas dans la liste des externes, doit y être rétabli avec le no 45.

Études d'obstétrique pratique; du forceps céphalotribe et de ses applications pratiques, par le docteur HAMON DE FRESNAY. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20661

N° 16. — SAMEDI 5 FÉVRIER 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 5 FÉVRIER 1887. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouvelle méthode thérapeutique des maladies infectieuses et de la fièvre typhoïde par l'entraînement des déchets organiques incomplètement oxydés.

Dans une communication faite au mois de juin dernier à la Société médicale des hôpitaux, communication qui n'était que le prélude d'une série d'études de thérapeutique qu'il se proposait de soumettre à ses collègues dans le but de combattre les données sur lesquelles s'appuient aujourd'hui les méthodes antithermiques et antipyrétiques, M. le docteur Albert Robin exposait une nouvelle méthode de traitement des maladies infectieuses et de la fièvre typhoïde. Ce nouveau traitement était fondé sur nos connaissances actuelles relativement à l'état de la nutrition dans les maladies fébriles. Il s'attachait à démontrer, entre autres, ces deux propositions : 1° que nombre de médicaments dits antipyrétiques ne diminuent pas les oxydations intra-organiques et que, s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant hors de l'organisme des extractifs peu solubles et toxiques; 2° que loin de chercher à entraver les oxydations dans les fièvres, la thérapeutique doit tendre, au contraire, à les activer par tous les moyens possibles, parce que, contrairement à l'opinion classique, les oxydations subissent dans les fièvres une remarquable diminution, et que l'élévation de la température et la gravité des symptômes dépendent, pour une forte part, de la présence dans le sang et les tissus d'extractifs incomplètement oxydés qu'il y a tout intérêt à brûler pour hâter leur élimination.

M. Albert Robin avait déjà cherché à démontrer, dans sa thèse inaugurale de 1877, *Essai d'urologie clinique* (voir *Gazette des hôpitaux* 1877, pp. 409, 410 et 411), que l'un des éléments importants de la gravité dans la fièvre typhoïde était la rétention, dans l'organisme, de résidus incomplètement oxydés et que l'amélioration des symptômes marchait de pair avec des décharges urinaires parfois très considérables. C'est en partant de ce fait d'observation qu'il s'est proposé la solution du problème suivant : s'opposer à cette rétention. Il a pensé qu'on pourrait y parvenir d'abord en modérant les processus de désintégration, puis en s'efforçant de solubiliser ces résidus. Ce problème, suivant M. A. Robin, peut être résolu de deux manières : par combinaison ou par oxydation.

Dans cette première communication, il ne s'est occupé particulièrement que de la solubilisation par combinaison.

Bien que le plan de notre savant confrère n'ait pas encore été exposé dans son intégralité, nous avons pensé qu'il y aurait un véritable intérêt à faire connaître à nos lecteurs cette première partie de ses études sur ce sujet, au moment surtout où l'attention est vivement sollicitée par une tendance manifeste à réformer la thérapeutique des fièvres graves, en prenant pour point de départ et pour indications les données pathogéniques.

Exposé de la méthode.

Parmi les médicaments solubilisants, deux seulement lui ont paru remplir les conditions : l'acide salicylique et l'acide benzoïque qui, au lieu de s'oxygéner dans l'organisme, s'y combinent avec des éléments azotés et se convertissent en acides azotés beaucoup plus solubles que l'extractif qui entre dans leur composition. L'acide salicylique se retrouve dans l'urine sous forme d'acide salicylurique, et l'acide benzoïque sous forme d'acide hippurique.

Les premiers essais de M. A. Robin ont été faits avec l'acide benzoïque. Voici les principaux résultats qu'il a constatés :

Chez l'homme sain, dans l'état d'équilibre azoté, l'acide benzoïque employé à doses modérées prend, pour former de l'acide hippurique, l'azote dans les produits de la désassimilation azotée, qui devraient servir à former de l'urée. S'il abaisse les combustions, c'est parce qu'il entraîne sous une autre forme une partie des principes destinés à être brûlés.

Après l'action de l'acide benzoïque, l'azote total de l'urine augmente, tandis que l'azote de l'urée diminue. Ce médicament diminue l'urée parce qu'il entraine les déchets à l'aide desquels elle se forme et non parce qu'il diminue les combustions.

Si de l'homme sain on passe à l'homme malade, soit un typhique, l'acide benzoïque qui joue un rôle éliminateur si actif, sans abaisser l'activité oxydante de l'organisme, sans activer le mouvement de désintégration, remplit le but proposé.

Dans tous les cas, les matériaux solides et l'urée sont

augmentés, et, dans quatre faits sur cinq, le rapport de l'urée aux matériaux solides a subi aussi un accroissement notable.

— Ce médicament trouve donc dans la rétention des extractifs une indication de première valeur.

— Ce que M. A. Robin dit, dans ce qui précède, de l'acide benzoïque et des benzoates s'applique également à l'acide salicylique et aux salicylates.

La solubilisation par combinaison, ainsi envisagée, serait donc, à ses yeux, une méthode utilement applicable à la fièvre typhoïde et à toutes les maladies typhoïdes en général.

Les acides benzoïque et salicylique ne sont pas les seuls composés qui jouissent de la propriété de fixer de l'azote dans leur passage à travers l'organisme. Un grand nombre d'autres produits sont également susceptibles de se transformer dans l'organisme, par un procédé d'oxydation, en acides aromatiques, s'éliminant à leur tour par les urines en combinaison avec le glycocolle. Tels sont notamment le tolène, le xylène, le mésithlène, le cymène, l'éthyl, la propylbenzine, etc., etc., mais ils demandent tous encore à être étudiés à ce point de vue.

Dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, M. Robin croit ne pouvoir compter que sur les acides benzoïque et salicylique, et il donne la préférence à l'acide benzoïque et au benzoate de soude, moins nocifs pour l'estomac et qui, à dose égale, entraînent plus d'azote que l'acide salicylique.

— Telle était, dans ses points les plus essentiels, la teneur du travail lu par M. Robin à la Société médicale des hôpitaux.

Des objections de deux ordres ont été faites depuis lors aux idées et aux faits exposés dans ce travail, par un professeur de l'École de médecine de Nantes, M. Leduc. La première de ces objections porte sur ce que les oxydations dans la fièvre typhoïde ne seraient pas diminuées. La seconde sur ce que, en augmentant les oxydations, comme M. Robin le propose par sa méthode de traitement, on s'exposait à voir s'accentuer en même temps les manifestations et les accidents de la fièvre typhoïde. M. Robin, dans une nouvelle communication faite sur ce même sujet devant la Société médicale des hôpitaux et la Société de biologie, vient de répondre à ces deux objections. Nous reproduisons les termes de cette réponse :

« D'après mon contradicteur, les oxydations dans la fièvre typhoïde ne seraient pas diminuées. A l'appui de cette affirmation, M. Leduc n'apporte aucun fait expérimental. J'ai démontré, quant à moi, en me basant sur de nombreuses expériences : 1° que la quantité d'urée et d'acide carbonique éliminée dans la fièvre typhoïde était amoindrie ; 2° que plus les symptômes typhoïdes étaient accusés, plus la quantité d'urée était faible ; 3° que le rapport qu'affecte l'azote de l'urée avec l'azote total de l'urine était constamment abaissé. »

Relativement à la seconde objection, M. Robin y a répondu en résumant les particularités les plus saillantes de l'histoire des malades qu'il a traités. Voici ce résumé.

Résultats statistiques de l'application de la méthode.

Les malades traités par M. Robin à l'aide de la méthode de l'entraînement des déchets sont au nombre de 307. Sur ce nombre 30 sont morts, soit une mortalité de 9,7 p. 100 ; 139 avaient été gravement frappés, 128 ont eu des formes moyennes et 40 des formes bénignes. Défalcation faite des formes bénignes, le pourcentage de la mortalité donnerait 11,2 p. 100, proportion qui peut être rangée au nombre des meilleures, puisque la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde est de 18 à 19 p. 100.

M. Robin a constaté qu'un mouvement régulier et pour ainsi dire continu de lente défervescence commençait aussitôt après l'application complète du traitement. Dans 25 p. 100 des cas, cette défervescence s'est produite brusquement. En même temps que l'abaissement de la température, il a observé une augmentation progressive de l'élimination des déchets organiques.

Passant à l'examen des complications les plus habituelles ou les plus importantes de la fièvre typhoïde, M. Robin a fait les constatations suivantes : Les hémorrhagies intestinales figurent dans la statistique pour 15 cas, soit 4,88 p. 100, et elles ont entraîné la mort 3 fois, soit donc 0,9 p. 100 des cas.

Il n'y a eu à enregistrer qu'un seul cas de mort par perforation intestinale, soit 0,32 p. 100.

Les cas de mort causée par broncho-pneumonie ont été au nombre de 13, soit 4,2 p. 100 ; et par pneumonie de 2, soit 0,66 p. 100.

Il y a eu 18 rechutes, soit une proportion de 5,86 p. 100 ; aucune de ces rechutes n'a été suivie de mort.

La clinique aurait donc confirmé la théorie chimico-physiologique sur laquelle est basée cette nouvelle méthode de traitement.

— Si nous rapprochons cette statistique de celle qu'a dressée M. Bouchard pour les malades typhoïdes traités à l'hôpital Lariboisière par sa méthode mixte antiseptique et antithermique, que nous avons reproduite dans notre Revue du 22 janvier, on trouvera peu de différence dans les résultats : mortalité entre 7 et 11 p. 100 par la méthode de M. Bouchard, et de 11 p. 100 dans celle de M. A. Robin : résultats également satisfaisants, comme on le voit, de part et d'autre.

Saturnisme, néphrite interstitielle, artério-sclérose généralisée, hémorrhagie bulbaire. Mort.

Nous avons fait passer successivement sous les yeux de nos lecteurs deux exemples de saturnisme avec complication d'hystérie, dans un cas, de goutte dans l'autre. Voici un autre exemple, non cette fois de complication, car il ne s'agit ici que d'un saturnisme pur, classique, mais de complexité de phénomènes procédant de la même origine, néphrite interstitielle, artério-sclérose généralisée, hémorrhagies consécutives ayant entraîné la mort. La rapidité avec laquelle ont évolué ces différents phénomènes vers une issue fatale, et, ajoutons, la savante analyse qu'a faite de ce cas M. le professeur Jaccoud dans le service duquel il s'est passé, nous ont paru lui mériter une place dans cette Revue.

Le 13 du mois dernier, M. le professeur Jaccoud arrêtait ses élèves devant le lit d'un malade entré la veille. C'était un homme de trente-cinq ans, dont l'aspect caractéristique frappait tout d'abord. Il était profondément anémique, d'une pâleur de teint absolue ; il paraissait en proie à une assez grande oppression ; en le découvrant, on remarquait de suite que ses deux mains étaient complètement fléchies. Les muscles des deux avant-bras étaient également paralysés. Pâleur, oppression et paralysie bilatérale des muscles ex-

tenseurs des avant-bras, sans autres traces de phénomènes paralytiques; il n'en fallait pas davantage pour imposer de suite à l'esprit l'idée d'une paralysie saturnine. Les premières questions adressées au malade ne firent que confirmer ce diagnostic *a priori*. On apprit, en effet, que depuis l'âge de vingt ans cet homme exerçait la profession de peintre en bâtiment. A vingt-cinq ans, il avait été pris, pour la première fois, de coliques saturnines; il avait eu à la suite dix-sept attaques semblables dans une période de dix ans. Sa dernière, remontant à trois années, s'accompagna de paralysie. Coliques et paralysie parurent un moment être guéries, si bien qu'il avait pu reprendre son travail. Il n'y avait que quinze jours seulement, lorsqu'il est entré à l'hôpital, qu'il avait été atteint de nouveaux accès de colique, avec retour de la paralysie bilatérale des avant-bras, tout comme trois ans auparavant, plus la dyspnée constatée le jour de son entrée, de la céphalalgie et un affaiblissement notable de la vue.

En présence de cet état, la première question que s'est posée M. Jaccoud est celle-ci : Quelle part convient-il de faire à la dyspnée dans cet ensemble symptomatique? Fait-elle partie du saturnisme, ou faut-il la séparer du syndrome saturnin et chercher, dans ce cas, s'il existe quelque autre groupe de symptômes auquel on puisse la rattacher?

Tel est le problème de diagnostic que M. Jaccoud s'est proposé de résoudre en présence de ses élèves.

Voici ce qu'apprend l'enquête instituée sur ce point :

Nous venons de dire que lors de la reprise des accidents saturnins, il y a quinze jours, aux coliques et à la paralysie, s'étaient joints de la dyspnée, de la céphalalgie et de l'affaiblissement de la vue. C'est là un ensemble de phénomènes qui n'est pas étranger au saturnisme sans doute. On pouvait y voir les prodromes ou la préparation d'une attaque d'encéphalopathie saturnine. Mais, avant de conclure, M. Jaccoud a voulu s'assurer d'abord si la dyspnée n'était pas associée à d'autres phénomènes. Or, on a remarqué que cette dernière attaque s'était accompagnée, chez ce malade, d'un certain degré d'œdème des membres et de la face. Ceci changeait complètement la signification du symptôme dyspnée. Il a fallu renoncer à l'idée d'encéphalopathie et admettre que le nouveau syndrome, survenu il y a quinze jours, se rattachait à une affection rénale et révélait les caractères d'une urémie lente liée à une néphrite déjà ancienne probablement.

Ce diagnostic, formulé avant même l'examen des urines, a été vérifié par cet examen. Ces urines, qui avaient 1010 de densité, contenaient de l'albumine dans la proportion de 2 grammes 84. La quantité d'urine était diminuée; elle ne contenait, les premiers jours qu'on l'a examinée, que 8 grammes d'urée; deux jours plus tard, il n'y en avait plus que des traces; il y avait une diminution considérable des matières extractives. Enfin on y trouvait des débris de cylindres et de cellules épithéliales du rein. Il n'y avait plus de doute; on était en présence d'une néphrite interstitielle, et très probablement aussi en partie parenchymateuse.

Y avait-il un rapport entre l'affection saturnine et la néphrite? M. Jaccoud n'a pas mis en doute un rapport de causalité entre ces deux états. Pour lui, la filiation entre le saturnisme et la néphrite a pour intermédiaire l'artériosclérose. C'est un fait connu aujourd'hui que dans le saturnisme toutes les artères sont atteintes. Il y a une diminution de leur calibre par suite de l'épaississement de leurs parois; il s'y joint de la péri-artérite. Les mêmes lésions se retrouvent dans le myocarde. On retrouve la sclérose artérielle dans tous les viscères. Il est peu d'états pathologiques où l'artério-sclérose soit aussi générale que dans le saturnisme.

Dès le premier jour du séjour de ce malade à l'hôpital, M. Jaccoud lui prescrivit un drastique, des inhalations d'oxygène et du lait. Le lendemain 14 et le surlendemain 15 janvier, il s'était produit dans son état une amélioration notable.

Le 16 au matin, le malade avait perdu le bénéfice de l'amélioration survenue les deux jours précédents. Un nouveau drastique ramena l'amélioration. Mais elle ne fut que de courte durée. Dans la nuit du 16 au 17, un phénomène nouveau survint, une épistaxis abondante, qui nécessita le tamponnement des fosses nasales. M. Jaccoud considéra cet incident comme très fâcheux, sachant que, quand il survient une hémorrhagie chez un brightique, on doit s'attendre à en voir survenir d'autres.

Le 17 au matin, sauf la faiblesse, le malade ne paraissait pas plus mal. Mais dans l'après-midi il fut pris d'un redoublement de dyspnée. Une saignée de 300 grammes fut prescrite; mais le soulagement produit par cette saignée ne fut que momentané. Deux heures après, le malade mourut comme foudroyé.

Qu'était-il survenu dans ce court espace de temps? L'autopsie l'a appris. Le malade avait été foudroyé par une hémorrhagie bulbaire. Il ne restait plus du bulbe que la coque. Toute la substance grise était envahie par le sang.

L'anémie des mineurs.

On a longtemps et beaucoup parlé de l'anémie des mineurs, surtout depuis la fameuse épidémie des mineurs d'Anzin, décrite par Hallé. On en parle beaucoup moins aujourd'hui, et quand on s'en occupe, c'est, sinon pour en contester l'existence, au moins pour en signaler la rareté, et pour mettre en doute les influences spéciales auxquelles on l'a attribuée. Dans une des séances de la Société de biologie, de la fin de 1885, M. Blanchard rapportait que, dans un voyage récent qu'il avait fait en Hongrie, et pendant une visite faite aux mines d'or et de sel, où l'anémie était autrefois endémique, on avait reconnu que cette endémie était causée par l'ankylostome duodénal. Elle a entièrement disparu aujourd'hui grâce à des mesures hygiéniques qu'un médecin distingué de cette contrée est parvenu à faire adopter.

Voici d'intéressants renseignements que nous trouvons sur ce sujet dans une communication faite à la Société de l'industrie minière, par un de nos confrères très compétent en cette matière, M. le docteur Paul Fabre, médecin des mines de Commentry.

Notre confrère raconte que, avant d'être appelé à donner ses soins aux mineurs de Commentry, il partageait la croyance commune que le travail dans les mines produisait infailliblement l'anémie. Aussi chez les premiers malades chercha-t-il à étudier leur anémie. Sa première surprise fut de ne voir pour ainsi dire pas d'anémiques. Il éprouva une seconde surprise, en trouvant chez les rares anémiques qu'il rencontra, des causes banales d'anémie plus que suffisantes pour n'avoir pas à mettre en cause leur profession.

S'étant muni du compte-globules de Malassez, il eut beau

compter les globules des mineurs qui lui paraissaient le plus anémiques, il trouva les chiffres normaux.

Cependant, étant donné que, dans le sang, ce n'est pas tant le chiffre des globules qui a de l'importance, que la quantité d'hémoglobine que renferment ces globules, il se pouvait que chaque globule sanguin du mineur fût moins riche en hémoglobine et par conséquent doué d'une moins grande puissance d'absorption de l'oxygène que les globules des personnes vivant en plein air. M. Fabre, en conséquence, poursuivit ses recherches en joignant, aux précédents examens, l'examen par l'hémato-chronomètre, qui indique la capacité d'absorption de l'oxygène ou la capacité respiratoire de chaque individu. Les résultats furent, pour l'ensemble des ouvriers, conformes aux autres observations.

M. Fabre ne s'en est pas tenu là. Considérant qu'on pourrait attribuer les résultats négatifs de cette enquête aux conditions hygiéniques exceptionnellement bonnes des mines de Commentry, il est allé étudier comparativement les conditions hygiéniques de quelques autres centres houillers. Une tournée rapide dans le bassin de la Loire ne tarda pas à le convaincre qu'il n'y avait pas plus d'anémie spécifique à Saint-Étienne qu'à Commentry. Même résultat négatif d'un voyage fait dans le même but dans le Nord, le Pas-de-Calais et la Belgique, confirmé d'ailleurs par une note communiquée au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à La Rochelle, en 1882, par M. le docteur Dransard (de Somain), où il était dit qu'on ne constatait pas plus d'anémie chez les mineurs des houillères des départements du Nord et du Pas-de-Calais, que chez les ouvriers de toute autre profession.

Si l'anémie n'est pas plus fréquente chez les ouvriers houilleurs que chez le commun des ouvriers de toutes professions, a-t-elle des caractères spéciaux et une cause spéciale, ou n'est-elle autre que l'anémie commune due à une foule de causes diverses ? Dans les rares cas d'anémie qu'il a eu l'occasion d'observer chez les ouvriers houilleurs de Commentry, M. Fabre a pu constater qu'elle pouvait être rapportée à l'une des causes suivantes : à des hémorrhagies traumatiques, au surmenage par excès de travail et d'épuisement musculaire, à l'alcoolisme, à l'helminthiase, à l'intoxication saturnine, à l'impaludisme, etc.

A propos de l'helminthiase, M. Fabre dit avoir observé fréquemment, chez les mineurs de Commentry, des ténias, des ascarides, des oxyures, qui ont souvent dû être une cause d'anémie ; mais il n'a jamais trouvé l'ankylostome auquel on a fait jouer un rôle prédominant dans l'anémie des mineurs.

En résumé, pour M. Fabre, comme pour M. Dransard et ses confrères du Nord et du Pas-de-Calais, l'anémie ne serait pas plus fréquente chez les ouvriers houilleurs que chez les ouvriers appartenant à n'importe quelle autre industrie ; elle n'aurait, dans les cas où elle existe, aucun caractère spécial et proviendrait des mêmes causes communes que les anémies observées dans de tout autres conditions. Il y a lieu de reconnaître seulement que dans certains cas exceptionnels, l'anémie peut être le résultat du milieu dans lequel le mineur a travaillé, lorsque, par exemple, il a travaillé longtemps dans les galeries en cul-de-sac, où l'aération manque. Dans ces cas, il se produit ce que M. Fabre a appelé l'anoxhémie, anoxhémie qui engendre l'anémie chez le mineur, comme elle l'engendre chez tous les individus qui respirent longtemps dans un air confiné.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Extraction de calculs. — M. **FLEURY** (de Clermont) adresse deux observations : l'une de calcul enchatonné qu'il a extrait par la voie sous-pubienne chez un enfant de huit ans; l'autre d'un volumineux calcul extrait chez un adulte par la taille hypogastrique.

Épithélioma kystique du maxillaire supérieur. — M. **BERGER** fait un rapport complémentaire sur une observation de M. Jeannel, relative à un kyste du maxillaire supérieur. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1045.) M. Jeannel avait extrait cette tumeur et conclu à un kyste dermoïde. Mais la tumeur récidiva, et, en enlevant ces récidives, on s'aperçut qu'il y avait de petits points suspects sur le rebord alvéolaire. Plusieurs membres de la Société pensèrent qu'il s'agissait d'un épithélioma à forme kystique. L'observation fut suivie. Une de ces tumeurs récidivées fut envoyée à M. Malassez. Anatomiquement parlant, cette tumeur est bien un kyste dermoïde; mais il y a aussi une néoformation épithéliale qui explique les récidives. Le point de départ de cette tumeur est, selon M. Malassez, dans les débris épithéliaux paradentaires qu'il a décrits. Il s'agit donc d'un épithélioma à forme dermoïde non encore décrit. M. Jeannel, qui suit le malade, n'a pas constaté de récidive depuis le mois de juin dernier.

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat. — M. **TERRIER** fait connaître la statistique des opérations pratiquées dans son service de Bichat en 1886.

36 *opérations sur les yeux :* 9 cataractes, 2 iridotomies, 11 iridectomies, 6 strabotomies, 6 ablations du globe, 1 dermoïde conjonctival, 1 entropion, 1 ablation des parties molles de l'orbite. 1 seul insuccès par iritis et cataracte.

9 *opérations sur la tête et la face :* 3 kystes, 1 lipome, 1 kyste du maxillaire, 1 suture du maxillaire, 3 enlèvements de balles, 1 épithélioma du nez. Toutes ces opérations ont guéri.

11 *opérations sur le cou :* 6 abcès ganglionnaires, 1 kyste, 2 abcès, 2 ablations de goîtres. Tous guéris.

18 *opérations sur le thorax et le sein :* 1 épithélioma paroi, 1 résection costale, 2 abcès froids, 1 phlegmon profond, 1 ablation de corps étranger du sein, 4 adénomes du sein, 8 cancers du sein. 2 cancers du sein opérés sont morts de broncho-pneumonie.

34 *opérations sur l'abdomen et l'intestin :* 5 hernies étranglées (2 morts, péritonite), 2 hernies gangrenées, 11 cures radicales de hernies épigastriques, crurales, inguinales (11 guéris), 1 fibrome de la paroi, 3 incisions exploratrices (3 guéris), 1 kyste hydatique du foie, laparotomie (1 mort, péritonite), 7 fistules anales, 1 polype rectal, 1 hémorrhoïde, 1 rectotomie. Tous guéris.

13 *opérations sur les organes génitaux de l'homme :* 1 castration, 3 ouvertures de la gaine vaginale, 4 hydrocèles, 3 varicocèles, 1 phimosis. Tous guéris.

66 *opérations sur les organes génitaux de la femme :* 1 hystérectomie vaginale incomplète (1 mort, péritonite), 12 hystérectomies vaginales (10 guéries, 2 mortes d'urémie), 3 ablations du col (3 guéries), 6 grattages, 1 curage, 1 débridement du col, 6 hystérectomies abdominales (3 guéries, 3 mortes), 1 salpingite, ablation, 1 opération de Battey, 23 ovariotomies complètes (19 guéries), 1 ovariotomie incomplète (morte d'épuisement), 3 ablations de la glande vulvo-vaginale, 1 polype uréthral, 13 voies urinaires, 1 exstrophie vésicale, 2 ablations de cancer du rein (2 mortes, péritonite et urémie), 1 hydronéphrose (1 guérie), 2 fistules vésico-utérines et vaginales (1 insuccès opératoire), 1 cystotomie vaginale (guérie), 3 uréthrotomies internes (3 guéries), 1 calcul prostatique (guérie).

15 opérations sur le membre supérieur.

16 opérations sur le membre inférieur.

1 mort de tuberculose aiguë après résection de l'humérus.

1 mort de broncho-pneumonie après arthrotomie.

En résumé, sur 231 opérations, 70 guérisons, 19 décès.

M. DESPRÉS fera connaître prochainement aussi la statistique de son service. Il a eu cette année beaucoup moins d'érysipèles que les autres années. Il n'en a eu que 2 cas, ce qui ne l'a pas empêché de faire des opérations à côté des malades atteints. Il ne croit pas à la contagion de l'érysipèle. Il n'a du reste pas eu un seul cas d'érysipèle opératoire.

M. TRÉLAT ne partage pas l'avis de M. Després sur la nature non contagieuse de l'érysipèle. Il n'en a pas vu cette année dans son service. Il a eu, il est vrai, moins d'encombrement que les autres années.

M. TERRIER est d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Després ; il considère l'érysipèle comme contagieux et comme inoculable.

M. DESPRÉS répète que lorsqu'on reçoit un érysipèle dans son service, les autres malades ne le prenant pas, on est en droit de conclure que cette affection n'est pas contagieuse.

M. TERRIER ajoute qu'aujourd'hui la contagion de la tuberculose est un fait démontré. On n'en laisse pas moins les tuberculeux au milieu des autres malades.

M. DESPRÉS ne croit pas plus à la contagion de la tuberculose qu'à celle de l'érysipèle.

Anévrysme de la fémorale. — M. LE DOCTEUR MONTEIL adresse l'observation d'un homme de soixante et un ans qui, s'étant introduit la pointe d'un couteau dans la cuisse droite, eut une abondante hémorrhagie et fut atteint consécutivement d'un anévrysme de l'artère fémorale. M. Monteil fit la ligature des deux bouts de l'artère. Il se produisit une dilatation consécutive de l'iliaque externe. On pratiqua la ligature de cette artère et le malade succomba quelques jours après à une hémorrhagie secondaire.

La Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les Leçons d'anatomie et les peintres hollandais aux XVI[e] et XVII[e] siècles (1).

Par M. le docteur Paul TRIAIRE.

I

Un de nos collaborateurs, M. le docteur Triaire (de Tours), connu jusqu'ici par des travaux spéciaux, dont la plupart ont été publiés dans nos colonnes, vient de faire paraître chez Quantin un intéressant volume sur les *Leçons d'anatomie* des peintres hollandais.

Les Leçons d'anatomie des vieux maîtres bataves sont peu connues en France et, si tout le monde a présente à l'esprit la fameuse Leçon de Rembrandt, la perle du musée de La Haye, tant vulgarisée par la gravure et la photographie, — et aussi, parmi les médecins, — par la copie que possède l'Académie, bien des personnes ignorent que les Leçons d'anatomie donnèrent lieu à un genre spécial de portraits, qui compte des œuvres des peintres les plus célèbres aux XVI[e] et XVII[e] siècles.

C'est cette intéressante assertion dont M. le docteur Triaire nous donne la description dans une plaquette originale tirée avec le plus grand soin.

L'auteur, après quelques rapides aperçus sur la transformation qu'imprimèrent la réforme et la proclamation de l'indépendance à l'État hollandais, décrit, en les analysant, les leçons d'anatomie et nous donne quelques notions sur les maîtres de la science qui posèrent dans ces portraits.

On suit avec l'écrivain, dans cette étude bien écrite et rapidement conduite, l'évolution progressive de la science, en même temps que les origines, l'essor, l'apogée et la décadence de l'art national.

Les peintres sont les célèbres portraitistes qui ont porté si haut le renom artistique de leur pays : ils s'appellent Pietersen, Mierevelt, Rembrandt, Thomas Kayser, Troost, Quinckardt, Regters. Leurs modèles sont les médecins des Pays-Bas les plus en renom aux XVI[e] et XVII[e] siècles : Egberts, le chirurgien-magistrat, Tulp, l'ami et le protecteur de Rembrandt, Ruysch, le célèbre anatomiste, Titzingh, un irascible écrivain, et enfin le plus illustre de tous, l'anatomiste Camper.

Il y a là des descriptions de tableaux peu connus ou mis en évidence pour la première fois, qu'on lira avec intérêt. Nous citerons, entre autres, la leçon d'anatomie de Pietersen, groupe curieux de vingt-huit personnages, celle de Mierevelt, dont le nom rappelle tant d'œuvres fines et délicates, le tableau de Troost, le joyeux peintre des « Nelri », qu'on s'étonne de trouver en compagnie d'aussi graves personnages que des chirurgiens, mais surtout la leçon du docteur Deyman, par Rembrandt, puissante page de dramatisation, exécutée dans l'âge mûr du peintre, en 1656, et qu'il était intéressant de rapprocher de la première leçon d'anatomie, qui fut le chef d'œuvre de sa jeunesse.

L'étude de ces derniers tableaux, rendue avec un grand bonheur d'expression et la sobriété de la langue scientifique que l'écrivain est habitué à parler, contient des pages saisissantes d'intérêt. Nos lecteurs nous seront peut-être reconnaissants d'en placer quelques extraits sous leurs yeux. — Il s'agit d'abord de la leçon d'anatomie de la Haye :

« Une des grandes qualités de Rembrandt, qui constitue comme penseur sa supériorité sur les autres peintres, c'est l'*intériorité*, le don de réfléchir ce qui se passe derrière les masques qu'il représente. Il sonde l'âme jusque dans ses replis et la dévoile d'un coup de pinceau. Voyez le personnage du docteur Tulp ! Isolez-vous de la donnée du cadavre, qui décèle trop clairement la profession, et cherchez à lire dans son attitude le rang social auquel il appartient, à déchiffrer sur son visage les impressions qu'il reflète :

Ce n'est évidemment ni un gentilhomme ni un simple bourgeois ; on distingue, à la tournure, à l'attitude, au costume, qu'il ne s'agit ni d'un homme d'épée, ni d'un homme de robe, ni d'un homme de négoce. Le vêtement est noir, avec collerette nouée autour du cou, et manchettes blanches relevées sur les poignets. Le chapeau qu'il porte sur la tête pendant que son entourage est découvert est en feutre également noir, sans plumes. Ce costume est trop simple pour être celui d'un grand seigneur de l'époque, et il est porté avec trop de dignité et d'aisance pour appartenir à un simple bourgeois. Évidemment, il s'agit d'un homme de science, distingué, comme l'étaient presque tous les hommes de l'art autrefois.

Mais c'est surtout l'étude du visage et du geste qui va nous révéler l'homme : — La physionomie est en plein dans la réalité de l'art, vivante et expressive. L'œil grandement ouvert, clair et doux, mais impassible et froid. Le reste du visage d'accord avec ce regard : les muscles sont immobiles et comme figés par un sang froid habituel ; on voit que la volonté a maîtrisé définitivement la spontanéité de leurs contractions. Le geste, très vrai, calme, précis, presque élégant, s'harmonisant bien avec ce visage d'une placidité voulue. Pendant que la main gauche, relevée à mi-corps, souligne le discours, la main droite soulève les muscles fléchisseurs de l'avant-bras. Personne n'a encore noté la profonde science d'observation que révèle ce simple mouvement. Un maître de l'art, un anatomiste, ne l'accomplit pas comme ferait le premier venu, homme du monde, étudiant, ou même un praticien ordinaire. Le faisceau musculaire est saisi par la pince, largement et avec une négligence qui n'est qu'apparente, maintenu sans efforts et non sans grâce, et présenté aux auditeurs avec la nonchalante tranquillité que donne l'assuétude du manuel opératoire et la sécurité qu'inspire la libre possession de la science. Le professeur ne l'accompagne même pas du regard et poursuit son exposition les yeux fixés sur son auditoire.

A ces traits vous reconnaissez le chirurgien, l'opérateur digne de ce nom, celui qui sait faire taire les mouvements de son âme,

(1) Ouvrage d'amateur tiré à petit nombre, avec deux eaux-fortes. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Quantin.

commander à sa physionomie et à sa main et rester maître de lui devant les scènes pathologiques de l'existence ou les drames saisissants de la mort. »

Suivent la description des auditeurs, l'étude très minutieuse du cadavre, qui donne lieu à de très fines et nouvelles observations :

« Pour Rembrandt, le cadavre n'est pas, — du moins à cette rayonnante époque de sa vie, — la ruine organique entrevue sur la pierre froide des amphithéâtres, qui livre pour un moment au scalpel les secrets de ses muscles et de ses viscères et s'effondre ensuite dans la dissolution finale. C'est la mort, la mort même, — ce suprême épisode dramatique, — avec la froide solennité et la lugubre poésie qui s'en dégage. Le peintre a bien rendu ce double aspect que n'ont saisi au même degré aucun de ceux qui l'ont précédé ni aucun de ceux qui l'ont suivi. Notez, en effet, le soin avec lequel il a pris l'avant-bras pour son étude anatomique, laissant intact le corps spectral dans sa majesté mortuaire et respectant ainsi l'image de la mort, qu'aurait souillée la dissection du tronc, mis au contraire avec soin en pleine lumière.

Autour de ce mort, aucun des accessoires que les peintres des Leçons d'anatomie ont tant affectionnés; il n'y a ni tentures, ni tapis, ni instruments, ni vases de parfums. Deux colonnes architecturales à demi effacées sous la patine du temps, nous révèlent que la scène se passe dans un amphithéâtre. Un grand livre au pied du cadavre est à peine indiqué. Seule une ombre épaisse et savante enveloppe le tableau, et sur cette ombre, en face de ce néant qui fut un homme, se projette, — antithèse vivante, — l'impassible et grave figure du docteur Tulp, entouré de ses disciples. »

A côté de cette description, il faut placer celle de la Leçon du docteur Deyman, exécutée par Rembrandt, vingt-quatre ans après la première. Ce tableau, gravement endommagé dans un incendie, fut longtemps perdu et a été seulement retrouvé ces dernières années. Aussi est-ce la première fois qu'il est décrit. Nous allons juger comment l'auteur s'acquitte de cette tâche :

« Le chirurgien est debout derrière le cadavre. La tête manque. Son corps s'efface à demi dans le clair-obscur et est à peine perçu dans l'ombre qui enveloppe la scène. Les mains, en pleine lumière, s'élèvent au-dessus de la tête et soulèvent, avec des pinces, les replis des méninges. Ce mouvement, très chirurgical, est parfaitement exécuté, et on voit ici combien le peintre s'était rendu compte des détails les plus minutieux des pratiques opératoires.

A droite du professeur, l'aide, debout, suit des yeux l'opération et tient dans sa main la portion supérieure de la voûte cranienne, qui a été détachée pour mettre à découvert les hémisphères cérébraux. Sa figure, jeune, fine, bien éclairée, d'un profil très pur, tranche sur le fond obscur du tableau et sur le sombre aspect de son vêtement noir, que relèvent seulement la blancheur de sa collerette Louis XIII et le mince cordon qui sert à la fixer. L'expression est attentive, sereine, presque souriante, celle d'un homme déjà façonné par l'assuétude aux spectacles opératoires et qui ne saurait plus en être impressionné. Le cadavre est traité d'une façon dramatique, en dehors des traditions convenues des peintres des Leçons d'anatomie. Il se présente complètement de face, en raccourci poussé à un degré d'incomparable audace, les pieds très peu distants de la tête, la partie supérieure du corps relevée au-devant de la poitrine de l'opérateur. L'abdomen est ouvert et privé de ses viscères, le cerveau est mis à nu et l'on distingue à travers les enveloppes transparentes dont le chirurgien opère la dissection, les hémisphères cérébraux vus en perspective par leur face antérieure, avec leurs circonvolutions et leurs sillons ensanglantés. De chaque côté des tempes retombent les larges lambeaux du cuir chevelu.

Sur la partie inférieure du corps est jeté un linge qui dissimule sous ses plis la portion moyenne du tronc. Au-dessus le sternum et la paroi épigastrique détachés d'après les strictes règles de la nécropsie opératoire, laissent béante une vaste plaie qui met à découvert les profondeurs de la cavité thoracique. Le sang épanché et épaissi, les ombres caractéristiques qui estompent ces cavités contrastent avec la clarté sinistre du linceul et avec la blancheur molle et macérée des tissus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Le conseil de la Faculté a arrêté ainsi qu'il suit les listes de présentations pour les chaires déclarées vacantes :

1° Clinique médicale. — En première ligne : M. Spillmann; en deuxième ligne : M. Émile Demange.

2° Clinique obstétricale. — En première ligne : M. Alphonse Herrgott; en deuxième ligne : M. Remy.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1887, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, sont déclarées vacantes : 1° la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Paris ; 2° la chaire de chimie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Dans sa séance du lundi 31 janvier, la Société médico-psychologique a procédé à l'installation de son bureau pour 1887, composé ainsi qu'il suit : Président, M. V. Magnan; vice-président, M. J. Cotard; secrétaire général, M. Ant. Ritti; secrétaires annuels, MM. Charpentier et Paul Garnier; trésorier, M. Aug. Voisin.

— Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Bertrand, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf, décédé ces jours derniers à l'âge de cinquante-deux ans; et Brard (de Jonzac), ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848.

— *Muséum.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera son cours de botanique (classifications et familles naturelles), le samedi 12 février 1887, à midi et demi, et le continuera tous les samedis à la même heure dans le grand amphithéâtre.

Il traitera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle.

Après les vacances de Pâques, aux leçons précédentes se joindront des leçons pratiques dans lesquelles le professeur fera étudier, sur des échantillons vivants, les familles principales de plantes Dicotylédones. Ces leçons pratiques auront lieu le mardi à midi et demi et le samedi à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Elles commenceront le lundi 3 mai. L'enseignement sera complété par des herborisations.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie, par De Wecker et Landolt. *Anatomie microscopique*, par les professeurs J. Arnold, A. Ivanoff, G. Schwalbe et Waldeyer. (Cet ouvrage remplace la 3e édition du *Traité de Wecker*, prix Chateauvillard.) Tome III : *Réfraction et accommodation, amblyopies et amauroses, anomalies des mouvements des yeux*, etc. 1 vol. in-8°, 177 figures intercalées dans le texte. — Prix : 17 francs. 3e fascicule gratis pour les souscripteurs. Tome IV, 1er fascicule : *Maladies de la rétine*. In-8° avec figures dans le texte. Ce volume sera publié en 3 fascicules. — Prix, pour les souscripteurs, du tome IV complet : 17 francs; prix de l'ouvrage complet, 4 forts vol. in-8° raisin avec figures dans le texte et 2 planches : 68 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20676

N° 17. — MARDI 8 FEVRIER 1887. 60e ANNÉE. MARDI 8 FÉVRIER 1887. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Vaginisme ; inaptitude à la conception ; grossesse antérieure au mariage ; droit marital ; saphisme ; sodomie conjugale.

Le vaginisme est un resserrement spasmodique du vagin, capable de créer une impuissance relative et temporaire. Les obstacles à la défloration peuvent venir, soit d'une étroitesse vaginale et d'une résistance de l'hymen extraordinaires, soit d'une contraction anomale des muscles constricteur de la vulve et releveur de l'anus. Chez certaines femmes nerveuses, aussitôt qu'on approche de la vulve, ces muscles entrent en contracture et opposent un obstacle invincible à l'intromission. Le resserrement se fait à l'ordinaire au premier contact hyménéal, mais quelquefois aussi, après l'intromission, ce qui constitue le *penis captivus* des Allemands.

Quelles sont les causes du vaginisme ? M. Trélat, ayant eu plusieurs observations de résistance invincible aux premières approches, a remarqué presque toujours une inflammation et des fissures à la muqueuse vaginale. En guérissant la vulvite érythémateuse, il a guéri le vaginisme. Dans la majorité des cas, où il est très difficile d'introduire le doigt et où la défloration est à peu près impossible, on constate une vulvo-vaginite non blennorrhagique. Enfin un autre élément à considérer, c'est l'influence des réflexes : il doit se passer du côté de la vulve des phénomènes de contracture, du même ordre que ceux qui se passent dans les membres chez les femmes nerveuses et hystériques. En sorte qu'il faut tenir compte à la fois, dans le vaginisme, de la présence d'une inflammation et du degré d'excitabilité de la personne.

Cette excitabilité peut amener des troubles psychiques allant jusqu'à la folie, et on a vu des femmes, dans des conditions analogues, se jeter par la fenêtre. J'insiste sur cette relation constante que nous trouvons entre l'état des organes génitaux et l'état psychologique d'un individu, et je vous engage à rechercher, toutes les fois que vous ferez une expertise en aliénation mentale, s'il n'y a pas un point de départ génital.

Lorsque les premières tentatives masculines ont échoué, il se produit ordinairement une sorte de révolte, dans l'esprit de la femme, contre les attaques de son mari et elle exagère volontiers la résistance. Aussi, ne manquez pas de spécifier, dans vos rapports d'expert, si l'hymen est rouge, rugueux, épaissi. Le droit canonique a compris l'importance de ces détails, puisqu'il demande toujours si la membrane est intacte, rugueuse, etc. Il admet que, lorsqu'il y a eu des attaques plus ou moins répétées et infructueuses, le tort peut n'être pas complètement du côté du mari.

Comme conclusion justifiant ces détails, quand on est en présence d'un vaginisme persistant depuis un certain nombre d'années, on doit faire une enquête et sur la résistance possible de la femme et sur la vigueur du mari. Dans une affaire de séparation, actuellement en cour de Rome, j'ai constaté chez la femme un constricteur très volumineux et un releveur de l'anus formant bosse, séparé du précédent par un sillon très sensible au toucher. Le mari a demandé à faire la preuve de sa vigueur, et il a fourni le témoignage de dames plus ou moins *horizontales* qu'il avait connues avant son mariage. Or l'une d'elles a dit : « Nous arrivions très facilement à faire ce que nous voulions, *à condition que je lui vienne en aide.* » Vous comprenez la solution de la difficulté : un individu faible se trouve devant une résistance pénible à vaincre, dont triompherait probablement un mâle plus vigoureux.

Il arrive que cette contracture des muscles devient si persistante et si généralisée, qu'elle cause une rétention d'urine ; en sorte que la malade doit être cathétérisée. Une femme dans ces conditions, observée par MM. Desormeaux et Bailly, avait une attaque de nerfs chaque fois que son mari s'approchait d'elle. Ils ont obtenu par le contact du doigt la contracture, mais n'ont déterminé aucun spasme.

Dans d'autres cas, il existe une étroitesse excessive de l'hymen qui est à peine ouvert, épaissi, fibreux et très rouge, et, de plus, ce qui est très important, la vulve s'ouvre plus bas qu'à l'ordinaire. A l'inflammation, se joint un obstacle de position.

Rappelez-vous que si, quelquefois, les obstacles naturels à la défloration se surmontent avec une grande facilité, au point que certains maris soupçonnent à tort la virginité de leurs femmes, quelquefois aussi les obstacles sont tels que l'intromission est impossible pour un homme qui n'est pas très vigoureux.

M. Le Fort me racontait tout à l'heure qu'il avait été appelé, une nuit, au Grand-Hôtel par un jeune ménage russe, venu à Paris passer la *lune de miel*. Le mari s'était logé une balle dans la région précordiale, en voulant décharger son revolver, disait-il. La balle ne fut pas retrouvée, mais la guérison n'en fut pas moins rapide, puisque, deux jours après, le blessé était avec sa femme à la représentation du *Prophète*. Il avoua alors qu'il avait tenté de se suicider, désespéré de ne pouvoir accomplir ses devoirs de mari.

C'est presque toujours dans les jeunes ménages que se présentent les questions médico-légales de ce genre. Cependant l'eczéma vulvaire peut susciter, chez une femme déflorée depuis longtemps, la contracture, et produire un vaginisme accidentel.

Lorsque vous aurez été appelés dans des cas semblables, ne consentez jamais à donner un certificat. Vous ne pouvez pas, avec une femme qui vous a fait le confident de sa vie la plus intime, ne pas avoir laissé percer une fois ou l'autre un sentiment de commisération et de bienveillance. Si vous dites d'abord, dans votre rapport, qu'elle est vierge, mais ensuite qu'elle a un épaississement de l'hymen, une vulvite, etc., elle vous accusera de trahison. Aussi, pour éviter cette position fausse, je vous engage à dire à votre cliente que le parquet préfère que les constatations soi ent faites par ses experts, qui sont d'ailleurs portés à être plus favorables aux dames.

La chute de l'utérus a été invoquée comme empêchement au mariage. Voici un cas singulier, qui appartient au docteur Meyer, et qui prouve bien qu'en Allemagne on ne voit dans le mariage que le but génital. Un jeune homme s'étant trouvé seul avec sa fiancée, le soir du contrat, fait sur elle des tentatives prématurées, et s'étant aperçu qu'elle a une chute de l'utérus, il refuse de contracter mariage. La jeune fille se plaint d'avoir été déflorée. Le tribunal, considérant que la chute de l'utérus est une infirmité assez dégoûtante pour rendre sinon le coït impossible, du moins l'envie du coït très rare, annule le contrat d'une part, et, d'autre part, condamne le jeune homme à trois mois de prison pour défloration.

J'aborde la question de l'inaptitude à la conception. La menstruation s'établit en France entre douze et dix-sept ans. Mais il y a des cas de menstruation beaucoup plus précoce. Le docteur Morand cite une enfant de quatre mois, qui était réglée et réglée régulièrement. Une enfant de neuf mois était réglée et avait des poils au pubis et des seins.

Il peut être intéressant de savoir à quel âge une fille peut concevoir. L'exemple le plus précoce est celui d'une mère de huit ans, ayant mis au monde un enfant qui a vécu deux mois. Dans ce moment-ci, M. Vibert est chargé d'une expertise au sujet d'une petite fille de dix ans et demi, enceinte de son père. Je connais une autre observation d'enfant de treize ans et demi, encore enceinte de son père.

A la suite des travaux sur la menstruation de Raciborski, on avait cru que le flux cataménial était la manifestation de la ponte de l'utérus et indiquait, par conséquent, l'instant le plus favorable à la fécondation : un peu avant, pendant ou un peu après l'époque des règles. Depuis, on a fait un grand nombre d'observations qui n'ont pas été favorables à l'absolutisme de cette doctrine. Je vous citerai seulement celle d'une femme qui a eu sept enfants, les quatre premiers sans avoir jamais été réglée, et les trois autres avec ses règles.

Maintenant, jusqu'à quel âge une femme peut-elle être enceinte ? En moyenne, jusqu'à quarante ans. Mais une statistique établit que sur 10000 femmes, 436 ont été enceintes après quarante ans. On a soutenu qu'après la ménopause, une femme ne fait plus d'enfants. Je n'oserais soutenir cette doctrine, ayant l'exemple de cette femme qui a eu quatre enfants sans être réglée, et je n'oserais la nier, ne pouvant lui opposer d'observation précise.

Vous savez que la ménopause arrive habituellement vers quarante-cinq ou cinquante ans, mais quelquefois bien plus tôt. Francis Hobbes parle d'une jeune femme ayant perdu ses règles à vingt-trois ans, et, quant à moi, je peux vous citer une de mes petites amies d'enfance qui a cessé de les voir à vingt-cinq ans.

Toutes ces questions se soulèvent à propos des contestations possibles au sujet de la légitimité d'un enfant.

Un dernier empêchement à la progéniture est l'absence d'utérus qui est d'ailleurs conciliable avec la plus belle santé. Je connais une famille où il y a quatre filles d'un extérieur très florissant, qui sont privées d'utérus. Cette infirmité ne peut être alléguée comme action de divorce, mais seulement de désaveu d'enfant.

J'en ai fini avec l'impuissance et j'arrive à un autre grief : la grossesse antérieure au mariage. Ou bien elle s'est terminée avant le mariage, ou bien elle est en cours d'évolution au moment du mariage. Dans le premier cas, il n'y a pas injure grave vis-à-vis du mari, en principe, quoique le fait d'avoir caché soigneusement une grossesse et un accouchement puisse quelquefois être invoqué comme injurieux.

Mais, dans le second cas, la grossesse en cours constitue certainement une injure grave. Le docteur Bonne fut appelé un jour, comme médecin de nuit, auprès d'une femme qui se plaignait devant son mari de coliques hépatiques. M. Bonne trouvant que ces douleurs ressemblaient beaucoup à des douleurs expulsives, demanda à rester seul avec la malade qui lui avoua être enceinte de huit mois et mariée depuis six semaines. Ayant rejoint le mari dans la chambre voisine, il lui exposa la vérité, et lui montrant que la vie de sa femme dépendait de son sang-froid, le pria de ne pas faire de scène dans le moment. Le mari imprudent ne se contenta pas de se montrer accommodant, mais se prêta même le lendemain à une scène d'attendrissement et de réconciliation devant la famille de sa femme. En sorte que, lorsqu'il voulut divorcer quelque temps après, on lui opposa sa réconciliation devant témoins, et il ne put rien obtenir.

Une autre question est celle du droit marital. Le mari a le droit absolu d'exiger de sa femme les devoirs conjugaux dans toute leur étendue. Or il y a des femmes qui s'y refusent. Les expertises dans ces cas-là ont un côté si grotesque, si ridicule, que je ne vous souhaite pas d'avoir jamais à les faire. Il est d'ailleurs très difficile de juger la disproportion des *parties* des conjoints.

Dans quelle mesure pourrez-vous apprécier la douleur, qui résulte de l'intromission, l'accommodation progressive qui pourrait résulter de l'habitude, etc. ? Vous serez d'autant plus mal placés pour émettre une opinion, que lorsque vous examinerez les organes, ils ne seront certainement pas dans la situation du rapprochement. Enfin, si j'ajoute que ces femmes ont ordinairement un répertoire d'expressions d'hystériques, se plaignant toutes de souffrir « un martyre longtemps prolongé, » j'en aurai dit assez pour vous engager à éviter de paraître dans des affaires de ce genre.

Quelquefois, par exemple, dans le cas d'une pelvi-péritonite en voie de résolution, vous devez ordonner une abstinence conjugale plus ou moins prolongée. Or, certains maris refusent de s'y soumettre. Ici encore, refusez de paraître en justice pour ne pas être obligés, en prenant parti pour l'un, de trahir tout ou partie des secrets qui vous ont été confiés.

Enfin, il y a des femmes qui ne veulent absolument pas se prêter aux actes conjugaux. Vous avez peut-être lu *Mlle Giraud ma femme*; c'est un roman qui se réalise plus souvent qu'on ne croit. Le mari argue qu'il n'a jamais pu pénétrer même dans le lit de sa femme. Ces froideurs ont généralement pour motifs d'autres amitiés, même féminines. Les magistrats, qui ont tous lu le livre de M. Martineau sur le *saphisme*, feront toujours cette dernière supposition. Or, je tiens à vous dire que cet ouvrage est absolument exagéré et souvent faux. J'ai prié un de mes élèves de faire certaines recherches, et je l'ai fait nommer, à cet effet, médecin du Dispensaire à la Préfecture de police. Eh bien! même chez les filles sortant de certaines maisons qui ont une réputation de spécialité, il n'a pu découvrir aucun signe certain et constant des habitudes de saphisme. Il n'est pas rare de voir au Dispensaire, chez des femmes bien portantes, la fraîcheur la plus virginale des grandes et des petites lèvres, tandis que d'autres, plus novices dans le métier, présentent déjà des malformations : développement des grandes lèvres, de l'infundibulum, du clitoris, etc.

Je me trouvais, un jour, dans le cabinet d'un juge d'instruction, au moment où une femme vint se plaindre de ce que son mari avait abusé de sa fille, de huit ans, qu'elle amenait avec deux autres plus jeunes. Sur la prière du juge d'instruction, j'examinai immédiatement l'enfant dans une chambre voisine et je constatai nettement le signe indiqué par Tardieu, comme caractéristique, le développement de l'infundibulum. Mais, ayant demandé à voir les autres, je trouvai exactement le même développement, qui était sans doute un caractère de famille. Il n'y a donc pas de critérium absolument certain. Aussi, dans les expertises de ce genre, prévenez toujours le juge d'instruction que vous ne trouverez probablement pas d'indice qui vous permette de porter une affirmation.

Soyez encore prudents dans les questions de sodomie ou pédérastie conjugale. La jurisprudence voit, dans ces sortes de faits, des attentats à la pudeur comme en dehors du mariage. Or, les caractères changent avec les conditions. Sur une jeune mariée, vous trouverez l'anus infundibuliforme, avec rougeur et fissures, le sphincter contracté; longtemps après, vous ne trouverez plus rien.

Lorsque vous ne verrez rien, ne croyez donc pas, comme tant de médecins qui portent des noms souvent fort estimables, que c'est parce que vous ne savez pas voir. Vous verriez alors des choses qui n'existent pas. N'allez jamais au delà de ce que vous pouvez constater, au moment même de l'examen.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Statistique, mortalité post-opératoire.

En commençant ces leçons cliniques du premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, je vous ferai, comme les années précédentes, un bref exposé de ma pratique opératoire pendant le cours de l'année qui s'est terminée avec les vacances.

Il y a un an, à pareille époque, dans un exposé semblable fait au cours de ma première conférence clinique, je m'applaudissais des résultats que j'avais obtenus pendant les douze mois de l'année précédente, et surtout du chiffre extrêmement faible auquel la mortalité était tombée, je dis extrêmement faible puisqu'il était descendu à 1,9 p. 100, pas même 2 p. 100. Nous n'avions vu aucun érysipèle se développer dans nos salles pendant tout ce temps, et nous n'en avions reçu dans le service que deux petits, venus du dehors, sans grande importance, et qui, tous deux, s'étaient parfaitement terminés.

Malheureusement il n'en a pas été de même dans l'année qui vient de finir, ce qui nous prouve que même au milieu des plus beaux résultats, nous devons toujours rester en défiance vis-à-vis de nous-même. Et c'est la situation du mois de décembre 1885 qui a été la cause la plus importante de l'augmentation de mortalité que nous avons eu la douleur de constater l'année dernière. En effet nous comptons 17 décès sur 279 opérations chirurgicales, soit la proportion de 6,09 p. 100.

Depuis que j'ai pris un service de clinique chirurgicale, j'ai vu la mortalité passer successivement de 16 à 15, à 14, à 10, à 9, et enfin il y a un an, à 1,9 p. 100, pour revenir cette année au chiffre de 6,09 p. 100. C'est là certainement encore une faible mortalité, si nous la comparons à ce qu'elle était encore il y a six ou sept ans, ainsi que le montrent les chiffres que je viens de vous citer; mais c'est beaucoup trop en réalité en face du taux auquel nous avions eu le bonheur de tomber l'année dernière.

A quoi tient donc ce relèvement dans le chiffre des décès? A deux choses principales dont nous sommes victimes :

1° L'an dernier, lorsqu'à la fin des vacances, je repris mon service, mes salles étaient pleines de malades, encombrées même de tant de brancards que je n'en comptais pas moins d'une vingtaine à la fois. Aussi malgré tous mes efforts pour diminuer cet encombrement, je voyais au bout de deux mois les érysipèles se multiplier, je voyais éclater des phlegmons diffus pour la moindre petite lésion, des plaies présenter la pourriture d'hôpital, et les phlegmons devenir rapidement septiques et graves. C'est ainsi que nous avons perdu trois de nos malades. En effet, lorsque le nombre des lits se trouve ainsi augmenté, les soins de propreté sont rendus beaucoup plus difficiles, la poussière s'accumulant sous les lits, autour des objets que les malades sont autorisés à garder avec eux : de là, conditions hygiéniques déplorables.

2° Quelque peu enhardi, il faut bien le dire, par l'excellente situation que nous avions obtenue l'année précédente, d'une part, et de l'autre sans cesse obsédé par les malades atteints de tuberculose chirurgicale, à marche lente, souvent inexorable, nous demandant d'intervenir chirurgicalement dans leur état, nous nous sommes laissé aller parfois à céder malgré nous à leurs prières; nous sommes ainsi tombé quelquefois sur des gens beaucoup plus tarés que nous l'avions supposé, sur des foyers pathologiques plus étendus que nous pouvions le supposer, et nous avons vu ainsi la mort survenir chez les uns par suite de l'étendue du terrain opératoire, chez d'autres par le développement de la tuberculose sur des points plus ou moins éloignés du foyer primitif. Je vous citerai notamment certain malade

que nous avons opéré pour une carie tuberculeuse très étendue du grand trochanter, et qui a succombé à une tuberculose pulmonaire, activée certainement par l'opération que nous avions cru pouvoir pratiquer. Bref, tout cela nous a donné bel et bien 7 ou 8 décès.

Nous avons fait aussi une opération de gastrostomie, — opération palliative, — sans aucun incident ni accident opératoires, laquelle a été suivie de mort, le quatrième jour, par hémorrhagie stomacale. L'épithélium du cardia s'étendait sur la partie antérieure de l'estomac, de telle sorte que la bouche opératoire que nous avions pratiquée touchait par l'un de ses bords à la dégénérescence épithéliomateuse.

Parmi les décès de cette année, nous devons compter aussi certain malade auquel nous avons enlevé les deux tiers de la langue pour un épithélioma de cet organe. Vers la fin de l'opération, il nous avait présenté un symptôme inquiétant, il avait été pris d'un état syncopal léger, il est vrai, mais que rien dans l'opération ne pouvait expliquer. Or trois jours après, alors que les suites opératoires marchaient très régulièrement, cet homme en s'asseyant dans son lit est retombé raide mort sur son oreiller, par suite d'un état cardiaque dont les signes peu accentués n'avaient pas un caractère suffisant pour contredire l'opération chirurgicale.

En résumé donc, les deux causes qui ont pesé d'une façon si fâcheuse sur la statistique des décès de cette année, sont : 1° l'encombrement des salles à un moment donné ; 2° des opérations un peu excessives pratiquées sur des gens trop déprimés, sinon même un peu tarés au point de vue de leur santé générale.

J'ajoute, en terminant, que, par contre, nos amputés et nos réséqués ne nous ont donné aucune mortalité, et, pour ne parler que des amputations, je dirai qu'elles se divisent en : 2 amputations de cuisse, 3 amputations de jambes, 1 du bras et 1 de l'avant-bras.

De ces faits, l'enseignement à tirer est double : 1° il nous faut plus que jamais veiller avec un soin jaloux sur tout ce qui peut augmenter les causes de septicité ; 2° il nous faut nous attacher de plus en plus à serrer notre diagnostic, à serrer les indications opératoires, avec une sûreté suffisante pour éviter, autant qu'il est possible, toutes surprises, tous échecs non pas opératoires mais post-opératoires.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la nourrice en incubation de syphilis (1).

II

Après avoir, dans une première leçon sur ce sujet, étudié avec vous les différents cas qui pouvaient se présenter, après vous avoir fait connaître comment une nourrice entrée dans une famille en apparence saine, après avoir allaité un premier nourrisson, pouvait tout à coup voir se développer sur elle des accidents syphilitiques et les transmettre à l'enfant qu'elle nourrissait en second lieu, enfin après avoir insisté sur certains points de la conduite à tenir dans les familles où vous vous trouvez appelés en pareils cas, nous devons étudier aujourd'hui un autre point du *quid agendum*, c'est-à-dire rechercher les moyens, les mesures à prendre pour prévenir des situations du genre de celles que nous avons passées en revue vendredi dernier. Il s'agit donc là d'une véritable question de prophylaxie.

Comment pouvons-nous éviter qu'une nourrice parfaitement saine en apparence et réputée telle par les certificats qui lui ont été donnés, donne la syphilis à l'enfant qu'elle va allaiter ?

Cette prophylaxie repose sur des éléments divers et dépend absolument de nous. En effet que fait-on dans le cas d'une nourrice saine et d'un enfant syphilitique ? Le médecin appelé examine l'enfant, reconnaît qu'il porte un bouton de nature syphilitique (je suppose qu'il s'agisse de syphilis héréditaire), il examine la nourrice et la trouve encore indemne. Il prend à part le père, le confesse, lui expose crûment la situation, lui enjoignant de séparer cette femme de son enfant. Mais si le médecin se borne à cette simple recommandation, il n'aura fait, en réalité que la moitié de son devoir, oubliant l'autre moitié non moins importante que celle-ci.

En effet qu'adviendra-t-il ? Que la nourrice sera immédiatement renvoyée. Or cette femme congédiée n'aura, tout naturellement, rien de plus pressé que de chercher à se replacer comme nourrice, elle entrera dans un autre bureau et prendra le premier nourrisson qu'elle pourra trouver et deviendra ainsi pour lui un véritable danger, car peut-être dans quelques jours ou dans quelques semaines, quelque chancre se développant sur le sein, elle contagionnera à son tour ledit nourrisson. Or quel sera le coupable de cette seconde contagion ? La nourrice ? Non, car elle n'est pas initiée aux secrets de l'inoculation de la syphilis. La famille ? Pas davantage. Le coupable véritable ce sera le médecin, c'est lui qui en aura la responsabilité, car de par sa profession il doit connaître à fond cette incubation et sa durée possible. C'est donc lui qui doit prévoir l'avenir et prévenir le danger.

Est-ce à lui qu'incombe le devoir d'intervenir pour remplir un droit de sauvegarde vis-à-vis de la société ? Mais comment le fera-t-il ? En signalant à la famille les dangers de la situation ; la nourrice que vous voulez congédier, dira-t-il, vous devez la garder, vous le devez par devoir et même par intérêt, car si elle vous quitte, elle cherchera et prendra un autre nourrisson, et quoique saine aujourd'hui aux yeux de tous — en apparence du moins — elle peut le contaminer, et alors vous, famille prévenue, vous serez responsable de deux malheurs : 1° de la maladie que votre enfant a communiquée à sa nourrice ; 2° de la contamination du second nourrisson que cette femme a pris. Donc vous devez garder cette femme chez vous pour éviter les tracas inséparables d'un pareil fait, éviter la publicité, le scandale, enfin les réparations pécuniaires auxquelles pareil fait vous entraînerait.

Si vous savez tenir ce langage, la famille, justement effrayée, fera tout ce que vous voudrez et s'arrangera pour conserver sa nourrice. Et voilà comment vous préviendrez un ordre de contagion possible. C'est là le véritable devoir à remplir quand un enfant syphilitique a infecté une nourrice saine.

Mais ce n'est pas tout. Pouvons-nous nous tenir à l'abri de ces déplorables contagions ? Comment pouvons-nous éviter les dangers d'une nourrice en incubation de vérole ? Le premier moyen, n'est-ce pas, est de choisir une nourrice qui n'a jamais nourri que son propre enfant, puisque

(1) Fin. — Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 84.

l'examen de tous deux suffira à vous rassurer pleinement. Mais ce choix est loin d'être toujours possible, et le gros du public ne peut pas toujours agir ainsi, il va dans un bureau et prend ce qu'il peut, c'est-à-dire assez souvent des femmes qui ont déjà allaité plusieurs enfants ; qui en sont à une deuxième, une troisième ou une quatrième nourriture. Or, avec de pareilles nourrices, quelles garanties avez-vous qu'elles ne sont pas en incubation de syphilis, à quelque examen attentif que vous la soumettiez ? Elle est saine aujourd'hui, mais qui vous dit que demain ou les jours suivants elle ne verra quelque chancre apparaître sur l'un ou l'autre sein? A moins que vous sachiez exactement l'état du précédent nourrisson qu'elle vient d'allaiter. Mais c'est là justement le *desideratum*.

N'avons-nous donc aucun moyen d'être renseigné sur ce point? Si fait, mais ce moyen n'est ni dans nos mœurs ni dans nos usages, ce serait d'exiger, de toute nourrice ayant déjà allaité un enfant, un certificat affirmant que cet enfant n'est atteint d'aucune affection contagieuse, certificat que la nourrice réclamerait des parents dudit enfant. Voilà certes un moyen parfait, mais est-il applicable ? Est-il pratique? On dit qu'un pareil certificat n'est pas dans nos mœurs, dans nos habitudes. Soit! mais il pourrait y entrer. Les objections viendraient-elles de la part de la nourrice? Mais pourquoi? N'a-t-elle pas au contraire tout avantage à en être munie? N'y trouve-t-elle pas les meilleures garanties pour sa place? Serait-ce donc la famille qui s'y opposerait, qui se refuserait à le donner? Il est certain que les parents de tout enfant non syphilitique ne s'y refuseraient en rien, d'autant plus que pour eux ce serait une simple formalité. Les familles qui seules trouveraient leur dignité froissée seraient celles dont l'enfant est atteint de syphilis ; mais en tous cas elles ne pourraient délivrer de certificat garantissant le bon état de santé de leur enfant, car aucun médecin n'accepterait d'y apposer sa signature.

En résumé ceux-là seuls qui se refuseraient à donner un certificat seraient les parents d'enfants syphilitiques, ceux, par suite, en garde desquels la société devrait se tenir.

D'ailleurs le meilleur moyen serait de forcer les bureaux de nourrices à ne recevoir et placer que les femmes pourvues d'une pièce certifiant le parfait état de santé du précédent nourrisson indemne de toute maladie contagieuse. Et pour forcer lesdits bureaux à prendre cette mesure, il suffirait d'un simple arrêté préfectoral.

C'est là, en résumé, une lacune dans notre organisation préfectorale qu'il est de notre devoir de signaler hautement à l'administration, surtout à une époque où l'on s'occupe autant de tout ce qui touche à l'hygiène publique, de signaler, dis-je, de façon à exonérer enfin nos concitoyens de ce tribut de la syphilis, car de pareilles mesures sont, en réalité, réclamées par l'opinion publique. Notre devoir est donc, je le répète, d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur ce mode de contagion syphilitique de l'enfance.

En résumé, je terminerai cette leçon par les propositions suivantes :

1° Les nourrissons sont trop souvent victimes de contaminations syphilitiques de nourrices infectées par d'autres nourrissons;

2° L'examen médical de ces nourrices est une mesure illusoire en raison de la durée possible de l'incubation de la syphilis ;

3° La seule garantie capable de prévenir la santé publique contre de pareils dangers réside dans un certificat médical attestant l'état d'immunité du dernier nourrisson d'une nourrice ;

4° On ne permettra à une nourrice l'entrée dans un bureau de placement que lorsqu'elle sera munie d'un semblable certificat.

Sans vouloir exagérer en rien l'efficacité d'une semblable mesure, sans vouloir répondre qu'elle garantira tous les enfants contre la contamination syphilitique, je puis dire cependant qu'elle préservera bon nombre d'entre eux, ce qui suffit pour affirmer qu'elle est utile, qu'elle est bonne, et qu'elle doit être réclamée des pouvoirs publics.

VARIÉTÉS

Les Leçons d'anatomie et les peintres hollandais aux XVIe et XVIIe siècles (1).

Par M. le docteur Paul Triaire.

II

On voit, par ce court exposé, quelle profonde modification le peintre a fait subir à sa manière depuis sa première Leçon d'anatomie. Quel contraste, en effet, entre cette œuvre d'un réalisme poignant et la page correcte, savante, académique, un peu froide même, de 1632! Nous n'avons guère, cependant, dans la Leçon du docteur Deyman, que le cadavre comme principal sujet de comparaison. Mais c'est justement le fragment de la composition qui nous importe le plus, et il suffit bien pour établir l'absolue différence qui éclate entre les deux œuvres. Ce n'est pas ici le sujet anatomique décent et convenu que d'autres, avec le génie en moins il est vrai, ont peint avant Rembrandt. Ce n'est pas non plus l'évocation sereine et presque majestueuse de la mort devant la science attentive. C'est, au contraire, la figuration énergique d'un des drames les plus saisissants qui peuvent suivre la cessation de la vie. C'est la destinée tragique qui dénoue les odyssées misérables. C'est, en un mot, le cadavre d'amphithéâtre dans l'état lamentable où l'a réduit la succession des actes opératoires, avec sa figure livide, ses teintes blafardes, ses entrailles fouillées par le scalpel, son cerveau mis à nu, ses chairs pantelantes rougies de sang!...

C'est bien là la mort dans sa forme la plus saisissante, avec son caractère le plus sombre. Et cependant il y a sur ce visage une mystérieuse expression d'angoisse et d'horreur qui appartient bien à la vie, qui n'est pas l'écho dernier et prolongé des affres de l'agonie, mais plutôt celui de la souffrance physique poussée à son intensité. On dirait que le « sombre humoriste » a voulu faire de ce corps une image spéciale et innomée que l'on ne saurait plus classer ni parmi les vivants ni parmi les morts. Et pour compléter l'étrange illusion, les mains mystérieuses qui fouillent la substance cérébrale et appartiennent à un corps presque invisible, les lambeaux sanglants qui entourent d'une lueur sinistre ces traits contractés, lui donnent l'apparence d'assister impuissant à sa propre dissection. »

Pour le docteur Triaire, le saisissant contraste qui existe entre cette composition d'un intense naturalisme scientifique se retrouve dans la plupart des œuvres de la première et de la deuxième manière du Maître hollandais et est bien le produit naturel de l'évolution de son génie. Mais il est une circonstance spéciale qui doit influencer le grand peintre et n'a pas été certainement étrangère à la note triste et poignante qu'évoque la Leçon du docteur Deyman, c'est l'année même où elle fut exécutée. Cette année de 1656 est en effet une date sombre dans l'histoire de Rembrandt : c'est celle où vieilli, contesté, ruiné, déclaré insolvable, il fut mis

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 125.

en faillite et saisi; où ses tableaux, ses eaux-fortes, sa merveilleuse collection d'objets d'arts, unique au monde, et à laquelle, — connaisseur émérite et étonnant pour l'époque, — il attachait tant de prix, furent mis à l'encan et vendus pour une faible somme d'argent, et où lui-même, chassé de son foyer domestique, dut chercher ailleurs un abri pour le chevalet sur lequel il avait peint tant de sublimes chefs-d'œuvre.

Cette cruelle et navrante injustice du sort dut être vivement ressentie par le Maître hollandais, et l'on comprend sans peine qu'une des premières œuvres de cette fatale année ait porté l'empreinte des meurtrissures de son esprit et offre, — burinées en traits inoubliables, — les sombres pensées qui l'assiégeaient. Oh! qu'elle convient bien au sublime poète renié par les siens, au grand peintre de tous les temps chassé de ses œuvres immortelles par un banal tribunal de faillites, cette angoissante page d'amphithéâtre, cette figuration d'un misérable corps dont une moitié a disparu sous l'implacable scalpel et dont l'autre moitié crie une profonde horreur par ses larges plaies toutes béantes. Ces plaies ne sont-elles pas celles de Rembrandt lui-même? Et n'est-il pas permis de lire sur ces blessures sanglantes, sur ce visage qui porte l'empreinte d'une morne agonie, l'écho douloureux et lointain des plaintes du génie ulcéré : — les désespérances de la prison, les mortelles humiliations du prétoire, les flétrissures du jugement dérisoire, l'abandon dénaturé de son fils, la lâche désertion de ses amis, la persécution jalouse de ses adversaires, la haine *satisfaite* de ses rivaux? »

En face de cette intéressante collection de portraits des vieux médecins hollandais, exécutés par les plus grands peintres de leur pays, l'esprit de l'écrivain fait un retour vers sa propre patrie, vers les Maîtres de la grande École médicale française, et c'est en ces termes émus qu'il salue leur mémoire en terminant son livre :

« En contemplant ces toiles sur lesquelles le temps a étendu sa patine, on se prend à regretter que les autres nations ne possèdent pas de semblables souvenirs de leurs vieux maîtres, de ces ouvriers de la première heure, qui ont posé la pierre d'attente de l'édifice scientifique qui aujourd'hui nous abrite. On me permettra de penser que la France ne ferait pas mauvaise figure dans cette exposition rétrospective de nos gloires d'antan. Notre chère patrie! Elle était à la tête du mouvement intellectuel, alors que d'autres nations n'étaient pas encore nées à la vie scientifique, et ce serait une incomparable galerie que celle qui nous montrerait, réalisés sur la toile, les illustres ancêtres qui hantent nos souvenirs classiques. Supposez, en effet, cette collection sans rivale suspendue aux murs du vieux palais historique vers lequel s'est si fréquemment, inquiète, tournée l'Europe, et qui aujourd'hui la captive par ses trésors artistiques. Accrochez à ces murs séculaires la Leçon de Guy de Chauliac, l'auteur de la « Grande Chirurgie ». Placez-y Paré pratiquant pour la première fois la ligature des artères aux amputés; et à ses côtés Guillemeau son élève, Franco le Provençal, son rival. Déroulez ensuite sur ces panneaux historiques les fastes scientifiques du XVIIIe siècle, — toute une pléiade glorieuse de chirurgiens incomparables. — Ici les leçons d'anatomie sont professées par La Peyronie, le fondateur de l'Académie de chirurgie, par Jean-Louis Petit, le plus grand chirurgien de son temps, Quesney, l'historien de la chirurgie, Louis, le premier médecin légiste digne de ce nom, Bordenave et Tenon, les plus ardents investigateurs de leur siècle et enfin Desault, chirurgien et professeur célèbre à vingt-deux ans, créateur de l'anatomie et de la clinique chirurgicale. Et ces glorieux chirurgiens enseignent l'Europe entière!

Mais c'est là un songe dont il faut s'éveiller. Regrettons-le uniquement pour l'art, que des peintres comme Le Poussin, Lesueur, Rigaud, Largillière, Latour, auraient enrichi de nombreux trésors. La science française se console facilement du rêve par la possession de la réalité. Nos illustres maîtres, ils ont mieux que la toile pour durer, ils ont leurs impérissables travaux qui assurent à leurs noms l'immortalité à travers la succession des époques futures.

Ils ont leur postérité scientifique, la généreuse et féconde lignée des chirurgiens français contemporains, façonnés à leurs exemples, formés à leurs travaux, fidèles aux hautes traditions qu'ils leur ont léguées, et dans lesquels ils revivent tout entiers. C'est ainsi qu'ils se perpétuent réellement parmi nous et que leur image, — pour ne pas être croquée par un Rembrandt, — n'en reste pas moins présente à nos mémoires. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 janvier 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Krohn, Béal, Girard, Jardet, Désormes, Garaud, Fournial, Joanny, et Florand.

— Par décret, en date du 31 janvier 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Chevalet.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Rousseau et Thobois; M. le médecin aide-major de deuxième classe, Léger.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Neumann,

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Corté, Garnier, Guillemaut, Affre, Siredey, Debrade, Morel, Trudeau, Gonnet, Clerjon, Jaudot dit Danjou, Rollet, Bloch, Hervier, Billard, Tuloup, Laurent, Dupuis et Béraud.

— Par décret, en date du 4 février 1887, M. le docteur Guillot, aide-médecin de la marine, a été promu au grade de médecin de 2e classe de la marine.

— Par décision ministérielle en date du 3 février 1887, M. Delorme, médecin-major de première classe à l'hôpital Saint-Martin, membre de la section technique du service de santé, a été désigné pour l'emploi de professeur de clinique chirurgicale et blessures de guerre, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, en remplacement de M. Servier, retraité.

— Par application de la décision ministérielle du 6 mars 1886, réglant les conditions du stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, M. Chabrol, élève du service de santé, attaché à l'hôpital Saint-Martin, reçu docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin-stagiaire à ladite École.

— Par arrêté ministériel en date du 5 février 1887, un concours s'ouvrira, le 8 août 1887, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Toulouse, Vaudey, Pantaloni, Gilles, Guende, Bonnefoy, Stéfani et Bar.

Externes : MM. Martel, Lechaux, Bourdillon, Doulet-Fortunay, Garnier et Comier.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le comité de la Faculté a arrêté ainsi qu'il suit la liste des présentations pour la chaire de médecine expérimentale et comparée.

En première ligne, M. Arloing; en deuxième ligne, M. le docteur Rodet, agrégé.

— M. le docteur Luton, directeur de l'École de médecine de Reims, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près de la bibliothèque de cette ville.

— La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient de décerner les récompenses suivantes :

Médaille d'or. — M. le docteur Bruneau (de Paris), pour sa thèse sur l'empoisonnement par le gaz d'éclairage.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Prieur (de Taverny), pour sa thèse sur la fièvre typhoïde à Saint-Denis de 1873 à 1884.

Médailles d'argent. — M. le docteur Lacroix (de Lille), pour sa thèse sur la fièvre jaune d'après l'épidémie de la Martinique en 1880-1881. — M. le docteur Dufourcq (de Bordeaux), pour sa thèse sur l'importation de la fièvre typhoïde dans les pays chauds.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Galliot (de Bezons), Roussaux (de Noisiel) et Thuillier (de Blain).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20686

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lutte n'est pas terminée entre adversaires et partisans de la méthode de M. Pasteur contre la rage. Un rien suffit pour les ramener sur le terrain, et ils y portent des deux parts une animation singulière. Les uns ne peuvent pas dire un mot que les autres ne le contredisent, restant toujours sur le qui-vive. Il est curieux de voir arriver à la fois d'une même ville, sur cette question, des témoignages opposés. Ainsi, tandis qu'un médecin de Naples annonce une série d'expériences aussi favorables que possible à la méthode, il en est d'autres qui s'appuient sur leurs expériences personnelles pour en mettre en doute l'efficacité. La compétence de ces derniers a été vivement contestée par M. Vulpian, tandis qu'ils trouvaient un avocat dans M. Peter.

Nous donnons aujourd'hui le résumé complet de la longue communication de M. Panas sur la nutrition des diverses parties constitutives de l'œil. Cette communication a duré deux séances, illustrée, pour ainsi dire, par un grand nombre de dessins placés sous les yeux de l'Académie. Elle a paru fort intéressante pour ceux qui font de l'œil une étude spéciale.

HOTEL-DIEU. — M. GALLARD.

Des ulcérations du col de l'utérus ; pathogénie et valeur séméiologique.

(Leçon recueillie par M. L. SECHEYRON, interne du service.)

Les ulcérations du col utérin ont été l'objet de nombreux travaux : elles ont servi de point de départ à de longues discussions, sur leur nature, leur mode d'évolution.

Je veux aujourd'hui vous donner de tous ces travaux la conclusion qui me paraît la plus conforme à la vérité. Je peux d'autant mieux vous présenter cette conclusion, que je crois avoir contribué pour une large part à son adoption.

Les ulcérations du col de l'utérus sont imputables à la métrite dont elles sont l'expression ; ou encore, l'utérus atteint d'ulcérations du col est un organe malade enflammé.

Depuis Récamier seulement, les lésions du museau de tanche ont pu être examinées sur le vivant. Certains auteurs, frappés à tort par des différences d'aspect, ont assigné aux ulcérations des différences de nature et affirmé des distinctions dans l'essence de la maladie dont elles constituaient un des symptômes. Dans le cas d'ulcérations du col, le toucher et l'examen au spéculum ont fait toujours reconnaître un état morbide de l'utérus. Cet état est toujours identique dans son essence. L'ulcération coïncide toujours avec une hypertrophie, un engorgement de l'utérus, simple modalité de l'inflammation chronique de cet organe.

Je désire tout d'abord vous faire constater ce fait. Je prends soin du reste de vous le faire remarquer bien souvent dans le cours de nos examens cliniques de gynécologie.

Je n'entrerai pas aujourd'hui dans le détail d'une étude des ulcérations du col, notre tâche sera restreinte à l'exposé de leur valeur séméiologique et de la discussion de leur pathogénie.

L'examen au spéculum permet de reconnaître au col deux états bien différents dans le cours de la métrite chronique.

D'abord l'utérus offre un simple changement de coloration, un état congestif.

Il présente une coloration rouge sans arborisations vasculaires ; puis, cette coloration devient violacée. Sur la teinte générale d'un violet livide apparaissent des taches blanches.

Permettez-moi de vous faire différencier ces taches de ces lignes blanchâtres radiées autour du col, comparables à des rayons convergeant vers le col et résultant d'accouchements antérieurs.

Ces lignes blanches, comme tracées au fond de sillons, sont de véritables cicatrices.

Leur aspect, leur direction radiée autour du col utérin, témoignent d'une manière manifeste de déchirures pendant l'accouchement.

Les taches, les plaques jaunâtres qui doivent être différenciées de ces sillons cicatriciels, sont le résultat d'un travail plus avancé de la phlegmasie chronique. Elles sont l'expression d'un état de sclérose, dernière évolution de l'inflammation.

Le tissu utérin se comporte dans l'inflammation comme tous les autres tissus. L'identité est complète.

La muqueuse de tout utérus qui doit être le siège d'une ulcération du col, est enflammée, hypertrophiée, ses sécré-

tions sont augmentées. L'hypersécrétion dépend bien évidemment d'une inflammation des glandes mucipares, des follicules de la muqueuse. Ces follicules, à peine perceptibles tout d'abord, apparaissent sur la muqueuse du volume d'un grain de mil, d'une tête d'épingle. On les voit disséminés sur le col. Ils constituent les granulations de la métrite chronique.

Ces granulations, bien vues par MM. Boivin et Dugès, ont été plus tard judicieusement appréciées par Chomel. Ces points rouges, disséminés à la surface du col, grâce à leur multiplicité, donnent au doigt la sensation du velours d'Utrecht coupé ras. Chomel les comparait à celles que l'on observe sur la muqueuse pharyngée. Sa description est exacte ; mais cet auteur s'est trompé en élevant les granulations presque à la hauteur d'une maladie spéciale.

Cette manière de voir a été partagée par plusieurs de ses élèves, par N. Gueneau de Mussy entre autres, qui a vu dans ces granulations la manifestation de la diathèse herpétique.

Cette pathogénie ne repose pas sur des bases solides. L'opinion contradictoire que j'émets s'appuie tout d'abord sur des examens cadavériques pratiqués par M. le professeur Richet et consignés dans la thèse de Dumont (1845, th. de Paris). M. Richet, étudiant l'état de la muqueuse utérine dans la métrite chronique, a trouvé que les petits points rouges saillants sur la muqueuse n'étaient que des follicules enflammés, distendus, les uns renfermant un liquide transparent, les autres remplis d'un liquide puriforme. La muqueuse sur laquelle ces follicules faisaient saillie était rouge, très vascularisée, épaissie. La pression permettait de faire sourdre quelques gouttelettes de sang par les orifices des follicules préalablement ouverts avec l'aiguille.

L'anatomie pathologique de ces follicules peut se compléter sur le vivant, au spéculum. Ces petites granulations rouges sont disséminées autour de l'orifice. Vous remarquerez leur répartition, leur abondance autour de l'orifice du col, et la diminution progressive de leur nombre vers les insertions vaginales.

Vous pouvez embrasser et saisir, dans plusieurs examens successifs, toutes les phases de l'évolution de ces follicules.

En certains points, vous apercevez de petites élevures plus ou moins confluentes ; à côté d'elles, vous voyez des sortes de vésicules de 2 millimètres de diamètre. A ces vésicules succéderont des pustules ; en définitive, vous verrez évoluer des phases semblables à celles du bouton de variole, qui passe par transition à l'état d'érythème, de papule, de vésicule, pour parvenir à constituer la pustule.

Cette comparaison a paru si exacte que certains auteurs ont considéré certaines lésions du col comme comparables à des pustules d'acné, d'herpès, d'ecthyma.

Cette multiplicité d'aspect des lésions est seulement apparente : un lien commun les unit. Le petit point érythémateux donne lieu à la vésicule ; le point d'un jaune clair, transparent, laisse sourdre un liquide glaireux, albumineux, tel que celui qui s'échappe d'une glande mucipare. Plus tard, la vésicule devient pustule ; le liquide transparent du follicule est devenu puriforme.

Si la pustule est déchirée spontanément par l'effet de la distension, ou d'une manière artificielle, le follicule est le point de départ d'une petite ulcération.

Supposez la rupture d'un grand nombre de ces follicules très serrés, et vous serez en présence d'un ensemble de petites ulcérations qui ne tarderont pas à se confondre.

Par le simple progrès de l'inflammation, cette ulcération, née au point le plus riche en follicules dans la région de l'orifice du col, s'étendra irrégulièrement, empiétant surtout sur la lèvre postérieure et dans le voisinage de l'orifice.

Cette extension irrégulière s'explique. Vous savez déjà pourquoi l'ulcération tend à respecter la partie du col vers les insertions vaginales. Dans cette région, les glandes mucipares sont peu abondantes. La préférence de l'ulcération pour la lèvre postérieure a reçu plusieurs explications. Gosselin croit à l'action irritante des liquides séjournant dans le cul-de-sac postérieur. Il faut vous prévenir que M. Gosselin a considéré les ulcérations du col comme résultant de l'action des liquides sécrétés par la muqueuse utérine. Cette explication n'est pas complète ; elle ne peut rendre compte de l'existence des ulcérations sur la lèvre antérieure qui échappe en grande partie à l'action de ce liquide.

Je ne vous parlerai pas des autres opinions sur la pathogénie des ulcérations ; les frottements du col contre les parois vaginales, pas plus que ceux du pénis, ne peuvent avoir d'action sur la production de ces ulcérations. Avec une semblable étiologie, il ne saurait y avoir de femmes sans ulcérations du col.

Nous savons bien que la proportion des femmes atteintes est grande, mais nous croyons que la proportion donnée par les auteurs, 50 p. 100, dans un ensemble de femmes atteintes d'affections utérines, est moins exacte que celle d'Aran, 10 p. 100, proportion qui porte sur un ensemble de femmes prises au hasard, en dehors d'un service de gynécologie.

Nous pouvons admettre jusqu'en ce moment l'existence d'ulcérations et de follicules, simples épiphénomènes de la métrite.

De plus, ces lésions ont des caractères tranchés. L'ulcération développée autour de l'orifice externe gagne la muqueuse du canal cervical vers les insertions vaginales. Le fond de cette ulcération est légèrement déprimé, et, à côté d'elle, on peut apercevoir des follicules.

Ces ulcérations ne sont pas les seules que l'on puisse rencontrer sur le col. Vous avez à les distinguer des ulcérations syphilitiques cancéreuses, tuberculeuses ou scrofuleuses.

L'ulcération spécifique — accident primitif ou secondaire — est ici difficile à reconnaître par lui-même. Malgré son fond grisâtre, ses bords taillés à pic, malgré la base d'induration, sur laquelle l'ulcération légèrement surélevée paraît reposer, le chancre du col est d'un diagnostic fort incertain. De toute nécessité, vous devez faire une recherche minutieuse de tous les éléments qui servent à dépister la syphilis.

L'ulcération cancéreuse se présente sous des formes si spéciales que votre diagnostic sera rendu facile. Vous avez bien souvent reconnu à la première odeur des liquides qui s'écoulent de la vulve, et par le toucher, la nature maligne de certains gros bourgeons saillants sur le col en forme de champignon, ou celle de certaines ulcérations profondes taillées comme à l'emporte-pièce dans un tissu scléreux et méritant la dénomination d'*ulcère rongeur*, d'*ulcus rodens*.

Les ulcérations tuberculeuses ou scrofuleuses sont fort rares. Ces dernières n'appartiennent pas en propre à la scrofule : elles surviennent sur des sujets atteints de scrofule, et cette diathèse leur imprime certains caractères ; mais ceux-ci ne sont jamais spécifiques.

La doctrine que j'ai émise devant vous sur l'origine in-

flammatoire des ulcérations, sur leur point de départ dans une inflammation folliculaire, a été combattue par de Scanzoni. Cet auteur, d'accord avec l'école allemande, admet l'origine de l'ulcération dans une inflammation des papilles de la muqueuse. Il est certain qu'il existe une inflammation papillaire. Souvent les papilles sont proéminentes, végétantes, et l'ulcération prend alors, grâce à ces végétations, une forme spéciale.

Diverses raisons militent contre l'opinion allemande. D'abord, il existe une opposition formelle entre la situation des papilles et le siège maximum des lésions de la muqueuse. L'ulcération existe sur les lèvres du col près de l'orifice dans la région des glandes et non près des insertions vaginales dans la région de prédilection des papilles.

Si les papilles étaient d'abord intéressées, l'inflammation n'aurait aucune tendance à se présenter sous la forme de papules, de vésicules. Souvenez-vous de l'aspect villeux, sans ulcération, de la vaginite granuleuse si bien décrite par Deville et Pothier, jamais ces auteurs n'ont vu des granulations de la vaginite granuleuse s'ulcérer.

Les papilles ne sont pas toujours cependant étrangères à l'ulcération dans la métrite chronique; mais cette inflammation papillaire est alors postérieure à celle des follicules. L'inflammation dépasse les follicules, atteint les papilles sous-jacentes et donne lieu à des végétations. Cette lésion a été remarquée par Lebert, sur des pièces qui lui avaient été remises par Gueneau de Mussy.

Ces raisons multiples démontrent bien que, dans l'inflammation papillaire et folliculaire, il faut voir une succession de phénomènes et non une opposition absolue.

Ainsi que je vous l'ai énoncé au début de cette leçon, les auteurs ont admis que l'ulcération pouvait être l'expression de plusieurs états morbides différents. Je l'ai répété souvent dans le cours de mes cliniques : l'utérus ne doit pas être considéré comme plus mal partagé que tout organe au point de vue pathologique. Toute la pathologie du cœur se réduit en trois ou quatre modalités. Il paraît donc peu judicieux de multiplier les formes, les espèces d'ulcérations du col utérin.

Je veux cependant insister devant vous sur l'ulcération dite variqueuse, et vous démontrer que cette ulcération, aussi bien que les autres, dépend surtout d'un état inflammatoire. Ces ulcérations s'observent de préférence pendant la grossesse, à une époque où les varices ont la plus grande tendance à se développer. Le col utérin est alors un siège par excellence de stase sanguine. Les veines du col deviennent variqueuses. Il suffit alors d'un processus inflammatoire pour provoquer une ulcération. L'état variqueux des veines sous-jacentes explique bien la perte de quelques cuillerées de sang auxquelles cette ulcération, dite variqueuse, peut donner lieu.

L'ulcération variqueuse est une simple modalité de la lésion utérine survenant sur un utérus physiologiquement congestionné. Il faut également apprécier l'ulcération survenant sur un sujet tuberculeux ou scrofuleux. La nature intime de la lésion est toujours identique, liée à une même cause : l'inflammation des follicules. Il n'existe de différences cliniques qu'en raison de la malade, du terrain sur lequel évolue la lésion. Cette remarque est importante; elle est indispensable même pour établir d'une manière certaine l'évolution de la lésion, le pronostic et le traitement de la maladie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

De l'enseignement clinique.

Mes premières paroles, en venant occuper la chaire de clinique médicale de l'hôpital de la Charité, seront des paroles de regrets pour l'ancien collègue que je viens remplacer ici et la mesure rigoureuse qui l'a éloigné d'un enseignement que son ardeur juvénile rendait encore si profitable à tous.

Je voudrais aussi, avant de commencer ces leçons, jeter un regard en arrière, regard rapide, sur ce qu'a été l'enseignement clinique depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, jusqu'au médecin illustre qui a réellement fondé, dans cet hôpital, l'enseignement clinique français, jusqu'à Corvisart et les médecins célèbres qui lui ont succédé ici même.

Cette création de Corvisart n'a pas été absolument neuve, car il n'est pas de grands progrès qui ne soient préparés de longue date. Qu'est-ce donc que la clinique au sens propre du mot? L'étude de la médecine au lit même des malades, et surtout des malades d'hôpital, et l'on peut dire que cette étude est le fondement même, la base de la médecine. La clinique a donc, pour ainsi dire, existé dès les premiers temps de la médecine, mais elle a existé sous une forme spéciale, car d'hôpital il ne fut pas question avant l'ère chrétienne. En effet, c'est vers cette époque qu'une dame romaine ouvrit la première sa maison aux pauvres malades, et avec la chrétienté les hôpitaux se sont peu à peu répandus dans le monde.

C'est au fond de la Perse, dans la ville de Mirzapour, que le premier hôpital fut créé, et, dès les premiers moments, on vint de loin pour y chercher l'enseignement de la médecine hippocratique, qui venait d'y être importée.

Plus tard, lors de la fondation de Bagdad, un hôpital fut créé dans cette ville, et un des professeurs de Mirzapour, Mezué, fut appelé à y professer l'enseignement clinique. Il eut pour successeur un médecin illustre, Rhazès, dont les œuvres, répandues de tous côtés, ont longtemps fait foi en médecine, si bien que jusqu'à la Renaissance, le *totum continens* était tout pour la Faculté de Paris. Si Rhazès fonda ainsi l'enseignement clinique, cependant une civilisation arabe se préparait plus brillante encore, je veux parler de l'École de Cordoue, où Rhazès lui-même alla porter les premiers enseignements, de sorte que bientôt on vint de tous côtés étudier en cette ville. C'est ainsi que nous voyons Averrhoës, à son tour, recommander l'enseignement par la clinique comme l'un des plus importants.

A l'époque où l'Espagne régnait sur les Pays-Bas, elle forçait notamment les professeurs de l'Université d'Utrecht à enseigner la science de la médecine telle que Rhazès l'avait conçue, et nous voyons Guillaume Strater y donner le premier cet enseignement dans l'hôpital dont les médecins avaient vivement réclamé et depuis longtemps la fondation. De là la clinique s'étendit à la ville de Leyde, mais ici, celui qui eut sous ce rapport une réputation universelle, ce fut Boerhaave, dont l'influence répandit promptement au loin des institutions restées jusque-là purement locales; ainsi, à Édimbourg, à Vienne, à Copenhague, où ses élèves allaient répandre l'instruction qu'ils avaient reçue et fondaient également à leur tour, dans ces diverses villes, l'enseignement clinique; ainsi, à Rome, où Lancisi, de son côté, fondait aussi un enseignement clinique.

C'est ainsi que, partie du fond de la Perse, la clinique se

répandait peu à peu sur l'Europe moderne, la France exceptée, qui, par un fait bizarre, restait alors en dehors de ce grand courant scientifique. Cependant Boyer, un ancien doyen de notre Faculté, réclamait son introduction à l'École de Paris, et, en 1778, deux docteurs régents, Duchanoy et Gimelin, publiaient un mémoire dans lequel ils s'efforçaient de démontrer la nécessité d'une École clinique spéciale. En attendant que ces vœux fussent exaucés, la Faculté donnait cet enseignement comme elle le pouvait. Elle avait une policlinique où, tous les samedis, dans l'Ecole de la rue de la Bûcherie, un docteur régent donnait des consultations et des remèdes aux malades nécessiteux; des bacheliers y assistaient, et parfois aussi ils accompagnaient le maître au lit du malade.

A cette époque, l'Hôtel-Dieu recevait un très grand nombre de malades, les élèves y étaient admis dans certaines conditions; il y avait un internat en chirurgie comprenant 100 élèves qui venaient se grouper autour du médecin-major, assisté de 2 gagnants maîtrise, 11 compagnons chirurgiens et une vingtaine de commissionnaires, tandis que le reste était externe. La médecine, par contre, ne réclamait pas une assistance aussi nombreuse; une heure et demie ou deux heures au plus suffisaient alors à la visite de milliers de malades, lesquels d'ailleurs se trouvaient couchés plusieurs dans le même lit. De là les difficultés extrêmes de l'examen clinique.

Dès ce temps-là, au contraire, l'hôpital de la Charité était à peu près aussi bien organisé qu'aujourd'hui; il contenait 200 malades et chacun avait son lit pour lui seul.

Le service médical se composait de deux médecins : un médecin en chef et un médecin en second; il n'y avait pas d'internes, mais des religieux, de l'ordre de Saint-Jean de Dieu; les élèves étaient admis en assez grand nombre à suivre les visites; les élèves en médecine seuls pouvaient entourer le lit des malades, tandis que les élèves chirurgiens restaient à distance.

Les choses se passaient donc un peu mieux qu'à l'Hôtel-Dieu, lorsque Dubois (de Rochefort) fut nommé médecin en second de la Charité. Il associa promptement ses élèves à ses travaux et se plut à faire d'utiles conférences qui tournaient souvent en de véritables leçons.

Je me le représente un peu tel que j'ai connu plus tard à cette même place un autre médecin de grand renom également, Rayer, qui chaque matin, au lit des malades, développait de savantes et ingénieuses considérations devant ses élèves, dont il provoquait les réflexions, élèves dont plusieurs sont devenus des maîtres à leur tour, des professeurs de notre Faculté, entre autres MM. Charcot et Laboulbène.

C'est Dubois (de Rochefort) qui suscita Corvisart, lequel, après sa mort, publia le seul ouvrage que son maître avait écrit : un cours de matière médicale; il en respecta scrupuleusement le manuscrit, ne voulant même y ajouter aucune note. Donc Corvisart, nommé à son tour médecin en second, reprit l'enseignement de Dubois, mais d'autre façon et en lui donnant une ampleur plus grande par ses études anatomo-pathologiques.

Il était doué de qualités exceptionnelles, d'un sens droit, d'un esprit juste, pratique, d'une élocution facile s'élevant parfois jusqu'à la véritable éloquence. Il fut, en un mot, un maître exceptionnel qui sut organiser l'enseignement clinique d'une façon merveilleusement favorable aux progrès des élèves. C'est en 1799 qu'il inaugura définitivement cet enseignement et s'efforça dès lors de faire progresser la science, principalement du côté des maladies du cœur, en associant l'anatomie pathologique à la séméiotique. En ce temps-là Laënnec n'avait pas encore paru et Corvisart employait la percussion, mais non l'auscultation, de sorte que, pour les grosses lésions du cœur, son diagnostic était merveilleux par la précision des détails, tandis qu'au début de la maladie ses recherches étaient bien souvent insuffisantes.

Malheureusement, après dix-neuf années d'enseignement, dont douze d'enseignement officiel, Corvisart dut, en 1809, résigner ses fonctions pour devenir médecin de Napoléon Ier.

Mais un autre médecin, dont l'influence devait être plus grande encore, allait lui succéder dans l'enseignement clinique.

Je veux parler de Laënnec, homme de petite stature, maigre, sec, réservé, parlant peu, peu communicatif, mais qui savait, écrivait et parlait le latin mieux et plus facilemen pour ainsi dire que le français, qui connaissait presque aussi bien le grec, ainsi que nombre d'autres langues, enfin qui fut un observateur consommé.

C'est en 1823 qu'il vint à la Charité, mais déjà, dès 1816, il avait créé l'auscultation, et en 1819 celle-ci était déjà si complète que depuis lors nous n'y avons ajouté que peu de choses.

Laënnec était aussi un anatomo-pathologiste achevé, et c'est là ce qui nous explique que trois années lui suffirent à créer l'auscultation tout entière. Mais son enseignement était un peu froid; il ne se prodiguait pas; il fut néanmoins de trop courte durée, une tuberculisation rapide l'ayant forcé d'y renoncer pour retourner dans sa ville natale, où il ne devait pas tarder à succomber. J'ajoute que son côté faible fut l'application de l'auscultation aux affections cardiaques; il est vrai qu'à cette époque la physiologie du cœur n'était pas encore faite; aussi, tandis qu'il interpréta merveilleusement l'auscultation pulmonaire, ses résultats en auscultation cardiaque furent à peu près nuls.

C'est à la suite d'un concours des plus remarquables que, quelque temps après sa mort, Bouillaud fut appelé à le remplacer. Dès le début, il fit des efforts considérables pour constituer la médecine clinique; il ne quittait pour ainsi dire plus la Charité, y venant presque tous les jours matin et soir. Les observations étaient des plus soignées, des plus attentives; son but était la médecine exacte. C'est même là le titre qu'il voulait donner à son *Traité de nosographie,* si son éditeur ne s'y était opposé.

Je voudrais pouvoir m'étendre sur son enseignement, mais, forcé de me restreindre dans les limites étroites d'une seule leçon, je me bornerai à citer parmi ses découvertes : la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme aigu, l'influence de l'oblitération des vaisseaux sur les épanchements séreux, etc., etc. Son œuvre, en somme, a été considérable, et il sut apprendre à ses élèves l'art de la bonne observation clinique.

Enfin après lui est venu Piorry, qui a complété la série des études séméiologiques de ses prédécesseurs. Moins grave, moins solennel que Bouillaud, il entra à la Charité en 1850; il y fut d'une persévérance et d'une activité prodigieuses, ne se préoccupant jamais des critiques qu'il pouvait soulever. Pendant sa carrière scientifique, il a fait surtout deux choses : 1° une nomenclature qui est véritablement son œuvre, avec une terminologie spéciale qui, après avoir fait sourire à tort dans les premiers temps, est aujourd'hui établie et acceptée sur bien des points; 2° la percussion médiate, dont le but principal a été de délimiter exactement

les organes; je ne parle pas ici de la plessimétrie, qui n'a pas toute la valeur qu'il a voulu lui donner. C'est ainsi que Piorry est arrivé à des minuties de percussion peut-être exagérées, mais dont l'exagération même était nécessaire pour atteindre le but; c'est là, en somme, un procédé de diagnostic très important.

Mais, forcé par l'heure de m'arrêter ici, je dirai, en terminant, que la séméiotique est bien une science française, qu'elle est une des gloires de notre Faculté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'Instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection faite par l'Académie de M. Prunier comme membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Bouchardat, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Prunier prend place parmi ses collègues.

M. BROUARDEL, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Gallard. (Applaudissements.)

L'Académie désigne, pour la représenter au congrès médical de Washington, qui doit s'ouvrir le 7 septembre prochain, MM. Charpentier, Dujardin-Beaumetz, Léon Labbé, Léon Le Fort, Trélat et Valin.

COMMUNICATION

M. PETER communique à l'Académie les résultats auxquels MM. les professeurs de Renzi et Amoroso, de l'Université de Naples, très versés dans la pratique des inoculations rabiques, sont arrivés dans une série de recherches expérimentales sur la rage.

Ils s'étaient proposé le double but de déterminer : 1° s'il existait un moyen de provoquer la rage à coup sûr; 2° si l'on possédait une médication préventive contre cette rage ainsi déterminée.

Sur le premier point, ils sont arrivés à cette conclusion : *oui*, l'on peut déterminer la rage à coup sûr par l'inoculation du virus rabique sous la dure-mère après trépanation.

Sur le second point : *non*, il n'y a pas de médication préventive contre cette rage ainsi provoquée, et la médication dite anti-rabique de M. Pasteur est absolument impuissante, aussi bien sous la forme *primitive* que sous la forme *intensive*.

Voici d'ailleurs les conclusions qui terminent le travail des savants italiens :

« Les inoculations sous-cutanées répétées avec le virus frais, lorsqu'elles sont pratiquées même au nombre de douze (deux fois par jour), ne produisent pas des effets différents de ceux que l'on constate avec une seule inoculation.

Les inoculations *préventives*, faites avec des moelles de sept jours sur des lapins, n'ont point préservé ces animaux du développement ultérieur de la forme rabique ordinaire et de la mort consécutive; elles n'ont point réussi davantage à prolonger l'incubation ou à retarder la mort. Cela résulte des expériences comparatives faites dans des conditions identiques sur des animaux témoins.

Le traitement curatif par la méthode *intensive* institué chez les lapins inoculés sous la dure-mère a été *absolument inefficace* et n'a même pas retardé la mort. C'est le résultat *constant* de nos expériences.

Nos expériences sur les chiens prouvent encore, de la façon la plus claire et la plus évidente, que la médication anti-rabique très rapide et répétée (trois fois) à bref délai, n'a *aucun effet favorable*. Les chiens soumis à ce traitement sont morts plusieurs heures avant le chien-témoin, auquel on n'avait fait subir aucun traitement. — Il s'ensuit de ces expériences que les inoculations très rapides, intensives, peuvent, pour leur propre compte, accélérer la mort.

Il résulte donc de nos recherches expérimentales sur le traitement préventif de la rage (recherches faites par nous avec la plus rigoureuse exactitude, soit par la méthode intensive ou très rapide, soit d'après la méthode simple), que ce traitement n'a été *d'aucune efficacité*, mais, qu'au contraire, il a *contribué à aggraver la forme morbide de la rage* et à donner *plus promptement la mort* aux animaux.

Ainsi, la médication anti-rabique, qui, d'après les vues de M. Pasteur, avait pour base les recherches expérimentales, *n'a aucun fondement.* (*Non trova in queste alcun fondamento.*) »

Ainsi, enfin, les expériences faites à Naples, d'une façon indépendante et désintéressée, par des savants très compétents, les ont conduits à des conclusions identiques à celles du professeur Von Frisch, à Vienne, et de l'académicien Ed. Abreu, à Lisbonne.

DISCUSSION

M. VULPIAN oppose aux conclusions de MM. Amoroso et Renzi, celles de M. Catani, de cette même ville, plus compétent en pareille matière, puisqu'il est venu s'instruire longuement au laboratoire de M. Pasteur avant d'expérimenter lui-même en son laboratoire de Naples. MM. Amoroso et Renzi n'ont pas pris ce soin; ce sont donc des novices en pareille matière.

M. PETER. Pardon; mais ce sont des professeurs de l'Université de Naples.

M. VULPIAN. Tous les médecins en Italie se donnent le titre de professeur.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section des associés libres.

La commission présente :

En première ligne, M. Worms; en deuxième ligne, M. Magitot; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Blache, Corlieu, Galezowski et Rivière.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40,

M. Worms obtient.	45	suffrages.
M. Rivière.	9	—
M. Magitot	8	—
M. Corlieu.	2	—
Bulletins blancs	15	—

En conséquence, M. Worms ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre libre de l'Académie.

COMMUNICATION

Études sur la nutrition de l'œil d'après les expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline. — M. PANAS achève la communication qu'il a commencée à la séance précédente sur ce sujet.

En voici le résumé :

Dans une première série d'expériences, nous avons utilisé les propriétés colorantes de la fluorescéine injectée dans les veines d'un animal vivant (lapin) ou sous la peau de la grenouille.

Grâce à ces expériences, déjà faites en Allemagne par Ehrlich, Shelling et d'autres, nous avons constaté les faits que voici.

L'humeur aqueuse est manifestement sécrétée dans l'espace rétro-iridien (chambre postérieure des anciens anatomistes) et non dans la chambre antérieure, soit par la cornée, soit par l'iris, ainsi que cela avait cours dans la science depuis longtemps.

Si l'on réfléchit aux parties qui constituent l'espace rétro-iridien (cristallin, zonule de Zinn, procès ciliaires et face uvéenne de l'iris); on ne peut attribuer cette sécrétion qu'à la couche de cellules ectodermiques pigmentaires ou non, qui tapissent les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris.

Comme l'embryogénie nous enseigne que les éléments en question proviennent de la rétine elle-même, ce serait donc à la partie irido-ciliaire de celle-ci que revient la sécrétion de l'humeur aqueuse.

On sait, d'autre part, que les conduits de Fontana et de Schlemm sont placés dans la périphérie de la chambre antérieure où sont les canaux de décharge.

Des expériences faites en injectant de la fluorescéine directement dans le vitreum, il résulte que le courant exosmotique de l'humeur vitrée se fait en avant dans le sens de la chambre antérieure ; très probablement à travers la zonule, et non en arrière du côté du nerf optique, ainsi que certains l'ont prétendu.

Des faits expérimentaux qui précèdent, nous pouvons tirer des déductions cliniques et opératoires concernant les deux variétés de glaucome, l'une par occlusion de la pupille, et l'autre par encombrement de la zonule devenue imperméable. La première de ces deux formes de glaucome concerne le courant aquéen, le second dépend du courant vitréen.

Des expériences, faites avec d'autres substances colorantes que la fluorescéine, n'ont pas donné jusqu'ici des résultats positifs.

Nos expériences avec les matières colorantes venaient d'être terminées quand, en juin 1886, M. Bouchard fit connaître l'action de la naphtaline ingérée sur le cristallin qu'elle rendait cataracté.

Six mois consécutifs de recherches de laboratoire furent alors consacrés par nous pour tirer parti de ce nouveau mode d'expérimentation.

Les résultats acquis offrent un réel intérêt pour la solution de la question que nous traitons devant l'Académie.

Mais, avant d'en parler, qu'il nous soit permis d'insister sur l'existence dans l'œil d'*espaces nutritifs* réels ou virtuels, appelés aussi espaces lymphatiques, dont ils jouent jusqu'à un certain point le rôle. On admet comme tels :

La chambre antérieure avec les canaux de Schlemm et de Fontana.

L'espace rétro-iridien.

L'espace choroïdien qui communique avec l'espace sous-ténoïden et l'espace arachnoïdien du nerf optique.

Un espace, cette fois virtuel, entre la couche pigmentaire de la rétine et celle des cônes et des bâtonnets.

Un espace de même nature placé entre la limitante interne de la rétine et la membrane hyaloïdienne. Le canal hyaloïdien de Cloquet en serait le prolongement.

Ces deux derniers espaces offrent des connexions avec le tissu propre du nerf optique.

Pour ce qui est de l'espace intra-rétinien en particulier, la physiologie nous enseigne qu'il s'y passe des mouvements nutritifs intéressants dont l'aboutissant est la formation du *rouge rétinien*, découvert par Boll, et une migration de pigment sous l'influence de la lumière.

Cela étant, voilà les résultats auxquels nous ont conduit nos recherches expérimentales avec la naphtaline, qui semble concentrer son action sur les parties profondes de l'œil avant de provoquer la formation de la cataracte.

Objectivement. — Apparition de nombreux cristaux flottants dans le vitreum, ainsi qu'on peut le voir sur ce lapin en expérience.

Tôt ou tard, formation de plaques chatoyantes, disséminées sur la rétine, qui finissent par se confondre et s'enclaver au centre.

Ultérieurement, commencement de cataracte striée de l'équateur vers les pôles du cristallin, et qui ne tarde pas à se compléter. Arrivée à sa maturité, cette cataracte est molle, volumineuse, et offre une couleur rouillée ou gris sale.

Anatomiquement. — Les lésions procèdent comme il suit :

Le vitreum, outre les cristaux révélés par l'ophthalmoscope sous la forme de synchysis étincelant, offre dans son intérieur des amas nombreux de leucocytes.

Dès le début, on rencontre dans l'œil un double exsudat, l'un placé entre la rétine et le vitreum ; l'autre entre les deux feuillets primordiaux de la rétine ; autrement dit, entre la couche pigmentaire de celle-ci, qui reste adhérente à la choroïde, et la couche des cônes et des bâtonnets.

De là résultent nécessairement deux décollements : celui du vitreum en avant, et un autre de la rétine en arrière. Le liquide pathologique interposé contient les mêmes cristaux et les mêmes amas leucocytiques que le vitreum.

Un examen morphologique et histologique de ces cristaux nous a conduit à admettre qu'il s'agit là de cristaux d'oxalate, de sulfate et de carbonate de chaux revêtant les trois formes d'octaèdres, de gerbes aciculaires et d'amas globuleux.

Les plaques rétiniennes que nous avons constatées à l'ophthalmoscope représentent des altérations propres à l'œdème du tissu rétinien, dont les éléments se sont dissociés comme par hydrotomie. Plus tard, il s'y forma des cristaux aciculaires de sulfate de chaux. A une période plus avancée, correspondant à l'ombilication des plaques, le tissu rétinien se rétracte et adhère fortement à la choroïde, sous-jacente, en même temps que ces différents éléments s'altèrent et se bouleversent les uns dans les autres, y compris le pigment qui se retrouve partout en voie de migration.

A ce moment, il se produit un décollement total du vitreum dont le pédicule reste adhérent au nerf optique. La papille de ce dernier, gonflée et infiltrée de leucocytes, offre tous les signes anatomiques qu'on rencontre dans la rétinite albuminurique.

La cataracte apparaît alors, et son action plus ou moins tardive *se lie toujours* aux lésions graves dont la rétine est le siège. Ces lésions font que l'animal devient non seulement cataracté, mais aussi amblyopique, et finalement *amaurotique* véritable.

Ce n'est qu'à ce stade que la choroïde elle-même participe à la lésion.

La cornée, la sclérotique, la conjonctive, l'iris et les procès ciliaires demeurent absolument normaux.

L'humeur aqueuse reste transparente, malgré une certaine surcharge d'albumine que révèlent les réactifs, l'acide nitrique en particulier.

Les déductions physiologiques et pathologiques principales auxquelles nous avons été conduit par nos expériences avec la naphtaline administrée à la dose journalière de 2 à 3 grammes, chez le lapin, sont les suivantes :

La nutrition du cristallin paraît être sous la dépendance de la rétine surtout et conjointement du vitreum. De là, sa dénutrition et la cataracte lorsque les parties sont altérées.

Les voies que suit le courant nutritif venu des vaisseaux centraux sont l'espace ventriculaire intra-rétinien, et celui placé entre la rétine et l'hyaloïde, avec un prolongement hyaloïdien ou canal de Cloquet.

La présence d'une quantité anomale d'albumine dans l'humeur aqueuse lorsque la cataracte se montre, prouve que le courant de décharge du cristallin se fait dans le sens de l'humeur aqueuse qui ne serait plus alors, comme on l'a avancé jadis, le liquide nourricier du cristallin. Ce qui prouve que la cataracte en question est d'ordre vital et non chimique, c'est que des lapins naphtalinisés et offrant depuis longtemps des cristaux dans l'œil, sont restés indemnes de cataracte tant que la rétine s'est montrée saine à l'ophthalmoscope.

Le fait que la nutrition du cristallin est sous la dépendance d'un courant qui lui vient de la rétine et du nerf optique à travers le vitreum, s'il venait à être définitivement confirmé, pourrait expliquer la pathogénie de la cataracte sénile, qui nous est actuellement tout aussi peu connue qu'elle l'était au siècle passé.

M. GIRAUD-TEULON fait remarquer combien les conclusions du très intéressant mémoire de M. Panas sont conformes à celles qu'il avait soumises lui-même à l'Académie dans la séance du 1er juin dernier. L'observation d'un grand nombre de cas de cataractes concomitantes, avec des lésions de la rétine, l'avaient conduit dès lors à admettre en cas pareil un défaut dans la nutrition de la membrane et de ses dépendances.

LECTURE

M. OLLIVIER lit un travail sur la pelade qu'il considère comme non contagieuse.

La séance est levée à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Després, a, dans sa séance du 7 février, voté à l'unanimité de 52 voix sur 52 votants l'ordre du jour suivant : « Le Conseil invite M. le préfet de la Seine à s'opposer à la prise de possession par la Faculté de médecine de Paris de l'école de sages-femmes de la Maternité des hôpitaux de Paris. »

Cette détermination était commandée par le projet de transfert de la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine à l'hospice de la Maternité, où le professeur aurait pris l'ancien service du chirurgien en chef de la Maternité.

— Par décret, en date du 7 février 1887, M. Collot, docteur ès sciences, est nommé professeur de minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Dijon (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle, en date du 7 février 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Blanc, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin ; Gancel, pour les hôpitaux de Tunisie ; Boinet et Labit, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin ; Dupuy, pour le 103e d'infanterie ; Aubertie, pour le 48e d'infanterie ; Lebon, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Castel et Cabanel, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Ganzinotty est nommé préparateur de thérapeutique, en remplacement de M. Devaux, démissionnaire.

— *Erratum.* — La note placée au bas de la deuxième colonne de la page 133 doit être rectifiée ainsi qu'il suit : « (1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 125. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20700

10

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

15

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses :** *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale :** *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le RECTUM comme par la bouche.

En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*

Et sous des formes agréables au goût :

VIN, SIROP, ÉLIXIR, CHOCOLAT.

MÉDAILLES EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1885.

Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

80

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

52

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence et supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } créosotées.

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

34

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie.*

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

54

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.**

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

32

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

(Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Vomissements, Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

62

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — L'**Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 19. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 12 FÉVRIER 1887. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le nouveau professeur de clinique médicale de l'hôpital Necker.

En assistant, il y a quelques jours, pour la première fois, à l'une des leçons cliniques de M. le professeur Peter à l'hôpital Necker, nous n'avions aucune surprise à attendre. Nous étions convaincu que nous allions retrouver dans ce nouveau milieu, pour lequel il était si bien préparé, les qualités professorales qu'il avait eu l'occasion de développer si largement dans sa chaire de pathologie, comme il l'avait fait déjà quelques années avant dans ses cours libres ou à titre de suppléant à la Pitié, à l'hôpital Saint-Antoine et à la Charité, ce sens clinique exercé et délicat dont il avait recueilli les premiers germes à l'enseignement de ses maîtres, Cruveilhier, Monneret, Roger, de Trousseau surtout, dont il s'est plus particulièrement assimilé l'esprit essentiellement médical, révélé d'ailleurs dans chacune des pages de ses œuvres. Nous savions, avant qu'il l'eût affirmé dans sa leçon d'inauguration, que pour lui la lésion n'est pas la maladie, comme le proclamait naguère encore l'organicisme, qu'elle n'en est qu'un élément et plus souvent le résultat ; que la pneumonie est une fièvre qu'il importe d'étudier dans ses formes particulières et variées, ce que l'histologie elle-même est venue confirmer à son tour. Nous savions que de même que c'est à des pneumoniques avec leur individualité propre et non à une pneumonie abstraite, toujours la même, que le praticien a affaire, ce n'est point la fièvre typhoïde en elle-même qu'il doit envisager, mais les typhiques avec leur tempérament, l'état général de leurs forces, les degrés divers de leur affection, les accidents multiples que celle-ci comporte et surtout les conditions physiologiques et constitutionnelles du sujet que la fièvre a envahi et les conditions du milieu où il l'a contractée ; que ce qui doit guider enfin le médecin dans le choix de la médication, c'est la clinique, c'est l'observation du malade, du pneumonique, du typhique, etc., chaque malade individualisant sa maladie. Nous savions, en un mot, que ce qui importe par-dessus tout, aux yeux de M. Peter, c'est « l'acte morbide du patient réagissant à sa façon contre un ennemi infectieux quelconque », conformant en cela sa clinique à celle qu'enseignaient ses maîtres et les nôtres, l'observation de l'état des forces, de la vitalité du malade, tels qu'ils se révèlent dans les divers éléments morbides de l'évolution nosologique.

Tels sont les principes sur lesquels se fonde l'enseignement clinique de M. Peter, principes qui, loin d'exclure les tendances progressives vers la recherche et la solution des problèmes pathogéniques, que nous signalions tout récemment encore, peuvent et doivent au contraire, à notre avis, s'en assimiler les résultats.

Voici un exemple de leur application à un fait particulier :

Scrofulisme ; lupus ; artério-sclérose généralisée ; néphrite interstitielle ; indications thérapeutiques.

Le malade couché au n° 23 de la salle des hommes du service de la clinique, est un homme âgé de cinquante-six ans. Cet homme a été scrofuleux dans son enfance, il a eu des engorgements ganglionnaires abcédés, dont on retrouve encore les traces sur plusieurs parties du corps et particulièrement à la région cervicale. Il a guéri de ces manifestations strumeuses de son premier âge. Mais ce n'a été qu'une guérison apparente. Il n'en est pas moins resté scrofuleux. Il est arrivé chez lui ce qui arrive chez la plupart des scrofuleux : toutes les premières manifestations morbides ont disparu et sa constitution s'est fortifiée à l'âge de la puberté. Il a continué à bénéficier de cette guérison apparente pendant une partie de son âge adulte. Mais à l'approche du déclin, dès qu'il a franchi la cinquantaine, sous la double influence de l'âge et des conditions sociales misérables dans lesquelles il a vécu, une nouvelle manifestation strumeuse d'un caractère beaucoup plus sérieux s'est produite. Il lui est survenu il y a deux ou trois ans un lupus érythémateux atrophique du nez : rougeur, amincissement et atrophie du derme ; destruction partielle par érosion de la muqueuse nasale. C'est une des formes les plus graves de la scrofule, en même temps que les plus rebelles à tout traitement.

Mais ce n'est pas tout. Ce malade présente encore autre chose, — car ce n'est pas pour son lupus qu'il est entré à l'hôpital, — il a de l'oppression, un état général de malaise, de l'anorexie, et, depuis quelque temps, il s'est aperçu qu'il

avait du gonflement de la face et des paupières; un matin, il s'est réveillé avec un tel gonflement œdémateux des paupières, qu'il ne pouvait plus ouvrir les yeux. Enfin, en l'examinant, on a constaté qu'il avait les malléoles et le prépuce également œdématiés.

Ce qu'il eut de plus empressé fut d'examiner les urines. Elles ne contenaient pas, pour le moment, trace d'albumine. Mais il n'était pas douteux qu'elles en eussent contenu antérieurement et qu'on y en retrouverait ultérieurement. Les urines étaient abondantes; le malade en avait rendu trois litres depuis la veille quatre heures du soir jusqu'au matin neuf heures; elles étaient citrines, transparentes, non mousseuses, sans dépôt. Il y avait donc, chez ce malade, de la polyurie et une urination fréquente (pollakisurie); son sommeil était troublé et souvent interrompu la nuit par les besoins d'uriner.

Malgré l'absence actuelle d'albumine dans les urines, absence probablement momentanée, et en présence de ces seuls indices de la polyurie et des fréquents besoins d'uriner, M. Peter n'a pas hésité à admettre chez cet homme l'existence très probable d'une néphrite interstitielle. On sait, en effet, que la polyurie est considérée à juste titre comme un symptôme de début de la néphrite interstitielle. Mais, en examinant attentivement ce malade, on trouvait d'autres signes révélateurs de la néphrite : d'abord, l'état de flexuosité et de dureté des artères superficielles indiquant une artério-sclérose généralisée et qui devait s'étendre sans aucun doute aux vaisseaux rénaux; puis le bruit de galop ou dédoublement du premier bruit du cœur à la base de l'appendice xyphoïde dépendant de l'hypertrophie ventriculaire gauche et dont on a fait également un signe de la néphrite interstitielle. Il est vrai que ce bruit, que l'on avait constaté dans la soirée du jour de l'admission du malade à l'hôpital, avait disparu le lendemain matin. Cette disparition était sans doute le résultat du repos prolongé du malade dans un lit chaud, du sommeil réparateur auquel il s'était livré et d'une urination abondante pendant la nuit, qui avait débarrassé le système circulatoire, allégé le cœur du travail exagéré auquel il était astreint et diminué la tension artérielle. Mais, malgré sa fugacité, il n'en conservait pas moins sa valeur séméiologique.

Quant à l'artério-sclérose que comportait déjà jusqu'à un certain point l'âge du malade (il a cinquante-six ans), on sait aussi qu'elle est une des lésions qui font partie du complexus scrofuleux. On trouve assez souvent chez les enfants scrofuleux l'état athéromateux des parois artérielles et des valvules cardiaques. Or ce malade est scrofuleux depuis sa première enfance. Il n'y avait donc aucun doute que tout ce complexus morbide : artério-sclérose, troubles fonctionnels du cœur, hypertrophie cardiaque, néphrite interstitielle et lupus, ne dût être rattaché à l'affection primitive constitutionnelle, la scrofule.

Quelle sera la conduite à tenir vis-à-vis de ce malade? Pour M. Peter, il y a là, en présence de cet état scrofuleux chronique, de l'artério-sclérose généralisée et de la néphrite, qui en sont comme les satellites, trois ordres d'indications à remplir. La première, en vue de la scrofule, est l'emploi large de l'huile de foie de morue, qui sera prescrite à ce malade à la dose de une d'abord, puis deux et trois cuillerées par jour; on y associera le vin de quinquina.

La deuxième indication, relative à l'artério-sclérose, sera remplie par l'usage de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme, pris pendant quatre ou cinq jours de la semaine, laissant deux ou trois jours de repos.

Le lait et une révulsion cutanée énergique satisferont à la troisième indication. Nous disons le lait et non pas la diète lactée. M. Peter s'élève à cette occasion contre l'abus que l'on fait depuis quelque temps de la diète lactée; il considère comme un grand malheur que l'on ait compromis une médication, excellente d'ailleurs en elle-même, en en faisant une sorte de panacée. Sans doute, le lait est une très bonne chose dans la néphrite interstitielle, en particulier; mais à condition qu'on ne le donne pas à titre de diète lactée, c'est-à-dire à l'exclusion de toute autre alimentation. Il joue ici le double rôle d'agent nutritif, de palliatif des accidents néphrétiques et constitue par conséquent un des éléments de la thérapeutique; mais à lui seul il ne guérit pas.

Aussi M. Peter compte-t-il davantage, au point de vue de la néphrite, sur la révulsion. Il prescrira, en conséquence, chez ce malade, d'abord l'usage des pointes de feu sur la région rénale, puis plus tard l'application de quatre cautères (deux de chaque côté de la même région) que l'on fera suppurer.

Résection du genou. Série de onze cas de guérison.

Les résections articulaires pour causes pathologiques, d'après de nombreuses statistiques qui remontent au delà de dix ans, donnaient déjà à cette époque des résultats meilleurs et moins souvent mortels que les amputations. Pour ne parler que des résections du genou, les seules qui nous intéressent pour le moment, sur 182 cas relevés par Heyfelder, on ne comptait que 54 cas de mort, soit 30 p. 100. M. Léon Le Fort, dans un relevé semblable, arrivait à constater une mortalité de 33 à 36 p. 100. Voici une nouvelle statistique, ne portant il est vrai que sur un chiffre très restreint, sur une toute petite série, qui a donné un résultat bien autrement satisfaisant : 11 guérisons sur 11 cas.

M. le docteur Lucas-Championnière, l'habile et heureux auteur de ce beau résultat, va nous dire le secret de ses succès.

« Je n'ai abordé cette opération, dit-il, dans un court mémoire sur ce sujet, inséré dans le fascicule de janvier de la *Revue de chirurgie*, que le jour où j'ai été parfaitement certain, non seulement de ma pratique antiseptique, mais des aides, du matériel, etc. »

Sa première résection du genou date seulement de 1883, et il en a fait 10 depuis cette époque, ce qui porte à 11 le nombre total des opérations de ce genre qu'il a pratiquées en trois années.

Ces 11 opérations se partagent entre 6 hommes et 5 femmes, tous adultes; 10 ont été pratiquées pour des arthrites tuberculeuses, et 1 pour une arthrite déformante.

Les résultats immédiats ont été les suivants : 9 cas ont été absolument indemnes de suppuration, bien qu'ils aient tous été pratiqués pour des lésions tuberculeuses. Cette réunion immédiate est même, aux yeux de M. Lucas-Championnière, une nécessité de succès. Avec la suppuration, les chances de succès sont considérablement diminuées; exemple les deux cas dans lesquels elle n'a pas pu être évitée.

Dans le premier, où M. Lucas-Championnière avait creusé le tibia presque jusqu'au milieu de la diaphyse, la suppuration étant survenue, il a dû pratiquer l'amputation de la cuisse vingt-huit jours après la résection. L'opéré a guéri.

Dans le deuxième cas, la suppuration, très limitée d'ailleurs, a duré un mois. Au bout de ce temps, la consolidation était parfaite.

La suppuration n'en doit pas moins être prévenue aussi soigneusement que possible. Voici quels sont les moyens que M. Lucas-Championnière recommande pour arriver à la guérison sans suppuration. La première nécessité, dit-il, est celle d'une opération extrêmement large. Les os doivent être absolument sains, et on doit en sacrifier tout ce qui est douteux. La conservation de la rotule lui paraît un non-sens. Les fongosités doivent être poursuivies avec une minutie extrême, par la curette surtout, par des frictions à l'aide de linge dur; ces opérations exigent un très long temps.

Il n'est pas nécessaire de viser à la conservation des ligaments latéraux et des tissus fibreux périphériques, la solidité du membre dépendant beaucoup moins de la conservation de quelques trousseaux fibreux que de la formation d'un bon cal.

Une coaptation exacte joue un rôle capital dans la réparation. M. Lucas-Championnière y apporte un grand soin; il fait la suture des os avec de gros catguts qu'il prépare lui-même. Il fait, avec la même substance, une suture très soignée de tous les tissus fibreux antérieurs.

Le drainage a, à ses yeux, une importance capitale. Il doit être largement fait et de peu de durée. Il place, à cet effet, dans le creux poplité, à l'aide de la pince de Lister et immédiatement en dedans de l'artère, un de ses tubes à drainage solides, en caoutchouc durci. Deux ou trois gros drains pareils sont placés sur les parties latérales. Sauf le drain poplité, les gros drains sont changés dès le premier pansement et remplacés par de très petits drains. Au second pansement le drainage poplité est supprimé. Enfin, dans un intervalle de temps de six à dix jours, tout drainage doit avoir disparu.

M. Lucas-Championnière est arrivé à ne plus panser au bout de vingt-quatre heures et à attendre le troisième jour pour le premier pansement. Toutes les tentatives qu'il a faites de pansements plus éloignés l'ont conduit à des réunions très inférieures à celles qu'il obtient par l'application de pansements rapprochés.

Pour le traitement secondaire, il a adopté comme moyen d'immobilisation une attelle du type des attelles à arc antérieur, avec une interruption au niveau d'une attelle postérieure. Cette attelle métallique simple est prise dans une double gouttière plâtrée qui renferme la cuisse et la jambe.

Plus tard la gouttière est enlevée pour être remplacée par un appareil silicaté. L'époque de cette substitution a varié entre un et deux mois.

Lorsque les opérés ont marché longtemps avec cet appareil silicaté, il leur fait faire une gouttière en cuir moulé et lacé, qu'il leur conseille de conserver le plus longtemps possible.

Enfin, à la sortie de l'hôpital, il leur fait donner une chaussure à semelle et talon élevés, de manière à compenser le raccourcissement du membre.

Quelle est la durée du traitement et au bout de combien de temps un individu adulte qui a subi la résection du genou peut-il marcher? M. Lucas-Championnière a vu chez une jeune fille (le sujet de sa première observation) le membre devenu assez solide au bout d'un mois, pour qu'elle pût s'en servir, en trompant toutefois la surveillance. Au bout de deux mois elle quitta le service, marchant parfaitement.

Ordinairement, dit-il, la consolidation suffisante pour permettre de soulever le membre est assez rapide; mais il faut un laps de temps variable de trois, quatre, cinq ou six mois pour que le membre ait acquis toute sa solidité, sans aucune mobilité au niveau du genou.

Une semblable opération n'est possible que dans certaines conditions. Quelles sont ces conditions ? Voici ce que la physiologie d'une part et l'expérience de l'autre ont appris à cet égard à notre confrère.

Il est évident que cette opération ne peut être entreprise qu'en vue d'un membre utile. Chez des enfants, par exemple, l'arrêt de développement du membre étant fatal, la résection, même en cas de succès opératoire, serait une mauvaise opération. Elle n'est praticable qu'après que la période de la croissance est terminée ou près de l'être.

Jusqu'à quelle limite de l'âge adulte peut-elle être pratiquée? Beaucoup de chirurgiens sont d'avis qu'elle ne doit être pratiquée que chez des malades jeunes. M. Lucas-Championnière est d'avis que l'on peut opérer encore avec avantage à un âge plus avancé qu'on ne le fait d'habitude. Dans une plaie bien aseptique, dit-il, la formation d'un bon cal a autant de chances chez un homme de quarante ans que chez un homme de vingt ans. Au delà de quarante ans, il comprend que l'on hésite, à cause de la nécessité du séjour prolongé au lit. Il n'en a pas moins eu un beau succès chez un homme âgé de cinquante-quatre ans.

Voici, du reste, l'âge de ses onze opérés :

Le plus jeune (la jeune fille sujet de la première observation, dont il a été déjà question plus haut) n'avait que dix-sept ans; mais elle était arrivée à son développement complet. Les autres opérés avaient dix-huit, vingt, vingt et un, vingt-six, vingt-neuf, trente, trente-cinq, quarante ans, et enfin le plus âgé, celui dont nous venons de parler, cinquante-quatre ans.

La tuberculose pulmonaire, à la condition qu'elle ne soit pas trop avancée, n'est point une contre-indication. Chez les sujets opérés et dont quelques-uns avaient les sommets très tuberculisés, la résection a été suivie d'une amélioration générale très prononcée.

En ce qui concerne les indications de l'opération, voici en quels termes M. Lucas-Championnière les formule : Il faut intervenir lorsque les traitements de douceur ont échoué et que la jointure est tellement altérée qu'il ne reste plus de chances de conserver un membre utile.

Les chances favorables de la résection sont beaucoup plus grandes lorsqu'il n'y a pas de suppuration ouverte à l'extérieur. On peut encore réussir s'il existe des fistules; mais, s'il y a des altérations très étendues de la peau, il vaut mieux s'abstenir.

Enfin, les conditions qui deviennent très pressantes en faveur de la résection, sont : 1° le développement excessif des fongosités; 2° les douleurs vives au genou et surtout à sa périphérie, certaines douleurs térébrantes, qui rendent la marche impossible et annoncent presque à coup sûr des foyers de tuberculose osseuse.

DES INJECTIONS RECTALES GAZEUSES (MÉTHODE BERGEON) DANS L'HÉMOPTYSIE.

Par M. le docteur Hamon du Fougeray (du Mans).

Dans l'opuscule publié par M. le docteur Morel, il est dit (p. 35) que « les crachats hémoptoïques, les hémoptysies même, comme la période menstruelle, ne sont pas une contre-indication au traitement ».

J'irai plus loin, et l'expérience que j'en ai faite me permet de penser que les injections rectales peuvent rendre plus de services que tous les nombreux médicaments jusqu'ici employés, dans les cas d'hémoptysie. Je ne puis, il est vrai, en ce moment, baser mon opinion que sur trois cas; mais les résultats m'ont paru si encourageants que je n'hésite pas à les faire connaître.

Le premier cas se rapporte à un jeune homme de vingt-deux ans, présentant depuis peu des symptômes positifs de tuberculose. Il y a un mois, il fut pris de crachements de sang. Dès le second jour, je lui administrai un premier lavement de 4 litres de gaz CO^2 traversant une bouteille d'Eaux-Bonnes.

L'effet ne se fit pas longtemps attendre, et, au bout de deux jours (deux lavements par jour, matin et soir), le sang avait disparu des crachats, la toux si fatigante de l'hémoptysie s'était calmée, l'appétit était revenu, et le malade reprenait ses occupations, tout en continuant les injections.

A la même époque, je soignais un homme de quarante-trois ans, vieux tuberculeux avec cavernes dans les deux poumons, ayant eu déjà de nombreuses hémoptysies.

Lorsque je le vis, depuis deux jours non seulement il avait des crachements de sang, mais encore, plusieurs fois par jour, survenaient des quintes très douloureuses avec expectoration sanglante très abondante, environ 400 grammes en dix minutes. J'essayai d'abord la médication ordinaire : ergotine, ergotinine, sulfate de quinine, etc.

Rien ne réussit, et pendant huit jours l'état resta à peu près semblable et même s'aggrava. Pas de sommeil, pas d'appétit, toux extrêmement fatigante et continue.

Je lui administrai comme au précédent des injections rectales de CO^2 avec Eaux-Bonnes deux fois par jour. Dès le premier jour, il y eut un mieux sensible, caractérisé surtout par la disparition de l'oppression et la cessation de la toux; enfin, au bout du troisième jour, il n'y avait plus de sang dans les crachats.

Le troisième malade que je viens de traiter est un jeune homme de vingt-huit ans, tuberculeux depuis plus de cinq ans : cavernes dans le poumon gauche. Il a été pris subitement le soir de crachements de sang avec quinte de toux très fatigante; pendant deux jours, l'état est resté le même, malgré l'administration des médicaments ordinaires.

Je lui administrai alors un lavement de CO^2 pur, 2 litres matin et soir; dès le lendemain, il y avait une amélioration très marquée : le malade avait dormi, la toux si fatigante et presque continue avait cessé. Il n'y avait plus que quelques stries de sang dans les crachats, et depuis lors tout a disparu.

On peut voir que, dans ces trois cas, les injections gazeuses ont agi comme hémostatiques et comme calmants de l'irritabilité du poumon. Rien de si fatigant pour les malades, en effet, que ces quintes de toux qui accompagnent l'hémoptysie, et il a suffi de quelques lavements pour les faire disparaître, alors que les médicaments ordinairement employés n'avaient rien produit.

Ce fait est surtout remarquable dans ma deuxième observation, où l'état général s'aggravait de plus en plus.

Je pense qu'il faut surtout expliquer cet effet sédatif par l'emploi du gaz CO^2 beaucoup plus que par l'emploi des eaux sulfureuses. Du reste, dans ma troisième observation, je me suis servi de gaz CO^2 pur, et j'ai obtenu le même effet, peut-être même plus promptement.

Ces résultats s'expliquent fort bien, comme vient de le faire remarquer M. le docteur Renault (*Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 112), par l'action même du gaz CO^2. C'est un régulateur de la respiration et de la circulation, et de plus il est doué de propriétés anesthésiques.

Il me paraît donc rationnel de l'employer, comme je l'ai fait, dans l'hémoptysie des tuberculeux; les résultats que j'ai obtenus sont encourageants, et je serais heureux que d'autres observations vinssent les confirmer.

THÉRAPEUTIQUE

Du vin diastasé.

Par M. le docteur Delmis.

Il est admis aujourd'hui, par tous les praticiens qui en ont fait l'expérience, que la diastase végétale contribue puissamment à faciliter la digestion et l'assimilation des substances féculentes qui sont, en général, difficilement supportées par tous les dyspeptiques.

Ce ne fut qu'en 1859 que le docteur Coutaret indiqua un procédé pratique pour extraire la diastase de l'orge germée.

De nombreuses expériences furent ensuite tentées pour déterminer l'activité thérapeutique de ce produit et les avantages qu'on en pouvait retirer au point de vue médical.

MM. Gruber et Musculus reconnurent l'identité de la diastase salivaire des animaux supérieurs et de la diastase végétale et démontrèrent que les ferments agissent de la même façon sur le glycogène et sur l'amidon.

Le docteur Durand se livra également à une longue suite d'études sur la diastase. Il s'attacha surtout à mettre à profit l'activité germinative de la graine d'orge pendant la formation de la diastase, pour y associer des substances médicamenteuses.

Il obtint ainsi une sorte de combinaison organique qui permet l'assimilation totale des agents médicamenteux unis à la diastase. En effet, les nombreuses observations qu'il a recueillies prouvent de la façon la plus évidente que, dans la préparation à laquelle il a donné son nom (vin Durand diastasé), les substances toniques (cinchonine et manganèse), bien qu'en proportion relativement faible, produisent un effet thérapeutique des plus remarquables.

Il nous suffira de citer comme exemple les observations suivantes :

Une des clientes du docteur Diday, chirurgien des hôpitaux de Lyon, souffrait depuis quinze ans d'une dyspepsie dont le symptôme, non pas unique, mais principal, était une constipation jusque-là rebelle à toute médication, à tout système d'hygiène alimentaire. Cette grave incommodité a cessé et ses fonctions digestives se sont améliorées notablement depuis qu'elle fait usage du vin diastasé.

Chez une femme hystérique atteinte de diarrhée rebelle, M. le docteur Dubrac, médecin de l'hôpital de Magnac-Laval, a eu un succès complet par le vin diastasé. Les selles, qui ne paraissaient que tous les huit à dix jours, sont devenues faciles et presque régulières. Amélioration très notable dans l'état général.

Une femme dyspeptique sujette à des vomissements après le repas a été de suite soulagée par l'emploi de cette préparation.

M. le docteur Robert, de Lyon, a constaté par l'emploi du vin diastasé un effet stimulant sur l'appétit et le processus digestif. Il le croit très utile dans tous les cas où les fonctions de l'estomac sont languissantes, surtout chez les convalescents, à la suite des couches, chez les vieillards affaiblis, chez les personnes revenant des pays chauds, et dans tous les cas où la vitalité stomacale a besoin d'être relevée et excitée.

Enfin M. le docteur Duportal, à Ruffec, cite une de ses malades qui, au commencement de sa grossesse, non seulement éprouvait un dégoût très prononcé pour toutes sortes d'aliments, mais de plus était en proie aux vomissements les plus opiniâtres. Le vin diastasé arrêta les vomissements et régularisa les fonctions digestives.

Nous ne voulons pas multiplier davantage ces citations. Elles suffisent du reste pour démontrer que le vin Durand sera employé avec succès dans la dyspepsie, la gastralgie, les vomissements incoercibles, l'anémie et les convalescences longues et difficiles.

La dose moyenne est d'un verre à madère après les repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Expériences sur les nouveaux projectiles de guerre. — **M. CHAUVEL** a fait des expériences sur les effets des balles des nouveaux fusils. Ces balles ont une enveloppe d'acier; elles sont très longues et de petit diamètre; elles ont ne grande force de pénétration et sont peu déformables. Elles mesurent 8 millimètres de diamètre, 34 millimètres de long; leur poids est de 16 grammes; elles sont cylindriques, ogivales à l'une de leurs extrémités et se terminent par une pointe d'acier de 2 millimètres. Elles sont en plomb à l'intérieur et recouvertes d'une enveloppe d'acier. Leur vitesse est de 550 mètres par seconde au départ.

M. Chauvel a fait, avec ces projectiles, de nombreuses expériences, consistant à tirer sur des cadavres à la distance de 10 à 15 mètres à pleine charge, puis à une distance un peu plus éloignée à demi-charge seulement, de façon à représenter à peu près la vitesse de la pleine charge à grande distance.

A pleine charge et à courte distance, les effets de ces projectiles sont à peu près les mêmes que ceux des balles de plomb du fusil Gras. Les plaies viscérales faites par ces balles sont toutes mortelles.

Quant aux lésions osseuses, elles sont très variables suivant qu'il s'agit des parties spongieuses de l'os ou du tissu compact, de la diaphyse des os longs, par exemple. Elles traversent les parties spongieuses des os en formant un canal étroit, très net et très régulier. Sur la diaphyse des os, au contraire, elles déterminent des fissures et des esquilles énormes, des broiements, des désordres très considérables. Ces effets sont surtout obtenus dans le tir à courte distance.

Il en est à peu près de même, d'ailleurs, pour le tir à longue portée. A ce dernier point de vue, M. Chauvel croit pouvoir conclure de ses expériences que les blessures des parties molles, faites avec les petites balles, sont généralement insignifiantes, que, pour les lésions osseuses, les parties spongieuses sont traversées par un canal étroit, net; que, pour les diaphyses à tissu compact, on observe au contraire des broiements épouvantables.

M. TRÉLAT fait observer qu'en somme les effets de ces balles diffèrent peu de ceux des balles primitivement employées.

M. BERGER demande à M. Chauvel quelles sont les lésions qu'il a constatées du côté du canal médullaire des os. Cette question est importante au point de vue de l'ostéomyélite consécutive à ces lésions osseuses.

M. CHAUVEL répond que ces lésions peuvent être considérables. Si, ajoute-t-il, étant donné des lésions osseuses même très importantes, le chirurgien croit pouvoir, par des pansements antiseptiques, éviter la suppuration, il pourra tenter la conservation du membre. Dans les cas de désordres immédiats trop considérables, ou de suppuration trop probable, il faut recourir à l'amputation.

M. RECLUS a fait sur le cadavre des expériences avec des balles de revolver de 5 et de 7 millimètres de diamètre. Avec des balles de 5 millimètres, le trajet sur l'intestin et sur l'estomac est presque nul.

Avec les balles de 7 millimètres, un coup tiré sur le cœcum a fait une perforation antérieure et postérieure de 7 millimètres.

Dans un cas, M. Reclus a traversé onze fois l'intestin; l'orifice d'entrée et de sortie a été du diamètre de la balle. Sur une anse intestinale accolée à la colonne vertébrale, les orifices avaient 9 et 10 millimètres.

En résumé, quand l'intestin est traversé perpendiculairement, les orifices d'entrée et de sortie ont généralement le même diamètre que celui de la balle.

PRÉSENTATIONS

M. POLAILLON présente un malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, a eu une gangrène de la joue. A la suite de cette gangrène, il s'est fait une rétraction cicatricielle telle qu'il ne pouvait écarter les mâchoires ni s'alimenter. M. Polaillon a réséqué toute la partie du maxillaire inférieur adhérent, sur une étendue de 4 à 5 centimètres, après avoir fait descendre la joue autant que possible, puis il a fait l'opération d'Esmarck. Ce malade peut maintenant ouvrir la bouche assez bien.

M. DELORME présente un malade chez lequel il a largement ouvert et raclé une articulation sous-iliaque par une incision allant du creux poplité au grand trochanter. Cet homme, aujourd'hui guéri, peut non seulement marcher mais même courir.

M. POZZI présente une malade à laquelle il a pratiqué l'opération d'Alexander pour une rétroflexion extrêmement marquée de l'utérus. Cette malade a été opérée il y a quatre mois. Grâce à un pessaire intra-utérin lui maintenant, pendant quinze jours, l'utérus en antéversion, elle est maintenant très bien guérie.

M. BOUILLY communiquera un fait analogue dans la prochaine séance.

M. TERRIER ne croit pas que le but de cette opération doit consister à introduire un pessaire intra-utérin. Il faudrait tout faire pour se dispenser de ce pessaire.

M. POZZI répond que cette manœuvre peut être inutile, mais elle n'est nullement dangereuse.

ÉLECTION

M. Segond est élu membre titulaire.

La séance est levée.

MORT DE M. JULES BÉCLARD

Le monde médical vient de faire une grande perte, à laquelle nous étions loin de nous attendre. Il y a quelques jours à peine, en effet, nous apprenions que M. J. Béclard était malade; mercredi soir, on annonçait sa mort. Il succombe à soixante-neuf ans, dans la pleine possession de toutes ses brillantes facultés et alors que l'on pouvait espérer le voir longtemps encore les mettre au service de la science dans les hautes et multiples fonctions auxquelles son mérite seul eût suffi à l'élever s'il n'eût eu déjà pour l'y aider l'auréole qui illuminait son nom.

Nommé agrégé pour l'anatomie et la physiologie en 1844, élu membre de l'Académie de médecine en 1862, puis secrétaire perpétuel, en 1872 en remplacement de Dubois (d'Amiens); et, la même année, appelé à occuper la chaire de physiologie à l'École de médecine; élevé au décanat en 1881, M. J. Béclard s'est constamment maintenu à la hauteur du premier rang dans ces trois fonctions qu'il a remplies avec le même zèle et avec une égale distinction jusqu'à la veille de sa mort.

Il serait superflu de rappeler ici le succès de son enseignement, dont peuvent témoigner plusieurs générations de médecins, qui ont reçu de ses lèvres, sur les bancs du grand amphithéâtre, la manne de la physiologie moderne. Ce que nous tenons surtout à rappeler, en ce moment, c'est la suite des beaux éloges académiques, toujours si justes, si bien pensés et si bien dits, dans lesquels il a fait successivement revivre, dans nos mémoires et presque à nos yeux, les grandes figures de Blainville, qui a brillamment ouvert la série et révélé en lui du premier coup un historien et un panégyriste de premier ordre, de Delpech (de Montpellier), de Villermé, de Velpeau, de Trousseau, de Louis, de Cruveilhier, enfin celle de Claude Bernard, dont nul autre que lui n'était plus apte à apprécier l'œuvre immense et ses féconds résultats.

Quant aux travaux originaux dont M. J. Béclard a doté la science nous citerons notamment parmi eux : ses recherches expérimentales sur les fonctions de la veine porte (*Archives générales de médecine*, 1848), sur les conditions physiques de l'endosmose

des liquides et des gaz (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* et *Gazette des hôpitaux*, 1851), sa lettre à M. Dumas, sur le sang (*Annales de physique et de chimie*, 1847), du sang de la veine porte et de la veine splénique (*Archives générales de médecine*, 1848), de la contracture musculaire dans ses rapports avec la température animale (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1860 et *Archives générales de médecine*, 1861), de l'influence des divers rayons colorés du spectre sur le développement des animaux (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858), etc. De ces travaux nous ne saurions faire un meilleur éloge qu'en disant que Cl. Bernard en avait apprécié toute la valeur dans son célèbre rapport de 1867, en les énumérant parmi les progrès récents dont s'était enrichie la physiologie dans le cours des dernières années.

Sa grande œuvre didactique, son *Traité élémentaire de physiologie*, dont la septième édition a été publiée en 1884, restera comme l'expression fidèle de l'état actuel de la physiologie et comme point de départ des nouveaux progrès à accomplir.

M. J. Béclard était, en outre, président de l'Association de secours mutuels des médecins du département de la Seine, et il venait d'être promu tout récemment à la dignité de commandeur de la Légion d'honneur. Il lui manquait peu en fait d'honneurs et de dignités. Il va manquer beaucoup à notre corporation et à la science.

Les obsèques auront lieu demain samedi, à midi très précis, en l'église Saint-Sulpice. On se réunira à la Faculté de médecine de Paris, à onze heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Hattute, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Sifflet, Goguel et Huguet, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Girod de Miserey, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Sériziat, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878; Danion, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Berruzier, Ducrot, Maechler et Nuguet.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. Babeau, pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Aubrit, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Ga, dit Gentil, pharmacien diplômé de première classe.

— Par application de la décision ministérielle du 6 mars 1886, réglant les conditions du stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, M. Barbière, élève du service de santé, attaché à l'hôpital militaire de Bordeaux, reçu docteur en médecine, est nommé médecin stagiaire à ladite école.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1887, M. le docteur Masson est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

— Par arrêté préfectoral en date du 29 janvier 1887, M. le docteur Descout est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du Ier arrondissement de Paris, en remplacement de M. de Féraudy, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La réouverture des cours et des examens, suspendus depuis jeudi, par suite de la mort de M. le professeur Béclard, aura lieu lundi prochain, 14 février 1887.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lefèvre, externe des hôpitaux de Paris, est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Boyé, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Demon, agrégé, est chargé d'un cours d'anatomie et des fonctions de chef des travaux anatomiques, pendant la durée du congé accordé à M. Assaky.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Massal est chargé des fonctions d'aide de chimie, en remplacement de M. Nègre, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le professeur Lenoël est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite école.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Daugeard, docteur ès sciences, est nommé chef des travaux de botanique.

— Depuis plusieurs années, il existe à Paris des voitures spéciales pour le transport dans les hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses (variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, fièvre typhoïde ou choléra).

Ces voitures sont mises gratuitement à la disposition du public. Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser à un poste de police : un télégramme est immédiatement envoyé, et la voiture, qui est toujours prête à partir, de jour comme de nuit, part aussitôt.

MM. les médecins n'ont à produire, pour leur réquisition, qu'une note indiquant la nature de la maladie.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les voitures sont convenablement aménagées et chauffées, et qu'elles sont soigneusement désinfectées après chaque transport.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session générale, à Paris, le mercredi 13 avril prochain, à huit heures et demie du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

MM. les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 *bis*.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Valude, chef de clinique de M. le professeur Panas, a commencé les démonstrations d'optique physiologique à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, hier jeudi 10 février 1887, à trois heures de l'après-midi ; il les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Les consultations, leçons et opérations de la clinique ophthalmologique ont lieu les lundis et vendredis à neuf heures et demie du matin, et les exercices ophthalmologiques tous les mercredis.

— M. Pinard, professeur agrégé, chargé du cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, commencera ses leçons de clinique obstétricale mardi prochain, 15 février 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le mardi et le samedi, leçons à l'amphithéâtre ; le jeudi, exercices cliniques et opératoires.

— M. le docteur Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine et de l'hôpital temporaire Pascal, continuera ses leçons de gynécologie clinique et opératoire, les mardis, jeudis et samedis à dix heures.

Mardi, visite des malades au spéculum ; — jeudi et samedi, leçons théoriques ; — mercredi et vendredi, opérations.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20700

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 14 février 1887.

OBSÈQUES DE M. LE PROFESSEUR BÉCLARD

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, les obsèques du doyen de la Faculté de médecine de Paris, de M. le professeur Béclard, dont la mort si brusque est si vivement ressentie de tous, ont eu lieu samedi avec une grande solennité.

La partie de la cour de l'École de médecine, où se trouve placée la statue de Bichat, avait été transformée en chapelle ardente et remplie de couronnes déposées par les nombreuses délégations qui devaient prendre rang dans le cortège, tandis que la façade était tendue de draperies de deuil.

A midi précis, la levée du corps a eu lieu et le char funèbre s'est ébranlé, se dirigeant vers l'église Saint-Sulpice, où devait avoir lieu le service religieux. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'Instruction publique et président du Conseil supérieur de l'instruction publique; Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Gréard, recteur de l'Académie de Paris; le professeur Brouardel, assesseur, remplissant par intérim, depuis mercredi dernier, les fonctions de doyen; le professeur Sappey, président de l'Académie de médecine, et le docteur Peyron, directeur de l'administration de l'Assistance publique et président du Conseil de surveillance de cette administration, auquel M. Béclard appartenait.

Derrière la famille, suivant le char funèbre, venaient immédiatement : les membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, les membres du Conseil général des Facultés, puis, en robe, tous les professeurs et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris, ainsi qu'une délégation des professeurs de la Faculté des sciences, de la Faculté des lettres et de la Faculté de droit de Paris, puis l'Académie de médecine, ayant à sa tête les membres du bureau, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, une délégation du Conseil municipal de Paris, les élèves du laboratoire de physiologie de M. le professeur Béclard, l'Association des médecins du département de la Seine, conduite par son vice-président, M. le docteur Blanche; une délégation de la Société d'anthropologie, de la Société de biologie; les élèves de l'École pratique, précédés d'une couronne; l'Association générale des étudiants de Paris, portant une couronne et précédés de leur bannière cravatée d'un crêpe; les étudiantes en médecine de la Faculté de Paris, portant aussi une immense couronne blanche; enfin une foule considérable de médecins et de notabilités scientifiques. Le personnel de la Faculté avait également déposé une grande couronne sur le cercueil.

A la sortie de l'église, le cortège s'est dirigé sur le Père-Lachaise, où l'inhumation a eu lieu et où de nombreux discours ont été prononcés : par MM. Schutzemberger, représentant le ministre, président du Conseil supérieur de l'Instruction publique; Mathias-Duval, au nom des professeurs de la Faculté de médecine de Paris; Laborde, au nom des élèves du laboratoire de physiologie; Sappey, au nom de l'Académie de médecine; Farabeuf, au nom de l'École pratique; Blanche, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine, dont M. Béclard était le président; Magitot, au nom de la Société d'anthropologie; Bourgogne, au nom de l'Association des étudiants de Paris, et Reynal-O'Connor, au nom de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres et des médecins de la République Argentine.

Malgré notre désir de publier ici tous les discours, comme un dernier hommage à la mémoire du maître dont nous déplorons si vivement la perte, nous nous trouvons forcé, à notre vif regret, — l'espace nous manquant, — de ne reproduire que ceux de M. le professeur Mathias-Duval, de M. le docteur Blanche et de M. le docteur Magitot.

Discours de M. Mathias-Duval, au nom de la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

Le deuil qui nous réunit est de ceux qui s'expriment plus par des larmes que par des paroles; c'est à un père que la Faculté de médecine vient dire un dernier adieu. En me désignant pour prendre la parole, en m'imposant le courage de refouler ma douleur, mes collègues me donnent du moins la consolation passagère de vivre encore un instant avec le maître pendant que je rappelle son œuvre, pendant que je rends hommage à son caractère, à son cœur.

Les hautes qualités d'homme de science et d'homme de cœur étaient chez Béclard un héritage de famille; il les tenait de son illustre père, Pierre-Augustin Béclard, qui de 1818 à 1825 occupa à l'École la chaire d'anatomie.

Né le 17 décembre de cette même année 1818, Jules Béclard était reçu docteur en 1842. Dès lors s'ouvrit pour lui une longue

période de concours, dont le souvenir est resté ineffaçable. Le premier et le plus mémorable, celui de 1844, pour l'agrégation d'anatomie et physiologie, nous le montre en concurrence avec Claude Bernard. Le rapprochement de ces deux noms, dans cette lutte scientifique, éveille aujourd'hui un singulier intérêt, car nous savons ce que devait devenir chacun des illustres compétiteurs. C'est Béclard qui remporta la victoire. Dès ce moment s'étaient révélées chez lui les aptitudes professorales qui sont d'un si grand poids dans nos concours, aptitudes qui devaient faire de lui le maître le plus aimé et le plus apprécié des élèves : clarté et simplicité, jointes à une grande méthode d'exposition; admirable talent à revêtir son idée du mot propre, à trouver l'élégance sans la rechercher, grâce à la vivacité et à l'exactitude des expressions. De ce concours nous est restée sa thèse intitulée : « Des principes immédiats azotés et de leur distribution dans l'économie. »

A cette époque, le concours régnait en maître, non seulement pour l'agrégation, mais encore pour les chaires magistrales. Aussi deux ans se sont-ils à peine écoulés, que nous voyons le jeune agrégé,—il avait alors vingt-huit ans,— entrer dans l'arène pour la chaire d'anatomie, en concurrence avec Denonvilliers. Ce concours de 1846 nous a laissé sa thèse sur le *Système cartilagineux*, monographie qui marquait pour lui une place parmi les maîtres en anatomie générale, parmi les successeurs de Bichat, dont son père avait été l'élève et le continuateur. Aussi le voyons-nous bientôt s'adonner plus particulièrement à cette science, en publiant en 1852 une nouvelle édition des *Éléments d'anatomie générale* d'Augustin Béclard, édition dont il doublait le volume par de nombreuses additions. De même, en 1855, il publiait, en collaboration avec M. Marc Sée, la traduction française de l'*Histologie humaine* de Kœlliker.

Ne citons que pour mémoire son concours, en 1851, pour la chaire d'hygiène, où il se mesurait avec un maître, Bouchardat, dont nous déplorons encore la perte.

Nous avons hâte, en effet, d'arriver aux travaux originaux de physiologie expérimentale, qui devaient le désigner plus tard comme successeur de Longet dans la chaire de physiologie.

Ce furent d'abord (1845) ses études sur l'*Influence de la température, sur le développement comparé des systèmes organiques*, études où, sur un terrain mixte, appartenant à la fois à l'anatomie générale et à la physiologie expérimentale, il recherchait les conditions qui amènent au développement prédominant du système nerveux ou du système sanguin. Puis, dans ce même ordre d'idées, en 1858, ses deux mémoires intitulés : « De l'influence de la lumière et des divers rayons colorés du spectre sur le développement des animaux », et « Des rayons colorés du spectre envisagés dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition ».

Mais sa principale œuvre originale, au point de vue de la physiologie expérimentale, consiste dans ses mémoires : « Sur le mécanisme de l'absorption et les phénomènes de l'endosmose » ; — « Sur les fonctions de la rate et de la veine porte » ; — « Sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale ».

Arrêtons-nous un instant sur ce dernier. Il date de 1860 et, si rapides que soient de notre temps les progrès de la physiologie, les résultats qu'il annonçait sont aujourd'hui aussi actuels, aussi incontestables, quoique obtenus avec un matériel expérimental rudimentaire, que s'ils étaient d'hier, avec l'instrumentation perfectionnée des laboratoires. Le muscle en contraction produit de la chaleur : la quantité de chaleur qui disparaît du muscle, quand il produit un travail mécanique extérieur, correspond à l'effet mécanique produit ; l'action musculaire, non utilisée sous forme de travail mécanique extérieur, apparaît sous forme de chaleur ; en d'autres termes, la chaleur musculaire est complémentaire du travail mécanique utile produit par la contraction. Telles sont ses conclusions. Les formules actuelles sur la transformation des forces et l'équivalent mécanique de la chaleur ne renferment rien de plus précis.

Béclard n'a jamais perdu de vue le haut intérêt des questions abordées dans ses études sur la chaleur ; à plusieurs reprises, même dans ces toutes dernières années, elles avaient encore été l'objet de ses méditations et de ses tentatives expérimentales. Si les préoccupations administratives, les soins de l'École, les affaires de l'Académie le tenaient trop souvent éloigné du laboratoire, il n'en pensait pas moins à reprendre ses expériences, et ces derniers jours encore il venait de faire construire, pour reprendre les études sur la chaleur et le travail musculaire, un vaste appareil dans lequel un thermomètre différentiel devait, par projection, rendre un nombreux auditoire témoin de ses indications.

Il occupait en effet, depuis 1872, la chaire de physiologie, mais l'éclat de son enseignement magistral remonte à une date plus ancienne, non seulement par les suppléances qu'il avait faites d'abord en 1846, puis à partir de 1856 pendant trois années consécutives, mais encore et surtout par son *Traité de physiologie humaine*, paru en 1856 et arrivé aujourd'hui à sa septième édition. Et, puisque nous jugeons souvent de la valeur d'une œuvre française par le succès qu'elle obtient à l'étranger, il suffira de dire que cet ouvrage classique, qui a présidé à l'éducation de tant de générations de médecins français, a été traduite en allemand, en italien, en espagnol, en portugais, en valaque, en arabe, on peut dire dans toutes les langues.

Ces titres scientifiques, ces œuvres didactiques de Béclard, notre douleur se complaît à leur énumération, car c'est de lui ce qui nous reste, sans que la mort en puisse rien enlever. Mais comment rappeler ce que nous avons à jamais perdu, le professeur si cher aux élèves, l'administrateur dévoué et sage, le juge bienveillant mais juste, l'homme de cœur. Comme professeur de physiologie, c'est à lui que nous devons la transformation du laboratoire de physiologie, l'institution de démonstrations expérimentales adjacentes au cours théorique, l'organisation des travaux pratiques de physiologie. Ce qu'il a fait pour cette partie nouvelle de l'enseignement, son fidèle collaborateur, M. Laborde, pourrait seul le rappeler ici, si sa douleur lui permettait de s'exprimer autrement que par des larmes. Comme doyen, depuis 1881, Béclard a présidé à l'organisation aujourd'hui si complète des exercices de dissection et de médecine opératoire, et notre collègue, M. Farabeuf, saura vous peindre les efforts et l'activité exigés par ces réinstallations, s'il peut toutefois maîtriser un instant une douleur que nous savons si profonde.

Mais en rappelant tous ces titres à votre reconnaissance, nous n'évoquons que bien imparfaitement l'image du maître regretté. Cette image, nous l'avons tous présente, et nos souvenirs de quelques jours à peine nous le montrent avec cette affabilité bienveillante, ces qualités aimables, ce caractère attractif qui faisaient de lui l'ami de ses collègues et le véritable père de toute la jeunesse de notre École. Il savait comprendre cette jeunesse, car il était resté réellement jeune, tout en profitant de l'expérience de l'âge, et ses idées libérales, alliées à une grande sagesse et à un bon sens profond, avaient consacré le prestige de son autorité.

Devenu père de famille, avec ce privilège de jeunesse qui ne l'a jamais abandonné, il avait trouvé le bonheur dans un intérieur où il apportait ces qualités qui l'ont fait partout aimer. Au degré de notre propre douleur, mesurons ce qu'est la douleur de cette compagne, de cette mère et de ces jeunes enfants.

Cher maître, je suis l'un des nombreux disciples que vous avez pris par la main et guidés jusqu'à les faire asseoir à vos côtés; votre égale bienveillance n'a pu faire de jaloux et chacun, cependant, se glorifiait intérieurement d'être votre préféré. Mais, hélas! nous sommes aujourd'hui tous égaux dans la douleur ; et ce n'est pas ma voix, c'est celle de tous ceux qui vous ont connu, c'est-à-dire aimé, qui vous dit : Adieu, maître.

Discours de M. le docteur Blanche, au nom de l'Association des médecins de la Seine.

Messieurs,

Je viens, au nom de l'Association des médecins de la Seine, offrir un dernier hommage d'affection et de respect à notre cher président.

Je ne vous parlerai que de ce qu'il était pour nous et parmi nous. Dans les rapports fréquents de l'Association avec les pouvoirs publics, son expérience consommée et sa haute influence aplanissaient les difficultés et assuraient le succès de nos démarches, qui n'ont d'ailleurs jamais d'autre objet que l'intérêt et le bien des médecins.

Dans nos réunions, il était pour nous un modèle et un guide, par sa courtoisie, sa bienveillance et son équité.

Son cœur était toujours ouvert aux sentiments généreux; il accueillait les humbles, les relevait, les consolait, et, plein d'indulgence, il mettait en clarté ce qui justifiait le secours demandé, laissant dans une ombre discrète ce qui aurait pu diminuer la sympathie pour le solliciteur.

Il arrive, en effet, que l'on rencontre des erreurs et même des fautes de conduite chez les malheureux réduits à demander qu'on les assiste.

Ces malheureux, Béclard les couvrait de sa parole d'une si pénétrante et si douce bonté, et il montrait ainsi sa belle âme, toujours animée des aspirations les plus nobles et les plus généreuses.

Hélas! nous n'entendrons plus sa voix, mais nous n'oublierons jamais l'exemple qu'il nous donnait; il ne cessera pas d'être présent parmi nous par le souvenir que nous gardons de ses sentiments d'humanité et de charité et des grands services qu'il a rendus à notre Association.

En finissant, permettez-moi, messieurs, de vous dire que j'étais l'ami de Béclard depuis quarante-cinq ans, que nos relations de parfaite cordialité n'ont jamais été troublées par le plus léger dissentiment, et que sa mort est pour moi, comme pour tous ses amis, un sujet de profonde affliction.

Discours de M. le docteur Magitot, président de la Société d'anthropologie.

Messieurs,

Au nom de la Société et de l'École d'anthropologie de Paris, j'ai dû accepter le triste devoir de venir, à mon tour, apporter sur cette tombe l'expression de nos unanimes regrets et de notre profonde douleur. Celui que nous pleurons fut, en effet, non seulement l'un de nos fondateurs et l'un de nos plus anciens présidents; mais il est resté, jusque dans ces derniers jours, le maître respecté et vénéré auquel nous devons rendre un suprême hommage.

Dès 1860, Béclard faisait partie d'un groupe de savants qui, sur l'initiative de Broca, jetèrent les premières assises de notre Société. Ils étaient dix-neuf, tous jeunes et ardents, et déjà illustres par leurs travaux, tous animés de cette noble passion de l'inconnu et entraînés à la poursuite des problèmes nouveaux que soulève l'histoire de l'homme.

La mort, hélas! a fait de nombreux vides dans cette glorieuse phalange: Geoffroy Saint-Hilaire, Martin-Magron, Gratiolet, Lartet, Robin, Henri Martin, Broca et d'autres encore. Quelques-uns nous restaient cependant, témoins d'une époque chère à nos souvenirs, et voici qu'aujourd'hui Béclard nous est enlevé, laissant un nouveau vide d'autant plus profond, d'autant plus cruel, qu'il était plus imprévu.

Je n'ai point à retracer ici, cher maître, votre carrière scientifique, d'autres viennent de le faire avec plus de compétence et d'autorité; ce que je tiens à dire, c'est que vous avez été pour nous le soutien fervent et convaincu des premiers jours, le défenseur dévoué et chaleureux des époques de difficultés et de luttes, le témoin assidu de nos travaux, le conseiller et le guide qui avait foi dans nos forces et dans notre avenir.

C'est ainsi que votre vie si digne, si noble, si irréprochable, restera pour nous comme un exemple et un enseignement. Adieu donc, cher maître, au nom de tous vos collègues, qui étaient aussi vos élèves, adieu!

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Sur la pleurésie « a frigore ».

La question de la pleurésie *a frigore* est, en ce moment plus que jamais peut-être, à l'ordre du jour; aussi voudrais-je aujourd'hui revenir de nouveau sur ce sujet. On reproche à quelques auteurs d'être exagérés dans leur opinion sur cette affection et de lui donner une pathogénie qu'elle n'aurait pas, et l'on a invoqué contre cette pathogénie un certain nombre d'arguments.

On a dit notamment que c'était une erreur de croire que la pleurésie *a frigore*, chez des individus de très bonne apparence comme santé, était toujours une pleurésie tuberculeuse. Je réponds qu'il est absolument erroné de croire qu'il n'y a que les gens plongés dans la misère physiologique, que les misérables, les déchus, qui puissent faire de la pleurésie tuberculeuse. La clinique nous montre absolument le contraire. Vous citerai-je entre autres faits celui de ce dragon qui, à la fin des manœuvres militaires annuelles, est pris de frisson, entre au Val-de-Grâce pour une soi-disant pleurésie *a frigore*, meurt quinze jours plus tard, et dont l'autopsie démontra que l'on avait affaire à une pleurésie tuberculeuse? Ne voyez-vous pas, par exemple, dans certains cas, à la suite d'un traumatisme vulgaire, une hydarthrose se produire chez un individu en apparence très bien portant: hydarthrose traumatique, et lorsque vous ouvrez l'articulation, que vous faites l'arthrotomie, vous trouvez une hydarthrose tuberculeuse, avec les bacilles caractéristiques de la tuberculose.

N'ai-je pas déjà raconté à plusieurs reprises le fait de ce boulanger du service de M. Peter, homme fort, vigoureux, de grande stature, sans aucun antécédent personnel, sur la pleurésie duquel j'avais également mis l'étiquette « tuberculeuse » et dont l'autopsie confirma encore une fois mon diagnostic.

Et combien d'autres je pourrais rappeler ici! Prétendre donc que des sujets ainsi bâtis, ainsi fortement constitués en apparence, ne peuvent avoir une pleurésie tuberculeuse, c'est faire de la médecine de sentiment, c'est invoquer des arguments sans valeur. Il faut se garder de croire que les individus en proie à la misère physiologique soient les seuls ou toujours les plus sujets à faire de la tuberculose; il faut se garder de croire que les apparences de la force et de la vigueur préservent toujours de la pleurésie tuberculeuse.

Il vous suffira de causer avec un certain nombre de médecins militaires pour apprendre d'eux que c'est surtout dans la cavalerie, c'est-à-dire parmi les hommes triés sur le volet, qu'on trouve la tuberculose, parce qu'ils ont plus de mal, plus de fatigues. Sachez donc vous raidir contre des apparences qui bien souvent vous conduiraient à des diagnostics erronés.

Et la granulie, chez qui se développe-t-elle, si ce n'est le plus souvent chez des individus très forts en apparence et indemnes de tous antécédents?

Un autre argument invoqué également contre la pleurésie tuberculeuse est le suivant: Comment, vous dites que ces jeunes gens, très bien guéris de leur pleurésie, avaient une pleurésie tuberculeuse; mais vous n'y pensez pas. — Je réponds: Est-ce que nous ne voyons pas certaines tuberculoses localisées guérir parfaitement; pourquoi donc refuser à la plèvre ce que nous observons sur d'autres tissus, pourquoi fermer les yeux à la lumière?

Bref, j'en suis encore à attendre, malgré mes demandes pressantes et maintes fois répétées, qu'on me montre une pleurésie *a frigore* sans tuberculose, car je n'en connais pas encore une seule autopsie complète. J'ai donc le droit de dire que les adversaires de la doctrine que nous professons n'ont pas fourni les preuves que nous leur demandons sans cesse, tandis que, de notre côté, nous les donnons et les avons données maintes fois, je ne dirai pas doctrinairement, mais de par la clinique.

De plus, nous ne disons pas que la tuberculose est toujours fatale, mais qu'elle est toujours possible, de même que nous ne prétendons nullement que les pleurétiques sont condamnés à voir leur tuberculose évoluer fatalement en deux ou trois ans; mais nous demandons qu'on suive l'histoire de ces pleurétiques jusqu'à leur mort. Je parle, bien entendu, de tuberculose locale de la plèvre, et non pas de phthisie, ce qui n'est pas du tout la même chose.

En 1881, j'ai défendu la question de la contagiosité de la tuberculose, et j'ai soutenu son infectiosité. Mais on ne voulait pas en entendre parler, parce que derrière l'infectiosité on craignait d'apercevoir la contagiosité. Un des grands médecins de ce siècle a dit que tout individu qui ne pouvait donner d'autre explication de sa pleurésie qu'un coup de froid, devait être tenu comme suspect de tuberculose de la plèvre.

Mais, je le répète, il ne s'agit pas de confondre la tuberculose avec la phthisie. Ce sont-là deux choses très distinctes.

On a dit encore que la doctrine que nous soutenions était désolante. Les mots « consolant ou désolant » sont des adjectifs qui ne doivent pas exister entre médecins.

Il est des sujets chez lesquels la tuberculose reste localisée et qui sortent victorieux de leur mal de par leur force de résistance; il en est aussi, nous le savons, qui, guéris momentanément, feront souche de tuberculose dix, quinze ou vingt ans plus tard. Si quelque chose est consolant, loin d'être désolant, au contraire, comme on l'a dit à tort, c'est de savoir que la pleurésie *a frigore* est une pleurésie tuberculeuse; car de là découlent des indications thérapeutiques, hygiéniques, permettant de traiter la maladie comme telle et de mettre les malades à même de se défendre, à même d'empêcher le mal de se généraliser, par des soins bien compris, par les *ingesta*, les *circumfusa*, etc. C'est ainsi que deux jeunes enfants de ma clientèle ont été retirés, sur mes conseils, des établissements où ils faisaient leur instruction, à la suite d'une pleurésie *a frigore*, pour être élevés pendant plusieurs années consécutives à la campagne, devenir des sujets forts, robustes, rustiques au point de vue de la santé, et se trouver mis ainsi à l'abri de la généralisation d'une tuberculose primitivement localisée à la plèvre, tandis qu'ils perdaient successivement de cette affection leur mère, un oncle, une tante et une sœur.

Ce n'est donc pas une simple question doctrinaire, mais bien une question de pratique courante, usuelle; et il n'est pas indifférent de faire le diagnostic de pleurésie *a frigore* ou celui de pleurésie tuberculeuse. Savoir que la tuberculose peut rester localisée est autrement consolant; car, autrefois, qui disait tuberculose disait phthisie. Cette doctrine de la pleurésie tuberculeuse est à la fois utile et consolante, pour me servir des termes qu'on a employés. Mais le sentiment n'a rien à faire dans les questions de doctrine; il ne convient, en réalité, qu'au chevet du malade.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Tumeur blanche du coude, résection sous-périostée. Guérison.

Je voudrais vous montrer aujourd'hui un homme auquel j'ai fait la résection du coude droit il y a six ans environ. Le fait est intéressant.

A l'exemple d'un des maîtres les plus illustres de la chirurgie contemporaine, j'attache une grande importance à étudier les suites éloignées des opérations. Malgaigne a dit avec raison, en effet, qu'il ne suffisait pas d'opérer un malade, mais qu'il fallait encore savoir ce qu'il devenait par la suite. J'étais tout jeune, alors qu'il émettait ce principe, que l'on trouvait dans ce temps-là des plus exorbitants. Mais il en est ainsi souvent de certaines choses que l'on trouve tout d'abord paradoxales et que l'on reconnaît plus tard parfaitement sages et rationnelles.

C'est surtout dans la résection des os qu'il faut savoir garder une grande réserve avant d'en proclamer les résultats définitifs, car il arrive parfois que les bénéfices obtenus dans les premiers temps se démentent plus tard.

Il n'y a pas très longtemps que succombait, deux ans et demi après que je lui avais pratiqué une résection totale du coude, certain malade auquel M. Terrillon avait déjà fait subir antérieurement une résection partielle, laquelle avait paru cependant donner de bons résultats.

Il n'en est pas de même du malade que je vous présente aujourd'hui, car il peut être proclamé définitivement guéri. Il était venu, il y a six ans, dans notre service, pour une tumeur blanche du coude droit, extrêmement douloureuse, ce qui n'est pas ordinairement le cas. J'essayai tout d'abord l'immobilisation dans l'extension, puis dans la flexion, puis plus tard encore j'essayai de le traiter par un autre appareil. Bref, rien n'y faisant, je pratiquai, au mois de juin 1881, la résection du coude droit, résection sous-périostée selon le procédé d'Ollier. Les suites opératoires furent bonnes et le malade quitta l'hôpital au bout de quelque temps, pour y rentrer un peu plus tard pour des trajets fistuleux persistants. Je fis un grattage méticuleux des parties restées malades, plaçai des drains et ce fut seulement au bout d'un an que nous obtînmes une guérison qui, depuis, lors ne s'est jamais démentie, ainsi que j'ai pu le constater à diverses reprises, ayant de temps à autre l'occasion de rencontrer cet homme.

Il est même actuellement si bien guéri, cinq ans et demi après l'opération qu'il a subie, que, lorsqu'il est habillé, il est assez difficile de reconnaître le bras opéré. J'oubliais de dire qu'au moment où je fis la résection, l'arthrite du coude avait entraîné avec elle, ce qui arrive fréquemment, une atrophie musculaire considérable, atrophie portant surtout sur le triceps. Ainsi que vous pouvez le remarquer, cet homme exécute aujourd'hui convenablement à peu près tous les mouvements normaux de son membre supérieur droit; il peut écrire convenablement; il ne souffre plus du tout, et la seule chose qui le gêne un peu, c'est l'absence de la force normale dans la main droite. Enfin, vous pouvez constater une reconstitution parfaite de l'extrémité inférieure de l'humérus réséqué.

C'est donc là, en réalité, un très beau résultat définitif non seulement au point de vue de la guérison, mais aussi au point de vue fonctionnel, résultat que l'on obtient par les résections sous-périostées par la méthode d'Ollier.

La question du traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse est de celles que l'on discute actuellement.

C'est à Beaujon, pendant un intérim que je faisais comme chirurgien du Bureau central, il y a de vingt-cinq à trente ans environ, que je pratiquai pour la première fois la résection sous-périostée avec mon ami Ollier, qui venait de faire connaître les premiers résultats de ses importantes expériences sur les reproductions osseuses. J'avais alors dans le service un malade sur lequel la méthode qu'il proposait paraissait applicable. Nous fîmes donc de concert cette opération qui nous exposa aussitôt aux objurgations d'un certain nombre de chirurgiens et notamment de Sédillot, et nous dûmes soutenir à maintes reprises de grandes luttes, comme il arrive toujours en pareil cas, lorsqu'il s'agit d'une découverte nouvelle ou de quelque procédé nouveau.

Aujourd'hui, et après être entrée depuis lors dans le domaine de la chirurgie, cette opération est de nouveau menacée par une autre intervention opératoire consistant dans l'extirpation des capsules sous-articulaires, vantée en raison des fongosités nombreuses que l'on rencontre dans ces ostéo-arthrites, se prolongeant parfois assez loin. Mais cette extirpation de la synoviale a le grave inconvénient d'ôter toute possibilité de faire la résection des os et par suite d'empêcher leur régénération ultérieure. Il faut donc en revenir absolument à la pratique mise en honneur par Ollier, il faut renoncer à l'extirpation de la synoviale qui, si elle donne momentanément de bons résultats, est une mauvaise opération au point de vue des suites.

Et cependant, direz-vous, il faut aller détruire les fongosités, détruire la tuberculose partout où elle s'est développée. — Oui, parfaitement; mais alors je vous répondrai que, si vous avez affaire à une synovite du coude s'accompagnant de fongosités très abondantes, s'étendant au loin et profondément, vous devrez faire l'amputation du coude, tandis que si les lésions sont moins considérables, moins profondes, vous aurez recours à la résection sous-périostée par le procédé d'Ollier comme pour l'ostéo-arthrite ordinaire, en ayant soin de respecter la gaine périostique, de bourrer la plaie d'iodoforme, de ne point tenter la réunion immédiate, mais de continuer pendant plusieurs mois le pansement de la plaie en soumettant tous les foyers à l'action des parasiticides.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

M. DESNOS donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Gallard.

M. KELSCH prononce l'éloge funèbre de M. Zuber, mort au Tonkin.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. — M. DUGUET présente un malade atteint d'une tumeur fluctuante de la région lombaire droite. C'est un kyste hydatique de la masse sacro-lombaire qui offre très nettement le frémissement vibratoire caractéristique.

M. DUMONTPALLIER a vu un cas semblable, dans lequel la tumeur était du côté gauche.

Hémichorée préparalytique. — M. GINGEOT fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que les cas d'hémichorée post-paralytique sont relativement assez fréquents, tandis que ceux d'hémichorée préparalytique sont beaucoup plus rares. On en compte à peine quelques cas dans la science. M. Gingeot en a récemment observé un exemple à Sainte-Périne. Il s'agit d'une femme de soixante-dix-sept ans, fille de mère goutteuse. Il y a six ans, elle fut prise d'un léger tic de la face. Comme antécédents, ni syphilis ni alcoolisme. En 1886, elle est prise d'un étourdissement, st s'aperçoit que son bras gauche est engourdi. Le lendemain, les deux membres du côté gauche étaient le siège de convulsions. Ces mouvements hémichoréiques atteignent d'emblée toute leur intensité et vont ensuite en diminuant.

Le surlendemain, suppression des mouvements choréiques. Mais les membres du côté gauche restent affaiblis. Il n'y a aucun trouble des sens ni de la sensibilité générale. Il s'agissait donc bien d'une hémichorée préparalytique. Dans les faits de ce genre, il y a généralement de l'hémianesthésie concomitante. Dans le cas actuel, il n'y en e ut pas. M. Gingeot croit devoir rattacher ces troubles à un foyer de ramollissement ou plus probablement d'hémorrhagie cérébrale à deux temps.

Pleurésie purulente latente. — M. DEBOVE lit une note sur la pleurésie purulente latente. On sait, dit-il, qu'on désigne sous ce nom des épanchements pleuraux apyrétiques et qui ne donnent lieu qu'à de la dyspnée. On a cité plusieurs exemples de ce genre. M. Debove en observe actuellement un cas dans son service.

Il s'agit d'un homme de trente ans qui entra à l'hôpital le 11 février 1884. Il était malade depuis six mois, il était amaigri, mais avait continué son travail jusque-là. La thoracentèse donna 1 litre de liquide séro-purulent. Ici la purulence s'était établie d'emblée. La thoracentèse n'en doit donc pas être incriminée. Cette purulence devint plus accentuée aux ponctions ultérieures. M. Debove fit quatre ponctions; chaque fois le liquide se reproduisit. Ce malade a un épanchement évalué à 3 litres dans le côté gauche. Il n'a pas de fièvre, il présente les apparences d'une bonne santé et travaille dans les salles. Le pronostic est grave. M. Debove ne croit pas que l'empyème soit indiqué, car, dans des cas analogues, l'empyème a paru hâter la mort. M. Debove en cite deux exemples. Dans l'un, l'empyème donna issue à neuf litres de pus. Dans ces deux cas, l'opération d'Estlander fut pratiquée sans succès. C'est pourquoi, chez le malade dont il s'agit ici, M. Debove ne fera pas la pleurotomie et se contentera d'un traitement palliatif consistant en simples ponctions, si la dyspnée le commande.

M. GUYOT fait observer que, dans ce cas, si le poumon se dilate après la ponction, il y aurait lieu d'intervenir chirurgicalement; s'il ne se dilate pas, cette intervention n'a plus de raison d'être.

M. RENDU fait observer que M. Debove paraît faire plutôt le procès de l'opération d'Estlander que celui de la pleurotomie.

M. DEBOVE dit que l'opération d'Estlander est, en effet, contre-indiquée dans les cas de vastes épanchements.

M. RENDU partage cette opinion, mais il croit que le malade de M. Debove trouverait un certain bénéfice dans la pleurotomie.

M. JOFFROY a fait l'autopsie de l'un des malades dont a parlé M. Debove. Les adhérences et les fausses membranes étaient telles que la cavité était restée énorme et impossible à combler. Dans ce cas, l'opération d'Estlander ne pouvait rendre aucun service; et pourtant on avait enlevé sept côtes.

M. BUCQUOY rappelle que, dans ces cas de pleurésie purulente, l'empyème soulage les malades et le plus souvent même prolonge leur existence. Grâce à des ponctions successives, on peut obtenir la dilatation progressive du poumon, et dès lors l'empyème rend de réels services.

M. DEBOVE répond à M. Bucquoy que si la pleurésie tend à guérir par des ponctions successives, l'empyème devient inutile.

M. BUCQUOY fait observer que, dans ces cas, il arrive un moment où les ponctions ne suffisent plus et où il faut recourir à l'empyème.

M. DUMONTPALLIER a cherché quel était le résultat définitif de l'opération d'Estlander. Dans la majorité des cas, ces résultats ne sont pas supérieurs à ceux de l'empyème. Quant aux ponctions

successives, quand, après quatre ou cinq ponctions, on n'a pas obtenu de résultats satisfaisants, il vaut mieux pratiquer l'empyème. M. Dumontpallier fait observer qu'avec les ponctions aspiratrices on ne peut pas se rendre compte exactement de l'élasticité pulmonaire. A ce point de vue, la simple canule de Trousseau avec la baudruche de Reybard serait préférable, puisqu'elle permettrait de se rendre un compte exact de l'élasticité pulmonaire.

M. FÉRÉOL fait remarquer que M. Debove a parlé de pleurésies latentes. La conduite à suivre, dans ces cas, est toute différente de celle qu'il convient de choisir dans les cas de pleurésies purulentes aiguës avec fièvre, et dans lesquels l'empyème est formellement indiqué. Dans les pleurésies latentes, M. Féréol pense qu'il y a tout avantage à ne pas opérer, et il approuve, à ce point de vue, la conduite de M. Debove.

M. BUCQUOY partage l'opinion que vient d'exprimer M. Féréol; mais pour le malade de M. Debove il interviendrait plus fréquemment par les ponctions.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ET DES BEAUX-ARTS

Officiat de santé. — Session d'avril.

(Circulaire du 8 février 1887.)

Monsieur le Recteur, le décret du 1er août 1883, relatif aux conditions d'études des officiers de santé, a été rendu exécutoire à dater du 1er novembre de la même année pour les étudiants qui ont pris, à cette époque, la première inscription d'officiat.

D'après cette inscription, l'article 7 du même décret, qui décide que la session d'avril est exclusivement réservée aux candidats ajournés à la session d'août précédente, ne sera applicable aux étudiants du nouveau régime, qui doivent justifier de 16 inscriptions, qu'à dater de la session d'avril 1888; il en sera de même pour les autres étudiants qui ont commencé leurs études sous un régime qui n'apportait aucune restriction au droit de se présenter à la session d'avril.

Je vous prie de prendre les dispositions nécessaires pour que cette mesure soit immédiatement portée à la connaissance de MM. les doyens et directeurs des Facultés et Écoles de médecine de votre ressort et à celle des intéressés.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Berthelot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Bouchon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Ledoux-Lebard, Cazauban, Bourasseau et Boulland.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens de première classe Camus, Bonnissol et Hugues.

— Par décrets en date du 10 février 1887, ont été nommés :

1° Professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Lyon, M. Arloing, agrégé, docteur ès sciences et professeur de physiologie à ladite Faculté; — 2° professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. Guignard, docteur ès sciences, pharmacien de première classe; — 3° professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon, M. Lagarde, docteur ès sciences; — 4° professeur de zoologie et physiologie animales à la Faculté des sciences de Caen, M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences; — 5° professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Caen, M. Pauchon, docteur ès sciences, maître de conférences physiques à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 12 février 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Morin, aide-médecin de la marine, docteur en médecine.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rabot.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Marie, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux, est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Féré, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Ouillié est nommé préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale, en remplacement de M. Draghi, démissionnaire.

M. le docteur Laguaite est institué suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

M. Domergue, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonamy, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Toulouse, Campardon (de Paris), Dagand (d'Alby-Savoie), Pollosson (de Bourgoin), et de M. le professeur Schrœder, le savant gynécologiste de Berlin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique d'auscultation, suivi d'un *Précis de percussion*, par Barth et Roger. Onzième édition, revue et augmentée d'un Précis des méthodes accessoires d'exploration physique : *inspection, mensuration, palpation*, par H. Roger, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Henri Barth, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 raisin de 872 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel de toxicologie, par Dragendorff, professeur à l'Université de Dorpat. Deuxième édition française, revue et très augmentée, publiée avec le concours de l'auteur, par le docteur L. Gautier. 1 vol. in-18 de xx-743 pages avec gravures dans le texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Le charbon symptomatique du bœuf, *charbon bactérien, charbon essentiel de Chabert, charbon emphysémateux du bœuf*, pathogénie et inoculations préventives, par MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Couronné par l'Académie des sciences (prix Bréant), par l'Académie de médecine (prix Barbier), par la Société nationale d'agriculture de France (Prix de Béhague), et par la Société des agriculteurs de France. Onzième édition, revue et augmentée. 1 beau vol. gr. in-8° d'environ 300 pages, avec une planche en chromolithographie. — Prix : 7 francs. — Paris Asselin et Houzeau.

Manuel d'hygiène scolaire, à l'usage des délégués cantonaux, des médecins inspecteurs et des instituteurs, par le docteur J. Dubrisay, délégué cantonal, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris et P. Yvon, pharmacien, délégué cantonal, membre de la commission d'hygiène du Ier arrondissement, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. 1 vol. in-18 de 250 pages. — Prix 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20727

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Béclard laisse un très grand vide à l'Académie, qu'il personnifiait en quelque sorte depuis tant d'années. Dans les fonctions de secrétaire perpétuel, il n'avait cessé de se montrer plein de courtoisie; avec lui les rapports étaient toujours aimables : académiciens et journalistes le regrettent également, et chacun prenait part au deuil qui fit lever cette séance.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Tumeur primitive du nerf optique.

(Leçon recueillie par M. GUILLET, interne du service.)

Le sujet de cette leçon est un cas rare, sur lequel je désire appeler toute votre attention. Il s'agit d'une affection de l'œil gauche, que présente un instituteur, entré depuis quelques jours dans mon service.

Cet homme, âgé de quarante et un ans, a de bons antécédents de famille. Sa mère est morte à soixante-seize ans; son père à quatre-vingts. Toutefois ce dernier aurait eu, à l'âge de cinquante et un ans, une tumeur du sein gauche, qui aurait été opérée deux fois, et que les médecins auraient regardée comme une tumeur cancéreuse.

Notre malade a deux frères et deux sœurs, qui sont en bonne santé; l'une de ses sœurs, cependant, est atteinte d'une affection utérine depuis sept ou huit ans.

Lui-même s'est toujours bien porté; il n'a point eu la syphilis et n'a pas autrefois souffert des yeux.

Il y a dix-huit mois, il ressentit des douleurs assez vives, siégeant autour de l'orbite gauche, et s'irradiant en arrière vers le côté correspondant du crâne; en même temps il remarqua que l'œil gauche devenait un peu proéminent, et il eut des troubles de la vision. Quand il lisait, les lettres lui paraissaient entourées d'une auréole rouge et les douleurs devenaient plus intenses. Ces trois signes : douleurs circumorbitaires, légère saillie de l'œil gauche, troubles de la vision, apparurent simultanément et s'établirent lentement, progressivement. Retenez ce fait, car il nous aidera peut-être à arriver au diagnostic.

Ces phénomènes persistèrent pendant quatre mois environ, puis, sans raison apparente, ces accidents diminuèrent, et il y eut une rémission de huit mois.

Mais, au mois de mai dernier, les douleurs devinrent beaucoup plus vives; l'exophthalmie de l'œil gauche s'accusa et le malade fut atteint d'une cécité complète.

Notre malade, très inquiet de ces accidents, alla consulter alors M. Mangin, oculiste de Caen, et M. Notta, qui constatèrent que l'œil était perdu, et adressèrent leur client à M. Galezowski. Ce dernier reconnut à l'ophthalmoscope une névrite optique, diagnostiqua une tumeur de l'orbite et soumit le malade à un traitement spécifique, dans l'hypothèse d'une lésion syphilitique. Mais ce traitement n'eut aucun résultat; pendant six semaines l'affection resta stationnaire; aussi M. Galezowski, pensant qu'il fallait intervenir d'une façon radicale, m'adressa-t-il ce malade, qui est entré dans mon service le 1er décembre dernier.

Voici ce que nous a révélé un examen attentif :

L'œil gauche fait une saillie très considérable; il est presque entièrement sorti de l'orbite. La paupière supérieure est fortement repoussée en avant; elle est légèrement œdématiée et lisse par sa face profonde, au-dessous de laquelle il est facile d'introduire un stylet. La paupière inférieure a disparu; elle est dissimulée derrière le globe de l'œil, et il faut le relever pour l'apercevoir. Sur le globe on reconnaît aisément la cornée, recouverte dans sa moitié supérieure par la paupière correspondante. Au-dessous de la cornée existe une tuméfaction rosée qui recouvre tout le segment inférieur de l'orbite et qui est constituée par un chémosis très accentué.

La cornée est aujourd'hui presque privée de transparence, surtout dans sa partie inférieure qui reste exposée à l'air; cette opacité était moins accusée ces jours-ci, ce qui nous a permis de faire l'examen de l'œil à l'éclairage oblique; cet examen nous a appris que la chambre antérieure était intacte, que l'iris était dilaté et absolument immobile.

L'examen à l'ophthalmoscope a révélé à M. Galezowski l'existence d'une névrite optique, sans aucune autre altération appréciable.

Le globe de l'œil présente une consistance à peu près normale; il est peut-être un peu plus ferme que l'œil droit; mais la différence est peu marquée.

La cornée est très sensible, quoique altérée dans sa tex-

ture, car elle offre, outre son défaut de transparence, de petites érosions superficielles; le malade accuse une douleur très nette quand on la touche avec l'extrémité d'un stylet.

L'œil a gardé en partie sa mobilité; on peut encore lui faire exécuter des mouvements dans le sens vertical et dans le sens horizontal; ses mouvements sont cependant restreints.

Les fonctions sont totalement abolies; il existe une cécité complète; la lumière même intense ne détermine aucune sensation.

Le malade souffre beaucoup; il passe des nuits terribles. Ces douleurs semblent siéger dans le fond de l'orbite, d'où elles s'irradient vers le crâne.

L'œil droit est normal; sa vision est intacte; mais, phénomène bizarre, l'*impression des rayons lumineux sur cet œil sain provoque des douleurs très violentes dans l'œil gauche*, à tel point que le malade, pour éviter ces douleurs, est obligé de tenir l'œil droit fermé.

Voilà les signes locaux, physiques et physiologiques, que nous avons constatés; les parties voisines ne présentent rien d'appréciable; il n'existe aucune déformation du côté du sinus maxillaire, rien du côté des fosses nasales, rien enfin du côté de la fosse temporale. La sensibilité de ces régions est conservée.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; les lésions paraissent donc limitées à la cavité orbitaire; mais le malade a maigri depuis quelque temps.

En résumé nous sommes en présence d'un homme de quarante et un ans, qui, depuis dix-huit mois, est atteint d'exophthalmie de l'œil gauche, accompagnée de douleurs très vives et de cécité complète; ces trois symptômes ayant débuté simultanément.

A quelle affection avons-nous affaire?

La première question à résoudre est celle-ci :

Est-ce une exophthalmie proprement dite, c'est-à-dire, une projection en avant du globe de l'œil; ou bien est-ce seulement une saillie exagérée de l'œil due à la distension de sa cavité?

Il est facile d'y répondre; nous devons éliminer de suite l'idée de glaucome, car aucun signe ni extérieur ni intérieur ne nous permet de nous arrêter à ce diagnostic; la tension du globe de l'œil n'est pas augmentée; il n'existe pas d'excavation de la papille.

Ce n'est pas davantage une hydrophthalmie; l'œil lui-même n'est point distendu; il n'existe aucune lésion dans les membranes profondes.

Serait-ce une tumeur intra-oculaire, un sarcome de la choroïde, un gliome de la rétine? Non, pour la même raison; le globe de l'œil n'est point augmenté de volume; sa tension n'est pas exagérée; l'examen ophthalmoscopique n'a révélé la présence d'aucune tumeur.

Nous devons donc rejeter l'hypothèse d'une lésion intra-oculaire et admettre l'existence d'une exophthalmie proprement dite.

Mais à quoi est due cette exophthalmie? Voilà une seconde question bien plus difficile à résoudre.

Elle résulte évidemment d'une lésion qui s'est développée en arrière de l'œil et l'a repoussé en avant. Mais cette lésion s'est-elle primitivement développée dans l'orbite, ou bien vient-elle des parties voisines et a-t-elle envahi secondairement la cavité orbitaire?

Les régions voisines sont intactes, avons-nous dit; il n'existe aucune déformation ni du côté du front, ni du côté du sinus maxillaire, ni du côté des fosses nasales, ni du côté de la fosse temporale; nous pouvons en conséquence rejeter l'idée d'une lésion ayant débuté par l'une de ces régions pour envahir l'orbite.

Nous sommes donc bien en présence d'une exophthalmie produite par une lésion primitive de la cavité orbitaire. Mais quelle est cette lésion?

Une ostéite, une exostose du squelette de l'orbite pourraient évidemment déterminer une exophthalmie; mais cette dernière serait latérale. Or chez notre malade l'œil est directement projeté en avant; ce qui, dans cette hypothèse, ne pourrait se comprendre qu'en admettant que l'ostéite ou l'exostose soit étendue également à toutes les parois de l'orbite. Ceci est peu vraisemblable; car nous savons que ces lésions sont le plus souvent limitées à un os ou à une portion d'os.

Les tumeurs vasculaires de l'orbite pourraient aussi produire l'exophthalmie, qu'elles aient pour point de départ l'artère ou la veine ophthalmiques; mais nous constaterions des battements, un bruit de souffle, ce qui n'existe pas chez notre malade.

Ce pourrait être encore un lipome ou un kyste développé soit en arrière du globe de l'œil, soit dans une des bourses séreuses qui entourent les tendons des muscles; mais un lipome aurait une marche lente; et nous n'avons nulle part trouvé de fluctuation, qui pût nous permettre de songer à un kyste.

De plus rappelez-vous la façon dont a débuté l'affection : trois symptômes ont apparu simultanément, l'exophthalmie, les troubles de la vue, les douleurs au niveau de l'orbite; ceci ne peut s'expliquer que par l'existence d'une tumeur primitivement développée dans le nerf optique.

Rappelez-vous la cécité dont est atteint notre malade; l'exophthalmie serait insuffisante à la produire; le nerf optique peut, en effet, s'allonger, s'étirer sans perdre totalement ses fonctions; nous en avons un exemple frappant chez ces malades qui, atteints de la maladie de Basedow, présentent une exophthalmie très prononcée sans pour cela perdre la vue.

Tout au plus pourrait-on admettre l'existence d'un sarcome, qui, développé primitivement en dehors du nerf optique, l'aurait plus tard comprimé; mais, pour déterminer la cécité, il faudrait une compression bien forte du nerf optique, il faudrait que ce nerf fût pressé de toutes parts, il faudrait donc une tumeur volumineuse. Or ici la tumeur doit être petite; elle ne remplit pas l'orbite, car l'œil est encore mobile et peut se mouvoir dans tous les sens.

Nous sommes donc amenés par le raisonnement à placer le siège de la tumeur dans le nerf optique.

Je ne discuterai pas longtemps la nature de cette tumeur je laisse ce soin aux histologistes; toutefois nous savons qu'elle a eu une marche rapide, qu'elle revêt par conséquent les caractères de la malignité; aussi pouvons-nous admettre, sans crainte de nous tromper, qu'elle est de nature cancéreuse ou sarcomateuse.

Ce diagnostic doit guider notre conduite; il faut que nous fassions l'énucléation de l'œil et de la tumeur.

J'emploierai le procédé, que j'ai publié il y a longtemps déjà, et que je regarde comme le plus simple : j'attaquerai l'œil par la paroi externe de l'orbite; mais, avant, j'agrandirai un peu la commissure externe des paupières de façon à me donner un peu de jour; puis, en me guidant sur la

paroi externe, j'irai chercher le nerf optique aussi loin que possible en arrière pour en pratiquer la section. Celle-ci faite, j'attirerai l'œil en avant, en détachant au fur et à mesure ses insertions ligamenteuses et musculaires. Si de cette manière je ne puis avoir la tumeur en entier, j'enlèverai ensuite tout ce qui sera resté dans l'orbite, afin de me mettre à l'abri de la récidive, puis je ferai un pansement antiseptique et je comblerai la cavité avec un ou deux petits tampons de gaze iodoformée.

L'opération a été faite suivant ces principes et n'a rien présenté de spécial ; l'hémostase a été très facile. Le diagnostic a été confirmé de tous points : il n'y avait rien du côté du globe de l'œil, les parois orbitaires étaient normales, mais le nerf optique était le siège d'une tumeur présentant les caractères suivants : à son entrée dans le globe de l'œil, le nerf offrait un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal ; un centimètre plus loin, il était élargi et l'on remarquait sur son trajet une tumeur molle un peu noirâtre, qui avait détruit les éléments nerveux. Cette tumeur avait le volume d'une noisette et présentait à la coupe des dépôts de pigment noir, qu'on retrouvait jusqu'au niveau du globe oculaire. En arrière, cette tumeur devait se prolonger sur le trajet du nerf dans l'intérieur du crâne, car la section, qui avait porté aussi loin que possible, immédiatement en avant du trou optique, passait en pleine tumeur.

Le malade a été très soulagé par l'opération ; les douleurs spontanées de l'œil gauche ont disparu, ainsi que les douleurs que provoquaient dans cet œil les rayons lumineux agissant sur l'œil droit.

Il est utile d'insister sur ce dernier phénomène très bizarre, et dont l'explication doit être basée sur la disposition anatomique et l'intrication des deux nerfs optiques ; l'onde lumineuse, arrivée au niveau du chiasma, se refléchissant sur le nerf opposé. Mais comment comprendre que l'excitation de ce nerf ait pu produire des sensations douloureuses et non des sensations lumineuses ? Les expériences de Magendie ont, en effet, démontré que le nerf optique est bien un nerf de sensibilité spéciale et non pas de sensibilité générale.

Comment donc expliquer que ce nerf ait réagi douleur au lieu de réagir lumière ? C'est là un phénomène difficile à comprendre ; il n'en faut pas moins retenir ce symptôme : le redoublement des douleurs dans l'œil malade par l'action de la lumière sur l'œil sain. Ce signe permettra peut-être d'arriver désormais au diagnostic des tumeurs primitives du nerf optique.

Voici le résultat de l'examen microscopique, pratiqué par M. Cornil.

Dans les fragments confiés à M. Cornil, il y avait plusieurs morceaux de nature différente :

1° *Fragments de muscles de l'œil*, atteints de dégénérescence cireuse. Les fibres musculaires, au lieu d'être finement striées, sont formées par la juxtaposition de disques ayant subi la dégénérescence hyaline. Entre les faisceaux, on voit de nombreuses cellules rondes embryonnaires. Grande vascularisation ; grande quantité de pigment sanguin.

2° *Fragments de tissu adipeux*. On voit de grosses cellules adipeuses et, à côté de quelques-unes d'entre elles, des cellules embryonnaires dénotant l'inflammation des cellules adipeuses. A côté, dans la même préparation, des amas de pigment sanguin, jaunâtre.

3° *Tumeur vraie*. Grosses cellules fusiformes, noyaux ovoïdes, protoplasma à prolongement unique ou multiple semblant s'anastomoser avec les cellules voisines ; à côté, des cellules rondes embryonnaires.

Vaisseaux nombreux très dilatés. Leurs parois, au lieu d'être minces, comme dans les sarcomes embryonnaires, et formées de cellules embryonnaires, sont, au contraire, épaisses, formées de leur paroi propre, entourée de cellules embryonnaires qui constituent la tumeur sarcomateuse.

Dans ces préparations, on voit de nombreux amas pigmentaires ; il y en a soit dans le protoplasma même des cellules, soit en dehors de ces cellules. Ce pigment paraît être du pigment sanguin et non du sarcome mélanique ; en effet, comme le pigment sanguin, il a une coloration jaune orangée due à l'hématoïdine et une forme cristalline, tandis que la couleur du sarcome mélanique est noirâtre et les cellules mélaniques sont arrondies.

4° *Nerf optique*. Dans une autre préparation, on a une coupe longitudinale du nerf optique.

On y voit :

a. Une dégénérescence sarcomateuse des faisceaux conjonctifs qui entourent le nerf optique. Cellules fusiformes à noyau oval aire contenant du pigment.

b. Dégénérescence granulo-graisseuse des tubes nerveux. On y voit des tubes nerveux ayant à leur périphérie dans tout leur trajet des globules noirâtres qui ne sont autres que la myéline formant des grumeaux et colorée par l'acide osmique. Entre les tubes nerveux on voit une grande quantité de tissu sarcomateux.

Le cylindre-axe est conservé, au moins dans les tubes contenus dans la préparation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Pleurésie diaphragmatique sèche.

Mercredi dernier est entré dans nos salles un garçon de vingt-cinq ans dont voici l'histoire. Il a toujours été bien portant jusqu'au 27 du mois dernier, jour où, dès le matin, sans cause appréciable, sans avoir éprouvé le moindre refroidissement, il ressentit certains malaises, de petits frissons avec un peu de toux, puis, dans l'après-midi, une douleur dans le côté gauche et de la gêne respiratoire au point d'être obligé, dans la journée, de prendre le lit. Le lendemain, ces phénomènes allèrent croissant. Le surlendemain, 29, il demandait à entrer à l'hôpital, mais n'y était pas reçu et ne pouvait y être admis que quarante-huit heures plus tard, c'est-à-dire le 1er de ce mois.

Lorsque, avant-hier, nous l'avons vu pour la première fois, il était assis sur son lit, le tronc penché en avant, pour tâcher de respirer le moins mal possible. La respiration était très fréquente, très superficielle ; cependant il n'y avait aucune trace de cyanose, mais le tableau complet de l'orthopnée avec persistance du point de côté (douleur spontanée qui était encore accrue par la pression), état fébrile 38°,9 le matin, 39 degrés le soir. Par contre, aucun phénomène abdominal, pas de vomissements, point de céphalée. En résumé, nous étions en face d'une dyspnée avec danger imminent mais non immédiat, développée chez un garçon de vingt-cinq ans jusque-là en parfaite santé.

Or, c'est toujours ainsi que cela se passe chez les malades

chez lesquels la dyspnée est le symptôme prédominant; et la première éventualité à laquelle vous devez songer c'est à une dyspnée d'origine urémique, et c'est donc de ce côté tout d'abord que doivent se porter vos investigations. Avions-nous ici quelques motifs pour penser ainsi? Oui, en raison de l'absence de cyanose et de la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines (3 grammes environ par litre). Non, d'après l'état fébrile et la douleur thoracique. De telle sorte que les phénomènes se seraient contrebalancés si l'analyse de l'urine, faite le lendemain, ne nous avait donné une densité de 1 030 et montré l'existence de 29gr,5 d'urée par litre d'urine, d'où cette conclusion qu'il ne s'agissait pas de dyspnée urémique.

En somme, la dyspnée liée à l'état fébrile impliquait un processus aigu dans les organes intrathoraciques, indépendamment de l'examen auquel nous allions nous livrer de ce côté et dans l'ordre suivant, sur lequel je ne saurais trop insister : 1° en avant; 2° en arrière.

L'inspection du thorax, pour étudier les modalités des mouvements respiratoires, indiquait l'absence, à l'inspiration, de tout soulèvement épigastrique et de toute projection excentrique des côtes inférieures et des derniers espaces intercostaux, c'est-à-dire immobilité absolue du diaphragme.

Percussion : à droite et en avant aucune altération de la sonorité; à gauche et en avant, du sommet de la poitrine jusqu'à un travers de doigt au-dessous du mamelon, rien non plus; mais à partir de ce point et jusqu'à la neuvième côte, diminution de moitié du tympanisme semi-lunaire, submatité, d'où cette conclusion : il existe ou des membranes ou un liquide; mais, vu la submatité et non une matité complète, pas de liquide, donc fausses membranes.

Auscultation : en avant et à droite, rien. A gauche, rien dans la moitié supérieure de la poitrine, frottements gros et rudes dans la région sous-mammaire, se prolongeant latéralement vers la région axillaire au même niveau. Donc encore fausses membranes.

En arrière : submatité aux deux bases et diminution du bruit respiratoire, signes qui ont persisté dans la journée d'hier jusqu'à ce matin, où des deux côtés nous entendons aussi des frottements de même nature qu'en avant.

Quel diagnostic donc devons-nous porter en définitive? Ces frottements de la région latéro-antérieure de la plèvre gauche nous rendent-ils compte des symptômes observés et surtout de l'intensité de la dyspnée? Non, mais ils nous éclairent sur l'état d'une partie de la plèvre, que nous ne pouvons apprécier directement, c'est-à-dire dans la partie inférieure des poumons et supérieure du diaphragme, que, logiquement, nous devons considérer comme envahis également. C'est ce qui, dès jeudi, m'a permis de diagnostiquer une pleurésie diaphragmatique *sèche* du moins *jusqu'à présent.*

Les douleurs étaient confirmatives de ce diagnostic, car, bien que vagues, elles s'exagéraient rapidement par la compression de l'hypochondre gauche, par la compression aussi du nerf phrénique gauche entre les deux attaches du sterno-mastoïdien.

En présence d'une pareille pleurésie, restée sèche encore au cinquième jour, il faut toujours se préoccuper de l'état du péricarde et de l'endocarde. Or, si jeudi nous n'avons rien trouvé de ce côté, il n'en était pas de même hier matin, où, dans un point limité de la pointe du cœur, nous avons perçu un léger frottement isochrone à la systole du cœur, empiétant sur le petit silence. C'est là un phénomène concordant parfaitement avec les progrès de la pleurésie depuis deux jours.

J'ai dit, en commençant, que j'insistais toujours sur la méthode d'examen de la poitrine, je le répète, pour que l'on commence par la partie antérieure, que l'on est trop porté à négliger ou à n'étudier que superficiellement si l'on commence par la partie postérieure, dont l'examen est généralement moins fructueux.

On a dit que la pleurésie diaphragmatique était rare; cela n'est vrai que pour la pleurésie avec épanchement, celle qui tue en deux ou trois jours. Mais la pleurésie diaphragmatique sèche est, au contraire, des plus communes, et sans avoir la gravité de l'autre, elle n'en a pas moins une importance sérieuse.

La pleurésie diaphragmatique sèche peut se montrer comme une affection primitive, — c'est ainsi qu'elle se présente chez notre malade; — le fait est relativement rare. Le plus ordinairement elle est secondaire et peut se rencontrer dans le cours de toute lésion chronique du poumon (de la tuberculose surtout), dans toutes les lésions des médiastins, du péricarde, dans les affections des ganglions intrathoraciques, en un mot dans toutes les affections intrathoraciques à marche lente, ainsi que dans certaines maladies abdominales (péritonite sus-ombilicale et *a fortiori* péritonite généralisée, lésions des reins, du foie, etc.).

Son évolution est surtout facile à étudier quand elle est primitive : alors, d'emblée, les phénomènes peuvent être très graves; la fièvre dure généralement cinq, six ou sept jours; la dyspnée est le symptôme dominant; puis les choses s'arrangent peu à peu, car je ne connais pas de cas de mort tant que la pleurésie sèche diaphragmatique primitive reste à l'état membraneux. Il n'en est plus de même si, à un moment donné, elle se complique de quelque épanchement liquide; alors la gravité devient très grande. Cependant si la pleurésie *sèche* ne se termine pas par la mort, elle n'en est pas moins sérieuse par ses conséquences. C'est ainsi que je n'en connais pas qui se soient terminées par résolution; elle guérit toujours par adhérences, mais adhérences, qui modifient les dimensions de la cavité thoracique, définitivement. En effet, avec les adhérences phréno-pulmonaires, rarement isolées, il existe des adhérences phréno-costales qui fixent le diaphragme à des hauteurs variables, basses et de façon à diminuer seulement le diamètre vertical de la cavité thoracique; hautes et pouvant s'élever jusqu'à la cinquième ou la sixième côte. J'ai même vu un fait où le diaphragme était fixé à la quatrième côte; cela est relativement rare; le cas ordinaire est l'adhérence de la septième à la cinquième côte. Cette soudure diminue considérablement la capacité du thorax; de là des inconvénients et des dangers. Les inconvénients sont une entrave plus ou moins grande à la respiration. Les dangers sont dans le cas surtout où le malade viendrait à contracter plus tard quelque pleurésie à épanchement.

En effet, le liquide ne pouvant plus gagner les parties inférieures, si le médecin qui fera la thoracentèse ignore l'ancienne pleurésie sèche et les adhérences consécutives du diaphragme, son trocart peut aller frapper dans le péritoine, dans la rate, dans le cœur, et tuer son malade. Mais, direz-vous, comment reconnaître l'existence d'anciennes adhérences diaphragmatiques? Non seulement à la matité, à l'absence de vibrations locales et au silence absolu dans l'auscultation, signes qui peuvent appartenir aussi bien à

l'épanchement liquide qu'à de fausses membranes, mais, caractère distinctif, à l'inspection du thorax, à ce fait que *dans l'inspiration il y a rétraction des côtes et des derniers espaces intercostaux, et retour brusque dans leur position à l'expiration*. C'est là le seul signe absolument distinctif.

THÉRAPEUTIQUE

L'ichthyol.

Par M. le docteur Lartigau.

L'ichthyol est un nouveau médicament très en vogue aujourd'hui en Autriche et en Allemagne, et qui a éte introduit dans la thérapeutique par le docteur Unna (de Hambourg).

L'ichthyol est extrait par distillation d'une roche bitumineuse du Tyrol, formée par un résidu de matières animales décomposées, provenant de poissons et d'animaux marins préhistoriques.

L'aspect de l'ichthyol est celui du goudron, mais il en diffère par son odeur toute spéciale et par ses propriétés physiques et chimiques. Il est surtout caractérisé par sa richesse en soufre. Mais ce soufre lui est si intimement uni qu'il ne peut en être extrait que par une décomposition complète. Cette propriété, qui le différencie d'une façon essentielle des préparations sulfureuses en usage, a fait dire à Unna que « c'est une préparation très soluble et toute spéciale du soufre, qui produit des effets sulfureux particuliers et d'une importance extraordinaire ».

Or, si l'on considère les applications si nombreuses du soufre, consacrées par la plus longue pratique, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, applications entravées toutefois par l'irritation que produit le médicament et par son insolubilité, on conçoit sans peine l'importance considérable que peut avoir l'emploi de l'ichthyol.

D'après Unna et considéré d'une façon générale, l'ichthyol est un antiphlogistique puissant. Il anémie et dégonfle rapidement tous les tissus. — Cependant il ne doit être employé que lorsque l'épiderme est intact. S'il pénètre jusqu'au derme, l'absorption devenant trop forte, il faut s'abstenir, parce qu'il surviendrait des phlyctènes ou des éruptions vésiculeuses qui nuiraient à la marche de la maladie.

Le docteur Unna donne l'ichthyol à l'intérieur autant qu'à l'extérieur, surtout dans les manifestations chroniques. — Il prétend qu'aucun moyen interne n'approche de son efficacité; qu'il est bien supérieur, entre autres, à l'arsenic ou aux combinaisons sulfureuses, dont il possède d'ailleurs au plus haut degré les propriétés anti-catarrhales. Il peut en outre être continué pendant des années sans aucun danger.

A l'intérieur, l'ichthyol s'administre à la dose de 1 à 2 grammes par jour chez l'adulte. — 20 à 50 centigrammes chez les enfants.

Ceci posé, l'ichthyol est tout particulièrement indiqué comme usage externe dans les tuméfactions sous-cutanées et dans les irritations et inflammations de la peau — *avec épiderme intact*. — Ainsi dans les *œdèmes*, l'*angiectasie*, les *cutites* et les *dermites*, l'*entorse*, le *furoncle* au début, les diverses *manifestations rhumatismales*, et enfin la plupart des *maladies de la peau*, Unna en a retiré des avantages qu'aucun autre moyen ne lui avait jamais procurés.

Dans les affections de la peau, ce qu'il faut considérer avant toute chose, nous ne saurions trop le répéter, c'est l'intégrité de l'épiderme. — Mais cette intégrité existant, presque toutes les maladies de peau sont favorablement influencées par l'ichthyol.

Précisons cependant, avec Unna, et donnons en même temps les indications de doses.

Dans la *couperose*. — S'agit-il de la forme érythémateuse ou eczémateuse avec l'épiderme mince, lisse ou écailleux, avec tendances à congestion, l'ichthyol doit être appliqué à petites doses, 2 p. 100.

S'agit-il de la couperose acnéique, boutons d'acné sur fond tuméfié, bleu, rouge, avec épiderme épais, inégal, sans tendance à l'eczéma, ichthyol à haute dose, 10 p. 100 jusqu'à 25 p. 100.

Nulle crainte à avoir pour les yeux, comme avec le soufre, dont l'emploi devient, dans ces cas, impossible.

Dans les diverses formes d'*eczéma*, qu'il soit aigu ou chronique, l'ichthyol est excellent, et une seule application suffit souvent pour amener une amélioration notable, surtout pour enlever les démangeaisons. Il est souverain, en effet, contre le prurit.

Mais si l'épiderme n'est pas intact, il ne faut pas l'employer, ou il faut user de faibles doses et en surveiller l'action. Seulement, même dans ce cas, surtout s'il s'agit d'un eczéma chronique, on se trouvera très bien de l'usage interne.

Qu'il y ait, au contraire, intégrité de l'épiderme, on pourra employer, sans aucune crainte, des doses de 10 p. 100.

De même dans le *lichen* des enfants, l'*urticaire* aigu ou chronique, l'*érythème* noueux, les divers *herpès*, le *pityriasis*. — Dans le pityriasis ou dans les autres affections du cuir chevelu ou des parties couvertes de poils, l'ichthyol a ce grand avantage sur le soufre, le goudron ou autres produits habituellement employés, qu'étant très soluble dans l'eau, il est facile de nettoyer les parties avec de l'eau de savon ou de l'eau pure. Disons en passant que, dans les brûlures du premier degré, rien ne réussit mieux pour enlever la douleur et empêcher la production des phlyctènes.

Dans la lèpre, le psoriasis, le sycosis, le lupus, l'ichthyol ne peut servir que d'adjuvant utile. A l'intérieur, nous en recommandons en outre l'essai, dans les cas de bronchite tenace et de catarrhe, aux lieu et place des diverses eaux sulfureuses.

En France, l'ichthyol a été encore peu employé, sauf sous la forme de pellicule popularisée par le docteur Gécé.

Cette pellicule, très résistante et très souple en même temps, adhère parfaitement sans aucun bandage, et s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude. Elle forme une sorte d'épiderme artificiel qui maintient l'agent actif en contact permanent avec la surface malade et l'isole des agents extérieurs. Elle rend de grands services dans le traitement des affections de la peau que nous avons énumérées.

Mais elle ne peut suffire cependant à tous les cas. Il n'est pas toujours possible de l'appliquer, et elle n'est pas toujours assez énergique.

Pour obvier à cet inconvénient, et en présence des difficultés d'application de l'ichthyol à doses variables, des ennuis que présente l'emploi de pommades à différents titres, le docteur Gécé a imaginé une solution qui peut servir aussi bien pour les doses faibles que pour les doses fortes.

Cette solution, parfaitement limpide et titrée à 20 p. 100 s'applique au pinceau.

On l'étend avec le doigt, en frictionnant légèrement pour faciliter l'absorption.

Si l'on veut des effets plus énergiques, on renouvelle plusieurs fois la même opération, séance tenante.

Si l'on veut des effets moindres, on étend une petite quantité de solution avec plus ou moins d'eau, selon les effets qu'on veut obtenir. Dans tous les cas, on recouvre avec un peu de ouate, une fois la friction terminée.

On peut donc ainsi, — sans changer de produits, — partant des doses les plus faibles, arriver progressivement aux doses les plus fortes, et inversement, des doses les plus fortes descendre aux doses les plus faibles.

Et en se reportant à ce que nous avons dit plus haut, on verra facilement quels sont les cas où l'on devra employer de préférence soit la pellicule, soit la solution à dose forte ou modérée.

Mais ce n'est pas tout. Il est indispensable d'employer l'ichthyol à l'intérieur chaque fois qu'il s'agit d'une affection de la peau, dans le furoncle, les manifestations rhumatismales, dans le catarrhe des bronches, où il remplace avec avantage, comme nous l'avons dit, les préparations sulfureuses, dont il n'a pas les propriétés irritantes.

En Allemagne, on l'administre en solution; mais le goût très prononcé de sulfure de carbone que possède l'ichthyol n'a jamais

permis au docteur Gécé d'en obtenir un usage prolongé, et il a souvent rencontré des malades qui se refusaient à en faire usage. Il a essayé alors la forme pilulaire. Il y avait une difficulté : c'était de concilier l'état semi-liquide de l'ichthyol avec la dose, ce qui nécessitait l'absorption chaque jour d'un trop grand nombre de pilules.

Par un tour de main, la difficulté a pu être évitée; les pilules contiennent 20 centigrammes d'ichthyol pur, et il suffit d'en administrer 1 ou 2 chez les enfants, 4 à 8 chez les adultes. Mais cette dernière dose peut être souvent dépassée avec avantage et sans jamais occasionner d'inconvénients. C'est à jeun qu'il faut prendre ces pilules, et on peut les partager en deux ou trois doses. La première le matin, les autres avant les deux principaux repas, — ou la dernière en se couchant.

Aujourd'hui que l'emploi de l'ichthyol est ainsi devenu facile, il est à désirer qu'on en essaye l'application dans ces cas si nombreux où la thérapeutique nous offre peu de ressources vraiment efficaces, et il est à présumer que nous en retirerons les mêmes avantages que nos voisins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Worms comme membre titulaire de l'Académie.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Lacour, pharmacien-major à Oran, qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Une lettre de M. le professeur Pereira Guimaraès (de Rio de Janeiro), qui sollicite le titre de correspondant étranger;

3° Un mémoire intitulé : *Dystocie ou accouchements difficiles*, par M. le docteur Salch Soubhy.

M. le Président Sappey communique à l'Académie le discours qu'il a prononcé aux obsèques de son secrétaire perpétuel, M. Béclard, puis il lève la séance en signe de deuil.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

124. M. Florand. Sclérose amyotrophique. — 125. M. Condoléon. Amyotrophie tabétique. — 126. M. Thore. Déchirures de la vulve. — 127. M. Rouhaud. Des lésions du placenta dans l'albuminurie. — 128. M. Hartmann. Cystites douloureuses. — 129. M. Dezac-Derecq. De l'épithélioma primitif de l'amygdale. — 130. M. Blond. De la transsonance pulmonaire. Sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début. — 131. M. Cardot. Du rhumatisme aux eaux thermales de Luxeuil. — 132. M. Berbez. Hystérie et traumatisme. — 133. M. Frissard. Des troubles trophiques de la peau, consécutifs à la paralysie infantile. — 134. M. Motheau. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses. — 135. Mme Meerott. Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. — 136. M. Delalande. De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires. — 137. M. Charles. De l'antiseptie à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. Ses résultats, 1885 et 1886. — 138. M. Dubief. Lésions dans la maladie de Parkinson. — 139. M. Lowenthal. Étude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les facultés de médecine en Europe. — 140. M. Laurent. Symptômes prémonitoires de la paralysie spinale aiguë infantile et de l'adulte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 février 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Rumen, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Rascol, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire; MM. les docteurs Robinet, Maygrier, Manière, Papillaud, Ollive, Descays, Helleu et Feulard.

— Par arrêté ministériel en date du 14 février 1887, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 9 février 1887, le prix annuel de médecine est partagé, à la suite du concours de 1886, entre MM. Coustan, médecin-major de première classe et Duponchel, médecin-major de deuxième classe.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'avant-hier lundi, 14 février 1887, à l'élection d'un correspondant dans la section de médecine et chirurgie. Les candidats, au nombre de trois, étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. le docteur Leudet, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Rouen; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. le docteur Feltz, professeur d'anatomie et physiologie pathologiques à la Faculté de médecine de Nancy, et M. le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le nombre des votants étant 50, majorité 26, M. Leudet obtient 41 suffrages (élu); M. Oré, 6; M. Lister, 1; bulletin blanc et bulletin nul, 2.

— Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert hier 15 février 1887. Le jury se compose de MM. Lextreit, Vialla, Méhu, Leidié, Yvon, Vigier et de Saint-Germain.

Les candidats, au nombre de neuf sont : MM. Blanchard, Causse, Desobry, Duffourc, Gaillard, Gasselin, Héret, Labruhe et Winter.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bernier (de Brunehamel), de M. le docteur Bertrand (d'Elbeuf) et de M. le professeur Horner (de Zurich).

— *Muséum.* — Les leçons de botanique (classification et familles naturelles) des samedis 19 et 26 février, 5 et 12 mars, auront lieu à deux heures, au lieu de midi et demi, dans le grand amphithéâtre.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le vendredi 18 février 1887, M. Buisine, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, soutiendra, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, une thèse ayant pour titre : « Recherches sur la composition chimique du suint de mouton. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques, par J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie, etc. 4e édition, revue et augmentée. 3 vol. in-18 avec 1316 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Die chirurgische Behandlung des Kropfes, von Dr. Anton Wölfler, o. ö. Professor der Chirurgie an der Universität zu Graz. — In-8° de 90 pages. — Berlin 1887, August Hirschwald.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20728

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	6 mois : 16 fr.	1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les néphrites chroniques.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur les néphrites, il y a une tendance générale à considérer comme primordiales les lésions de l'épithélium des tubuli et à admettre l'identité du processus des néphrites chroniques.

Dans un très remarquable travail, couronné au concours de l'enseignement supérieur de Belgique (groupe des sciences médicales) M. le docteur Paul Snyers, assistant à l'Université de Liège, a entrepris l'étude de cette importante question de pathologie, si longtemps débattue. Grâce aux recherches multiples de pathologie expérimentale, de clinique et d'anatomie pathologique auxquelles il s'est livré, avec autant de zèle que d'intelligence, et qu'il a fait converger vers le même but, il est arrivé, si ce n'est à résoudre d'une manière complète et définitive la question, du moins à en préparer la solution par les vives lumières qu'il a projetées sur son sujet.

L'une des premières préoccupations de M. Snyers, en commençant son travail, a été de rechercher quelles sont les preuves sur lesquelles repose l'opinion qui tend à prédominer aujourd'hui. Il répond à cette question par des arguments tirés à la fois de l'anatomie pathologique et de la pathologie expérimentale.

Remarquons d'abord, dit-il, que les cellules épithéliales constituent l'élément spécifique du rein, tandis que le tissu conjonctif n'est qu'un élément secondaire réparti dans toute l'économie, d'où il est bien plus naturel d'admettre que, lorsqu'une maladie sévit sur le rein, ce sont ses éléments essentiels qu'elle doit atteindre d'abord. A cette considération, qui n'a qu'une valeur théorique, s'ajoutent des faits tirés de l'anatomie pathologique, qui prouvent l'origine épithéliale des lésions du rein dans le plus grand nombre des cas. L'anatomie pathologique montre également que, dans les différentes espèces de néphrite, on ne trouve jamais de prolifération du tissu interstitiel sans altérations épithéliales concomitantes, et, inversement, qu'à certains endroits la même atrophie des cellules épithéliales existe sans prolifération interstitielle. Enfin dans des stades plus avancés de la maladie, on trouve, entre les canalicules atrophiés, des masses conjonctives ou cellulaires si peu abondantes qu'on a peine à s'imaginer comment ces petites masses auraient pu détruire l'épithélium par compression ou par sclérose.

La pathologie expérimentale, de son côté, apporte une nouvelle confirmation à cette manière de voir. En effet, si par les divers procédés d'expérimentation, dit M. Snyers, on détermine dans le rein des lésions élémentaires rappelant celles des néphrites, on observe que les altérations des épithéliums apparaissent toujours en premier lieu; les lésions ne débutent jamais par le tissu conjonctif; elles ne se montrent dans ce tissu qu'à un moment où les épithéliums sont déjà altérés.

Des expériences variées, les unes dans lesquelles on a cherché à modifier la tension sanguine dans les vaisseaux du rein, de façon à produire des ischémies, des hyperémies ou des stases; d'autres ayant consisté à modifier la composition du sang, soit en faisant varier la densité, soit en y introduisant des substances étrangères destinées à irriter le parenchyme rénal; d'autres enfin où l'on a modifié la façon dont se fait la sécrétion de l'urine, en mettant obstacle à son élimination, ont conduit à ce résultat commun : 1° que les premières lésions appréciables dans le rein intéressent tout d'abord les cellules épithéliales; 2° que les lésions du tissu conjonctif ont toujours apparu à un moment plus éloigné.

La conclusion qu'en tire M. Snyers est que, dans la majorité des cas, il y a identité du processus pathologique, les lésions débutant par les épithéliums ou les glomérules et le tissu conjonctif y prenant part secondairement, ainsi que les vaisseaux, sauf dans les cas d'artério-sclérose généralisée.

De quelle nature est le processus qui détermine l'altération des éléments parenchymateux du rein? Les données actuelles sur la dégénérescence graisseuse suffisent, suivant l'auteur, à nous faire comprendre la nature du processus morbide. La dégénérescence graisseuse des épithéliums est amenée par un trouble d'oxygénation résultant lui-même de causes générales telles que les états cachectiques de la scarlatine, de la septicémie, etc., et de causes ou de conditions locales, telles que celles qui se trouvent réunies dans les cas de stase veineuse et d'afflux trop lent du courant sanguin.

Étant admis un processus unique dans les diverses néphri-

tes, comment peut-on s'expliquer les états si variables des reins, que l'on constate à l'autopsie? A cette question qu'il s'est posée, M. Snyers répond que deux considérations principales entrent en ligne de compte pour expliquer les variétés des reins brightiques : 1° l'intensité de la dégénérescence graisseuse et l'anémie; 2° la marche de la maladie.

C'est ainsi, par exemple, qu'entre le gros rein blanc et le gros rein rouge, distincts l'un de l'autre au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a de différence réelle que dans l'intensité de la dégénérescence graisseuse, poussée à un degré très élevé dans le premier, beaucoup moins accusée dans le deuxième. C'est ainsi que selon que les influences morbides ont agi d'une manière permanente et avec une faible intensité ou avec beaucoup plus d'énergie, mais avec des intermittences, la marche de la maladie s'en ressent, ainsi que les lésions trouvées à l'autopsie, les éléments du rein réagissent différemment et les lésions varient selon le temps qu'elles ont mis à évoluer. Par ces différences dans les conditions étiologiques s'explique encore ce contraste entre le gros rein blanc, produit d'une dégénérescence graisseuse intense et rapide, avant que le tissu conjonctif ait eu même le temps de se prendre, et le petit rein contracté dont le processus a marché avec une telle lenteur que la maladie a évolué le plus souvent d'une manière insidieuse et que les éléments de l'organe ont pu subir les diverses phases d'altération sans que son volume ait dû passer nécessairement par la phase d'augmentation ou d'hypertrophie.

Des études critiques et cliniques auxquelles M. Snyers soumet ensuite les questions d'étiologie et de symptomatologie générale, celles de l'hydropisie et de sa pathogénie, de l'urémie et de l'hypertrophie du cœur, il est conduit à formuler, comme conclusion de son travail, les thèses suivantes :

Dans les néphrites chroniques, il y a identité fondamentale du processus pathologique.

Il n'y a plus lieu de distinguer les affections rénales en néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle.

Il existe une albuminurie à l'état physiologique.

Les conditions pathogéniques de l'albuminurie sont : les modifications de la pression, de la vitesse et de la compression du sang; les altérations du parenchyme rénal.

Les diverses théories de l'urémie, qui font dépendre ces accidents de la présence d'un seul élément de l'urine dans le sang sont insoutenables.

L'hypertrophie du cœur se montre à toutes les périodes du mal de Bright.

Une partie des cylindres urinaires est formée bien certainement par une transsudation de plasma sanguin.

Deux cas de pleurésie avec épanchement presque identiques, l'un à droite, l'autre à gauche; différence du traitement; raison.

Deux malades, l'un âgé de trente et un ans, l'autre de quarante ans, exerçant tous deux la même profession, celle de charretier, sont entrés en même temps dans le service de clinique médicale de la Pitié, où ils occupent l'un le n° 12, l'autre le n° 29. Ces deux malades n'auraient, paraît-il, ni l'un ni l'autre aucun antécédent morbide individuel ou héréditaire; ils disent avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment de l'invasion de la maladie qui les a fait entrer à l'hôpital. Cette maladie, la même pour tous deux, une pleurésie à grand épanchement, a eu, dans les deux cas, un même début brusque, un même mode de développement, une intensité à peu près pareille et une même évolution. Ils ont tous deux promené leur maladie avant de se décider à se faire admettre à l'hôpital. Aussi y sont-ils entrés avec un épanchement constitué. Le n° 12, pris le 17 janvier, était au seizième jour de sa maladie; le n° 29, pris le 22 janvier, était au onzième jour.

Malgré l'état de bonne santé antérieure déclaré par ces deux malades, M. Jaccoud eut d'emblée le soupçon que cette bonne santé n'était qu'apparente; une auscultation attentive fit reconnaître en effet chez tous deux l'existence de tubercules.

Jusqu'ici tout paraissait semblable chez ces deux malades. On ne constatait qu'une seule différence : le n° 29, qui était entré le onzième jour de l'invasion de la maladie, avait encore de la fièvre, tandis que le n° 12, entré le seizième jour, n'en avait plus. Mais cette différence s'expliquait tout naturellement par la différence de date du début.

Une deuxième différence était relative à la quantité de l'épanchement. Chez le n° 29, l'épanchement, déjà notable le 22 janvier, s'était rapidement accru de jour en jour et remplissait la totalité de la cavité pleurale, lors du premier examen qui a été fait, tandis que chez le n° 12 l'épanchement occupait à peine les deux tiers inférieurs.

Eh bien! malgré les ressemblances si frappantes entre ces deux malades, M. Jaccoud a tenu une conduite thérapeutique toute différente. Tandis qu'il s'est abstenu de pratiquer la thoracentèse chez le malade du n° 29, il l'a pratiquée, séance tenante, chez celui du n° 12. Pourquoi cette différence? Parce que chez le malade n° 29 la pleurésie était à droite, tandis que chez le malade n° 12 elle était à gauche. D'où une indication différente, bien que, cette circonstance à part, tout fût semblable d'ailleurs dans les deux cas.

L'événement a donné raison à cette manière d'agir. M. Jaccoud a saisi cette occasion pour engager ses élèves à se tenir en garde contre un précepte juste sans doute d'une manière générale, mais beaucoup trop étroit, qui consiste, lorsqu'on est en présence d'une pleurésie aiguë avec épanchement, à fonder l'indication de la thoracentèse sur la dyspnée. Ce précepte laisse en dehors beaucoup de cas où il n'est pas applicable. Il est beaucoup de malades, en effet, qui, même avec un épanchement considérable, n'ont pas de dyspnée. C'était justement le cas de ces deux hommes. Quand l'épanchement est accompagné de dyspnée, c'est le cas d'intervenir, abstraction faite de l'abondance du liquide et en tenant compte de la température et du pouls. Mais l'une des considérations les plus importantes en pratique et qui a été seule décisive dans cette circonstance, est celle du côté où a lieu l'épanchement. L'épanchement a-t-il lieu à droite, fût-il complet, s'il ne s'accompagne pas de dyspnée, il n'y a aucune urgence à recourir à la thoracentèse; c'est l'état fébrile qui doit surtout être pris en considération dans ce cas et l'on a le droit de s'en tenir à la médication banale, tant que le processus fébrile n'est pas terminé.

Une fois la phase apyrétique arrivée, on peut ponctionner, bien qu'on ait le droit de s'en abstenir, s'il n'y a pas urgence.

L'épanchement a-t-il lieu à gauche, qu'il y ait ou non de la dyspnée, la première préoccupation du médecin doit être de se rendre compte de la situation respective des organes et particulièrement du cœur. On sait qu'il n'est pas néces-

saire que l'épanchement soit considérable pour que le cœur se déplace; il peut être déplacé même avec un petit épanchement.

D'un autre côté, ce n'est pas du déplacement du cœur seulement qu'il faut s'occuper, mais aussi de l'état où se trouve le lobe gauche du foie.

S'il n'y a point de déplacement du cœur, si la poitrine n'est qu'à moitié remplie, cela suffit-il pour prendre une détermination? Est-on autorisé à s'abstenir? Il faut considérer dans ce cas les probabilités des modifications qui peuvent encore survenir. Il peut arriver, en effet, si l'on s'abstient, que l'épanchement augmente et que le malade meure subitement. Il faut donc calculer les chances possibles. Quelle sera la base de ce calcul? l'état fébrile. Si le malade est encore dans la période pyrétique, on doit considérer comme presque certain que l'épanchement augmentera; alors il faut surveiller attentivement et se préparer à la ponction au moindre signe d'augmentation. Il est prudent même dans ce cas, suivant le temps qui devra s'écouler d'une visite à l'autre, si ce temps doit être de vingt-quatre heures, par exemple, de ne pas attendre et de ponctionner de suite.

Si le malade est dans la phase apyrétique, avec un épanchement qui ne s'élève pas au-dessus de la moitié de la cavité thoracique, sans déplacement du cœur et *a fortiori* du foie, on peut s'abstenir. Dans le cas présent, le malade avait encore la fièvre. M. Jaccoud ne s'est pas cru en droit d'atermoyer, il a pratiqué immédiatement la thoracentèse et il a retiré 300 grammes de liquide. Il est d'avis que, dans un cas pareil, fût-on dans le doute, il faut opérer, d'autant que cette opération est en elle-même très innocente, à certaines conditions, toutefois; la première, c'est qu'on la fasse avec toutes les précautions antiseptiques; la seconde, c'est que l'on ne vide jamais la plèvre complètement du premier coup, précepte très sage et sur lequel a insisté beaucoup M. Dieulafoy. C'est pour avoir omis de s'y conformer qu'on a eu trop souvent à regretter des accidents tels que l'expectoration albumineuse, la suffocation et la mort subite. Il ne faut pas non plus que l'évacuation soit trop rapide.

Dans quelle proportion convient-il donc d'évacuer le liquide? Il faut se baser sur la toux; c'est là le criterium. Dès que la toux survient avec un caractère quinteux, il faut arrêter l'écoulement. M. Jaccoud s'est arrêté ici à 300 grammes, dès qu'il a vu s'établir la quinte de toux.

Ce malade du nº 12 a donné encore à M. Jaccoud l'occasion d'appeler l'attention sur un point important du procédé opératoire. On a formulé des préceptes classiques relativement au lieu d'élection pour la ponction. Il n'existe pas de lieu d'élection. Il change pour chaque malade suivant les particularités que révèle l'examen attentif de la poitrine. La ponction a été faite ici au-dessous de l'aisselle, non point pour obéir au précepte, mais parce qu'on n'aurait pu la faire ailleurs sans courir des risques : en arrière parce qu'on avait perçu dans cette région des vibrations vocales, en avant à cause de l'effacement complet de l'espace semi-lunaire.

Quant au malade du nº 29, il lui a été prescrit une dose de tartre stibié, suivie de l'administration d'un drastique. A dater de l'effet du drastique, l'épanchement a commencé à diminuer.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Syphilis cérébrale ou hystérie avec consensus symptomatique jacksonnien.

La malade du nº 6 de la salle Sainte-Anne, dont je vous entretiendrai aujourd'hui, est atteinte d'une affection d'un diagnostic absolument difficile, tel même que je ne saurais le proposer comme un diagnostic ferme, car je n'ai pas d'arguments suffisants pour cela.

Cette femme est âgée de trente-deux ans; elle est mariée; elle n'a jamais eu de grossesse et n'a jamais été malade jusqu'à il y a dix-huit mois. De plus, nous ne trouvons chez elle aucun antécédent morbide héréditaire ni personnel.

Lorsqu'elle est entrée dans nos salles, il y a quatre jours, elle avait la physionomie d'un sujet neurosthénique avec parésie du côté gauche, émoussement de la sensibilité mais conservation de l'intelligence et absence de toute fièvre, rien d'autre, en un mot, que des troubles de la motilité et de la sensibilité, localisés au côté gauche. Telle donc elle était à son arrivée à l'hôpital, lorsqu'elle a été prise, il y a deux jours, d'une fièvre très vive, avec une température s'élevant à 40 degrés, en même temps que de mouvements convulsifs. Ces convulsions se produisaient et se produisent encore aujourd'hui dans les conditions suivantes : la malade est calme, en apparence, lorsqu'elle sent venir tout à coup une douleur, une aura, dont le siège n'est pas toujours le même, puis elle est prise de mouvements cloniques dans la partie gauche de la face, puis dans les membres du même côté. L'attaque complète dure de une à vingt secondes; elle est suivie d'un état parétique de tout ce même côté gauche du corps; mais il n'y a jamais perte de connaissance. Ces attaques sont tellement rapprochées que dans l'espace de dix-huit heures, on en a compté plus de soixante, survenant toutes ainsi sans cause apparente.

Sans pouvoir préciser exactement la date du début de ces attaques jacksonniennes, nous savons que M. le docteur Siredey a été appelé en consultation, pour la première fois, auprès de cette malade il y a un an environ. Grasse, vigoureuse, sans fièvre, elle avait été prise, quelques mois auparavant de céphalées assez violentes suivies d'un état paralytique du côté gauche, puis elle venait d'être atteinte de convulsions cloniques semblables en tous points à celles que nous observons depuis deux jours, mais suivies, en plus, de coma.

M. Siredey, se demandant s'il ne s'agissait pas là de quelque syphilis cérébrale, prescrivit immédiatement le traitement spécifique. L'examen du corps ne révéla absolument rien, non plus que l'interrogatoire du mari, dont les résultats furent négatifs. Et cependant l'enquête avait été des plus rigoureuses. Sous l'influence des sangsues derrière l'oreille, de l'iodure de potassium à haute dose et des frictions mercurielles, que le diagnostic fût exact ou non, la malade éprouva une telle amélioration que, cinq jours après le commencement du traitement, elle pouvait marcher et même sortir. Les résultats en étaient vraiment merveilleux.

A partir de ce moment-là, elle n'eut plus que quelques accidents nerveux et, de loin en loin, quelques convulsions cloniques. A son arrivée dans mon service, j'eus également la pensée d'une syphilis cérébrale méconnue; je dis : « méconnue », car j'ignorais et le diagnostic et le traitement de M. Siredey. Mais, d'autre part, j'ajoute qu'il n'est pas dans l'habitude de cette affection de se comporter comme nous le voyons chez cette malade, c'est-à-dire de

présenter de pareilles accalmies pour, à un an de distance, le mal se reproduire exactement comme la première fois. Aussi devions-nous rechercher s'il ne s'agissait pas plutôt d'une autre affection, car, depuis un an, la lésion cérébrale syphilitique aurait dû progresser et donner lieu à un consensus symptomatique différent. Je dois également ajouter que cette femme est restée nerveuse et que ces jours-ci ses attaques ont été adoucies, voire même enrayées, prévenues par la compression ovarienne droite ou gauche. Sans vouloir tirer de ce fait un argument trop considérable contre l'épilepsie jacksonnienne, je dois dire que cette affection n'a pas cette allure, d'où je me suis également demandé si cette femme ne faisait pas, sous la forme jacksonnienne, de l'hystéro-épilepsie. On a dit que le propre de l'état épileptique de l'hystérie était de s'accompagner de phénomènes généralisés et non localisés. Cependant M. Charcot a publié, en 1884-1885, deux observations d'hystéro-épilepsie localisée à un point du corps, lesquelles nous démontrent que l'on ne saurait faire de la généralisation des accidents un signe diagnostique de la maladie. Quoique appartenant rarement à l'hystérie vraie, l'unilatéralité ne peut pas être niée, certaines hystériques ayant présenté des convulsions cloniques unilatérales.

Notre malade a, comme je vous le disais en commençant, de la fièvre, laquelle s'accompagne de vésicules d'herpès sur les lèvres. Serait-ce là quelque fièvre intercurrente, herpétique, pendant le cours de laquelle elle continuerait son hystéro-épilepsie, ou bien cette fièvre serait-elle sous la dépendance des convulsions?

Au mois d'août 1884, nous avons eu au nº 15 de la salle Sainte-Anne une femme qui présentait absolument les mêmes phénomènes. Agée de vingt-deux ans, elle était entrée pour une parésie de la partie inférieure de la face du côté gauche et des membres supérieurs et inférieurs de ce même côté, avec conservation de l'intelligence. Le soir ou le lendemain, nous vîmes la parésie se changer aussi en convulsions cloniques localisées également au côté gauche et se répétant tous les quarts d'heure, puis, aussitôt l'attaque passée, les membres redevenaient flasques, parétiques. Tout d'abord je crus avoir affaire aussi à quelque syphilis cérébrale et j'instituai le traitement spécifique. Mais tout à coup la température s'éleva, la malade tomba dans le mal comitial et succomba. Or le diagnostic fut complètement infirmé par l'autopsie, qui nous démontra l'absence de toute lésion des méninges, du cerveau, du bulbe et de la protubérance. Et cependant cette femme avait eu des convulsions localisées à gauche. Il s'agissait bien chez elle d'une hystérie avec consensus symptomatique jacksonnien.

Aujourd'hui, en présence de ma nouvelle malade, je suis dominé par ce souvenir et je me demande, par suite, si je n'ai pas également affaire à une hystérie unilatérale à forme grave, et cela malgré les résultats merveilleux obtenus par M. Siredey avec le traitement spécifique, et pourtant le diagnostic de syphilis cérébrale serait peut-être aussi raisonnable. En un mot, je ne puis faire aucun diagnostic ferme, faute d'arguments suffisants, et je ne verrais aucun inconvénient à continuer, avec les sangsues, l'emploi de l'iodure de potassium et du mercure, d'autant plus qu'il se pourrait que cette femme ait fait purement et simplement des phénomènes congestifs, lesquels auraient cédé aux sangsues et au mercure, qui est aussi un agent résolutif, comme nous le voyons dans la méningite, chez certains malades.

La maladie est donc, en résumé, fort difficile à déterminer, les accidents pouvant aussi bien répondre à la syphilis qu'à l'hystérie. L'évolution morbide seule peut-être nous éclairera, bien que j'aie une certaine tendance à émettre l'hypothèse diagnostique de : Forme mal dessinée de l'hystérie, avec consensus symptomatique jacksonnien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Réduction d'une hernie en masse avec étranglement; laparotomie, guérison. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une communication de M. Poisson (de Nantes), relative à un cas de réduction en masse d'une hernie, avec étranglement. Devant la persistance des phénomènes d'étranglement, M. Poisson proposa une première fois la laparotomie, qui fut repoussée. Ce ne fut que plusieurs jours après, alors que le malade commença à vomir des matières fécaloïdes, que l'opération fut acceptée.

M. Poisson, au lieu de pratiquer l'incision sur la ligne médiane, la pratiqua au-dessus de l'arcade crurale, dans le voisinage de la hernie réduite. Il se trouva en présence d'un sac et d'une forte bride qu'il sectionna; il ouvrit largement le sac et le laissa en place. L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques. Malgré une broncho-pneumonie que le malade contracta quelques jours après son opération, il guérit très rapidement.

M. Terrier félicite M. Poisson de la conduite chirurgicale qu'il a tenue dans ce cas et du résultat très satisfaisant qu'il a obtenu.

Vaste abcès de la fesse; injection d'éther iodoformé. — **M. TRÉLAT** communique l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans et demi, qui entra dans son service pour un vaste abcès de la fesse; cet abcès avait suivi la marche des abcès froids; cependant l'état général de la jeune fille était très satisfaisant; elle n'avait aucune lésion osseuse. Elle avait eu la fièvre typhoïde onze mois auparavant.

M. Trélat commença par évacuer 450 grammes de pus par une ponction; puis il fit une injection d'éther iodoformé d'environ 90 grammes. Quelques jours après, la malade sortit, guérie en apparence, puis rentra à l'hôpital, où elle resta de nouveau un mois. Il y avait encore un peu de fluctuation. Celle-ci disparut. Le résultat définitif a donc été satisfaisant. M. Trélat pense que les injections d'éther iodoformé sont indiquées dans les abcès autres que ceux qui sont d'origine tuberculeuse.

M. TERRIER croit que cet abcès a eu pour origine un microbe résultant de l'intoxication typhoïde. Il résulte de cette observation qu'il y a des abcès froids qui ne sont pas d'origine tuberculeuse, opinion que M. Terrier a déjà soutenue. Il en résulte également que l'iodoforme est aussi bien indiqué dans les abcès non tuberculeux que dans ceux d'origine tuberculeuse.

M. Terrier rapproche de ce fait celui d'un enfant atteint d'un abcès froid tuberculeux qui a été radicalement guéri après deux simples ponctions.

M. MARC SÉE dit qu'il n'est pas prouvé pour lui qu'il y ait une relation entre la fièvre typhoïde datant de onze mois et cet abcès. Il pense qu'il s'agissait plutôt d'une lésion osseuse méconnue. Enfin M. Sée reproche à M. Trélat de n'avoir pas recherché les bacilles dans le pus de cet abcès.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a pas obtenu, de l'éther iodoformé dans les abcès froids, des résultats aussi satisfaisants que ceux qui ont été annoncés par M. Verneuil. Aussi a-t-il peu de tendance à étendre ces injections au traitement des abcès chauds, ainsi que vient de le proposer M. Trélat.

Il pense qu'il y a plus d'avantages à ouvrir ces abcès et à les panser directement avec l'iodoforme.

M. LE DENTU rappelle que les injections d'éther iodoformé ont été surtout préconisées contre le bacille de la tuberculose. Or il a obtenu des résultats très variables de ces injections, et il se demande s'il ne serait pas préférable de pratiquer directement l'incision des abcès chauds et de faire ensuite des injections modificatrices. Il a vu des abcès froids considérables guérir après une seule ponction évacuatrice. Il en cite plusieurs exemples : l'un a trait à un énorme abcès froid de la cuisse, guéri par une seule ponction et la compression méthodique. Même résultat pour un abcès froid du bras. M. Le Dentu cite un troisième exemple analogue.

En résumé, sans repousser la méthode des injections d'éther iodoformé, il pense que, pour les abcès chauds, l'incision suivie d'une injection modificatrice suffit le plus souvent et que, pour beaucoup d'abcès froids, une seule ponction suivie d'une compression méthodique donne d'excellents résultats.

M. RECLUS a été plus heureux avec les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. Il cite plusieurs exemples : c'est d'abord un énorme abcès ganglionnaire du cou, qu'il ponctionne et dans lequel il fait une injection d'éther iodoformé à 10 p. 100. Après huit jours, guérison complète. Une jeune fille était atteinte d'une tumeur ganglionnaire du cou, ramollie; M. Reclus fit une injection d'éther iodoformé; après quinze jours la guérison était complète.

Tout récemment il se produisit chez cette jeune fille un abcès ganglionnaire de l'autre côté du cou, qui guérit également après deux injections d'éther iodoformé. M. Reclus n'a jamais eu d'accidents. Deux fois seulement il a vu se produire une eschare dont la guérison spontanée a été également obtenue sans aucune putridité.

M. BERGER a pratiqué aussi des injections iodoformées dans les abcès tuberculeux. Il n'a eu qu'un cas de guérison absolue d'un abcès symptomatique d'une lésion osseuse chez un vieillard.

M. TRÉLAT ne s'attendait pas à susciter une pareille discussion. Il remercie ses collègues de lui avoir rappelé que des abcès chauds guérissent par l'incision et que des abcès froids peuvent guérir spontanément ou après une seule ponction.

Il répond à M. Sée qu'il a examiné avec grand soin cette jeune fille et n'a pas trouvé la moindre lésion osseuse. Il n'a jamais mis en doute que sa malade aurait pu être guérie par l'incision; mais l'incision laisse des traces que ne laissent pas les injections d'éther iodoformé.

Taille vésico-vaginale. — M. LE DENTU communique deux cas de taille vésico-vaginale pour des cystalgies rebelles.

L'une de ces malades, âgée de quarante-sept ans, ayant eu de l'incontinence d'urine dans son enfance, ayant été atteinte, il y a sept ans, de métrite accompagnée de cystite, avait semblé guérie, quand elle fut reprise d'accidents douloureux du côté de la vessie. M. Blum reconnut chez elle l'existence d'une cystite purulente avec cystalgie. Sept ans après, ces accidents ne s'améliorant pas, M. Le Dentu lui propose de lui faire une fistule vésico-vaginale. Après trois semaines, l'amélioration se manifeste très nettement. Pendant six mois M. Le Dentu la garde dans son service sans chercher à fermer la fistule. L'urine devint bonne, l'état général s'améliora. Ce ne fut qu'un an après que M. Le Dentu consentit à lui boucher sa fistule. Elle n'eut plus que des envies fréquentes d'uriner. L'état général est parfait; l'embonpoint est satisfaisant, la cystite est guérie, l'urine est claire, la miction n'est nullement douloureuse.

Le second cas est moins heureux. Il s'agit d'une tuberculeuse atteinte de cystite et d'uréthrite tuberculeuse. Il y avait de la cystalgie. M. Le Dentu lui pratiqua la même opération. Elle n'a pas donné le résultat qu'il en attendait.

Le manuel opératoire employé par M. Le Dentu consiste à inciser la muqueuse du vagin et la vessie sur un conducteur cannelé; il fait une incision de 3 à 4 centimètres. Pour éviter l'infiltration urineuse, il suture les parois de la vessie à celles du vagin. Cette suture a en outre l'avantage de s'opposer à la fermeture hâtive de la fistule et d'éviter le bouton de Bowsman ou tout autre corps étranger.

M. LE BEC fait une communication ayant pour titre : « Pseudo-étranglement interne, péritonite tuberculeuse, laparotomie, guérison.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Rapport au Président de la République française.

Monsieur le Président,

Aux termes des articles 32 et 33 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, les officiers d'administration du service des hôpitaux militaires forment l'une des quatre sections (la troisième) des officiers d'administration du service de l'intendance, lesquels peuvent être employés dans l'une ou l'autre de ces sections suivant les besoins du service et les décisions du ministre.

D'un autre côté, l'article 41 de la même loi dispose que les sections d'infirmiers militaires sont placées, en ce qui concerne la police et la discipline intérieures des corps, sous l'autorité supérieure des fonctionnaires de l'intendance, chefs des services administratifs.

C'est par application de ces dispositions que le personnel dont il s'agit (officiers d'administration des hôpitaux et infirmiers militaires) a été maintenu dans les attributions de la direction des services administratifs au ministère de la Guerre, cette direction étant chargée des fonctionnaires de l'intendance, des officiers d'administration du service de l'intendance et des troupes d'administration.

Mais le fonctionnement du service de santé, dont l'autonomie, déjà proclamée par la loi du 24 juillet 1873, est entrée dans le domaine de la pratique, depuis la promulgation de la loi du 16 mars 1882 précitée et en exécution des articles 2, 6, 9, 16, 17, 18 et 19 de ladite loi, a donné lieu de constater que cet état de choses présente des inconvénients au point de vue du service et de l'expédition des affaires.

En effet, aux termes du décret du 27 mai 1882 qui règle le fonctionnement dont il s'agit, la direction du service de santé doit s'entendre avec la direction des services administratifs pour la répartition des officiers d'administration des hôpitaux et des détachements d'infirmiers.

Il en résulte une correspondance fréquente entre ces deux directions pour l'étude de certaines questions qui pourraient être résolues immédiatement par la première, si elle avait dans ses attributions tout le personnel concourant à l'exécution du service hospitalier.

Pour atteindre ce but, j'estime que tout le matériel du service hospitalier et tout le personnel d'exploitation devraient ressortir à la direction du service de santé. L'intendance conserverait l'ordonnancement des dépenses, la surveillance administrative des établissements et l'autorité supérieure sur les sections d'infirmiers.

L'adoption de cette mesure qui ne me paraît pas en contradiction avec la loi du 16 mars 1882, n'empêcherait pas d'ailleurs l'application des dispositions contenues dans les articles 32 et 41 de ladite loi. Il suffirait que les deux directions intéressées s'entendissent pour que les officiers d'administration d'une section pussent être employés dans une autre et que les ordres du ministre relatifs aux sections d'infirmiers fussent adressés aux fonctionnaires de l'intendance sous le timbre de la direction du service de santé, au lieu de l'être sous celui de la direction des services administratifs.

Si vous voulez bien approuver ces conclusions, j'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint, qui modifie en conséquence les deux décrets du 27 mai 1882, dont l'un règle le fonctionne-

ment du service de santé de l'armée et détermine les attributions de la direction centrale dudit service, et dont l'autre porte création de la septième direction au ministère de la Guerre.

Le ministre de la Guerre,
BOULANGER.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée;

Vu le décret du 27 mai 1882, qui règle le fonctionnement du service de santé de l'armée;

Vu le décret du 27 mai 1882, portant création de la direction du service de santé et considérant :

1° Qu'il y a un réel intérêt, au point de vue de la bonne exécution du service et de l'expédition rapide des affaires, à ce que tout le matériel du service hospitalier et tout le service d'exploitation ressortissent à ladite direction;

2° Qu'à cet effet il est indispensable de faire passer de la direction des services administratifs à la direction du service de santé le personnel des officiers d'administration des hôpitaux et des infirmiers militaires;

Sur la proposition du ministre de la Guerre,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — L'article 3 du 27 mai 1882, qui règle le fonctionnement du service de santé de l'armée, est modifié ainsi qu'il suit :

« Une direction du service de santé est chargée, sous les ordres immédiats du ministre, de traiter toutes les questions se rapportant soit au personnel, soit au matériel et aux approvisionnements de toute nature nécessaires au service.

Cette direction a dans ses attributions :

Le personnel des médecins, des pharmaciens militaires, des officiers d'administration des hôpitaux et des infirmiers militaires;

L'École de médecine et de pharmacie militaires;

Le matériel des hôpitaux et ambulances. »

ART. 2. — L'article 2 du décret du 27 mai 1882, portant création au ministère de la Guerre de la direction du service de santé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Cette direction comprendra un bureau des hôpitaux qui aura dans ses attributions :

1° Personnel, organisation, inspection, état civil et militaire des officiers du corps de santé, médecins, pharmaciens et officiers d'administration des hôpitaux militaires, personnel, effectifs, répartition et emploi des infirmiers militaires dans les établissements du service de santé, rapports avec la direction de l'artillerie et celle des services administratifs en ce qui concerne le matériel, la répartition des troupes du train des équipages militaires et l'emploi dans une autre section des officiers d'administration du service de l'intendance, des officiers d'administration des hôpitaux militaires, écoles de médecine et de pharmacie militaires, recrutement des élèves. »

Le reste comme au décret du 27 mai 1882 susvisé.

ART. 3. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 11 février 1887.

Jules GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre,
BOULANGER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris a procédé, dans sa réunion du 10 février, à l'élection d'un membre du Conseil académique. Le dépouillement du scrutin a eu lieu mardi soir à la Sorbonne. Le nombre des votants étant 29, la majorité 15. M. Brouardel a obtenu 21 voix (élu), M. Jaccoud 5, M. Baillon 1, M. Grancher 1. Il y a eu un bulletin blanc.

— Par décret, en date du 4 février 1884, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris :

M. le docteur Brouardel, médecin de la Pitié, en remplacement de M. Leblond, sénateur, décédé, et M. le docteur Millard, médecin de Beaujon, en remplacement de M. Moutard-Martin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— Par décret, en date du 16 février 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Rousselot-Bénard, aide-médecin de la marine, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 février 1887, la chaire d'anatomie pathologique et histologie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, aura lieu le 17 et 18 août prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— La Société d'ophthalmologie française se réunira le lundi 2 mai, à Paris. La liste et l'analyse des travaux à présenter dans cette session doivent être adressés au plus tôt possible à M. le secrétaire général de la Société.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 15 mars 1887. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, 15, rue de l'École de médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année qui doivent fournir un certificat pour prendre la seizième inscription. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1887; 2° les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1886-1887 : ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs); 3° les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel) de midi à quatre heures, du 28 février au 12 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1887, par E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, etc. Huitième année 1 vol. in-8° de 240 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis élémentaire d'anatomie pathologique, par M. le docteur ABADIE-LEROY. In-18 de 288 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20728

14

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

72

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

42

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisant au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



55

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

47

UN NOUVEL HÉMOSTATIQUE

Le docteur CHOMEL recommandait le suc d'ortie comme le meilleur remède contre toutes les hémorrhagies. Le **SIROP de PÉNEAU** au suc d'ortie, expérimenté dans les hôpitaux, constitue un vrai spécifique contre les hémorrhagies de la ménopause et contre celles qui proviennent de tumeurs fibreuses ou de suite de couches et les menstruations excessives.

DOSE : une cuillerée toutes les heures, jusqu'à modération du flux sanguin; comme préventif, 3 à 4 cuillerées par jour. — A Paris, r. Réaumur 53, faubourg Montmartre 50, et toutes pharmacies.

Fabrtion et gros, Phie PÉNEAU, Bourges (Cher).

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05cgr; Goudron, 0,07cgr 1/2, Baume de tolu, 0,07cgr 1/2.

DOSES : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

44

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f 50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

45

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars)Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

64

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

38

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1 000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences*, etc. 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les phies.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

MARDI 22 FÉVRIER 18

N° 23. — MARDI 22 FÉVRIER 1887.

60e ANNÉE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Deux cas de pneumonie.

Je vais vous parler aujourd'hui de deux malades atteints de pneumonie, tous deux gravement malades, tous deux de pauvres gens, vivant dans un état de misère absolue, mais différents par l'âge, par le sexe et par la forme même de la maladie : l'un est un homme, un vieillard ; l'autre une jeune femme.

Cette dernière est une ouvrière à la journée, gagnant péniblement sa vie ; de plus elle est enceinte ; elle est parvenue au troisième mois d'une grossesse clandestine, et les chagrins l'ont mise dans un état de dépression nerveuse très prononcée. Enfin, depuis deux mois, elle était de plus en plus souffrante, lorsque, le 4 de ce mois, elle est tombée tout à fait malade. Pendant toute cette journée du 4, elle a eu des frissons répétés et a dû s'aliter, et c'est le 9 que, son état ne s'améliorant pas, n'ayant pas encore été traitée non plus, elle a été amenée à l'hôpital. Elle était tellement faible qu'elle ne pouvait se tenir debout, et avait l'aspect typique des pneumoniques : face injectée, dyspnée, point de côté.

A la visite du soir, en effet, on constatait une pneumonie du sommet droit, de mauvaise nature, avec un peu de souffle à la partie externe de la région sous-claviculaire et dans les fosses sus et sous-épineuses droites. En somme il y avait très peu de lésions, et cette femme était beaucoup plus malade par l'état général que par l'état local (très grande faiblesse, pouls et température élevés, tremblement typhoïde). C'est à ce point que mon chef de clinique craignait que le lendemain elle fût morte. Il n'en était rien, grâce à l'emploi des toniques et notamment de la potion de Todde. De plus, les antimoniaux avaient été donnés, non à dose controstimulante, mais à dose expectorante (kermès, 10 à 15 centigrammes) ; on avait appliqué aussi un très grand nombre de ventouses sèches et non pas scarifiées, vu la faible vitalité de la malade.

Bref, le lendemain 10, il y avait une certaine amélioration, malgré la dyspnée et la tendance à l'hypostase, c'est-à-dire à la congestion passive. En effet, à l'auscultation, nous trouvions, du côté gauche, de la matité, des râles, un souffle commençant, indiquant la formation d'une seconde pneumonie : la première étant à droite au sommet, la seconde à gauche et surtout à la base. Donc, malgré l'amélioration relative, la situation s'aggravait ; ce que voyant, je me décidai à faire appliquer six ventouses scarifiées. De plus, autre élément d'un pronostic grave, la malade ne crachait pas du tout. Or l'expectoration est une sorte de crise bienfaisante qui permet d'expulser un certain nombre de bacilles.

J'ajoute enfin que notre malade, ayant déjà eu autrefois deux atteintes de rhumatisme, portait une lésion mitrale consécutive à quelque endocardite valvulaire. Or le vagabondage est le propre du rhumatisme, aussi je crois que, chez notre malade, la pneumonie était d'essence rhumatismale, bien que chez elle cette pneumonie fût grave, contrairement à sa bénignité ordinaire. Donc on pouvait dire : Pneumonie fibrineuse, bacillaire, d'ordre rhumatismal. Mais, d'autre part, vu l'état chétif et de dépression de la malade, pourquoi ne pas songer aussi à la pneumonie caséeuse, tuberculeuse, dont les signes physiques ont une grande ressemblance avec ceux de la pneumonie ordinaire, et dans laquelle aussi l'expectoration est nulle ou peu abondante. Mais nous savons que l'infiltration caséeuse, tuberculeuse, peu à peu se désagrège, se ramollit, détruit le tissu pulmonaire, laissant en son lieu et place une caverne. Or l'auscultation ne révélait rien de pareil ici.

Nous avons donc conclu à une pneumonie fibrineuse, d'autant plus que déjà, au sommet droit, la maladie commençait à entrer dans la période résolutive, nous avons conclu à une maladie inflammatoire, non tuberculeuse, mais un peu insolite.

Malgré l'amélioration relative du premier jour, cette malade a succombé quatre jours plus tard, dans un état complètement asphyxique.

Quant au second pneumonique, c'est un vieillard de soixante-dix ans, cantonnier, usé par la misère et par l'âge, néanmoins plus résistant. Sa pneumonie n'est pas celle des vieillards, au sommet, mais une pneumonie de la base, grave par la fréquence du pouls, l'état du système nerveux, l'étendue de la lésion. Elle revêt la forme nervoso-bilieuse. Cet homme, en effet, n'a pas sa tête à lui ; il est faible et, dès le début, il a présenté une perturbation profonde du système nerveux. De plus il a la langue sale, mauvaise bouche, le ventre ballonné, la teinte subictérique et de la constipation. Bref il a tout un état bilieux moins les nausées et les vomissements.

Cependant, plus robuste que l'autre malade, il nous donne quelque espoir qu'il résistera mieux au mal. Aujourd'hui, septième jour de sa pneumonie, le pouls est à 120, il est dicrote; la température à 40 degrés. La forme est donc grave, cependant, et la lésion est étendue. La résolution est faite partout, sauf dans un point, situé à la partie moyenne où nous entendons un souffle naissant, ce qui nous indique que la pneumonie tend à marcher, à s'étendre de la base vers le sommet du poumon.

Chez cet homme, le traitement a eu pour but de combattre la constipation et de répondre à la forme bilieuse. Ainsi nous avons prescrit, non pas des vomitifs, de peur d'amener une dépression trop grande, mais des purgatifs (huile de ricin, 15 grammes) et des lavements laxatifs. Ils n'ont déterminé qu'une seule selle.

Hier nous avons ordonné deux verres d'eau de Sedlitz. Résultat : une seule selle également. Aujourd'hui nous recommencerons avec la même dose d'eau de Sedlitz. De plus, contre l'état du système nerveux, nous lui faisons prendre du vin de Bagnols et la potion de Todde. Enfin nous avons, pour l'état local, fait appliquer d'abord des ventouses scarifiées puis un vésicatoire; nous avons aussi prescrit, comme expectorant, le kermès à la dose de 20 centigrammes.

Ces deux malades nous montrent que la médication dans la pneumonie ne saurait être la même pour tous les cas, que ce qui convient à l'un serait nuisible à l'autre, que la thérapeutique, en un mot, doit obéir aux indications fournies à la fois par l'état général du malade et par la maladie.

C'est ainsi que, si la jeune femme avait été traitée dès le premier jour, au lieu de rester sans soins dans sa chambre, et traitée par les toniques, peut-être aujourd'hui ne serait-elle pas morte.

HOSPICE D'ANNAPPES — M. GUERMONPREZ.

Sur un cas de tremblement nerveux.

Observation recueillie et rédigée par M. R. THIAU, interne.

E....., soixante-quatre ans, demeurant à Annappes (Nord), a exercé la profession d'instituteur depuis sa jeunesse. Étant enfant, il a été atteint de convulsions pendant quarante jours. Vers l'âge de trois ou quatre ans, il aurait eu la rougeole, laquelle aurait rapidement cédé à un traitement approprié. Il raconte qu'il était d'un caractère vif et très nerveux pendant sa jeunesse; à quinze ans, étant passionné pour jouer du hautbois, il remarquait que sa figure grimaçait après ces exercices. A dix-sept ans, il eut une attaque de nerfs à la suite de laquelle, transporté à l'hôpital, il resta paralysé pendant vingt-quatre heures. Comme antécédents héréditaires, il faut noter la névropathie de sa mère, qui était souvent sujette à des migraines et à différents troubles de même nature, assez mal déterminés; ses deux sœurs ont été atteintes successivement d'accidents hystériformes; enfin un de ses neveux aurait succombé dans une crise nerveuse.

La maladie actuelle remonterait à onze ans environ (vers 1875) à cette époque, le malade, invité par un de ses amis, aurait bu du cidre d'un mauvais goût et qu'il crut un instant mélangé de poison; s'il fallait s'en rapporter au malade, ce serait à partir de ce moment qu'auraient apparu les accidents. A la même époque, il fut également frappé de frayeur par deux individus qui, pour lui faire peur, vinrent la nuit tapager à sa porte et le tirer de son sommeil; cette dernière circonstance pourrait, à plus juste titre, être prise en considération. Quoi qu'il en soit, les accidents ont bientôt progressé : le malade remarqua d'abord que, au moment d'écrire, ses doigts le trahissaient de plus en plus, et, après avoir journellement fatigué sa main au travail de la plume, il fut atteint d'une forme de *crampe des écrivains*. La maladie faisant des progrès, la crampe se changea en un tremblement qui prit en peu de temps de si graves proportions que le patient dut renoncer à l'enseignement. La main fut la première atteinte, sans que le malade puisse dire par quels doigts l'affection a débuté; à l'en croire, les mouvements alternatifs de flexion et d'extension du poignet auraient précédé ceux des phalanges; ce tremblement, faible au début, s'accentua de plus en plus, puis se généralisa à tous les doigts; il disparaissait d'abord, puis revenait par accès; les deux mains furent ainsi atteintes simultanément. C'est seulement depuis ces dernières années que le tremblement envahit le pied, en communiquant des mouvements alternatifs de flexion et d'extension à l'articulation tibio-tarsienne.

Actuellement le tremblement est tellement accusé qu'il semble dès l'abord, à lui seul, constituer toute la maladie. Ce tremblement agite surtout violemment les deux mains, dont les quatre derniers doigts, allongés et réunis, sont comme soudés et se meuvent tout d'une pièce au devant de la ceinture, le pouce restant plus ou moins immobile et accolé à l'index, comme dans l'action de tenir une plume. Mais parfois, surtout à l'occasion d'une contrariété ou d'une émotion quelconque un peu vive, le tremblement ne reste plus limité à la main et au pied; il envahit le membre supérieur jusqu'au coude et le membre inférieur jusqu'au cou-de-pied; au dire du malade il ne remonterait pas plus haut. Ce tremblement a lieu au repos et ne s'arrête que pendant le sommeil ou lorsque la volonté parvient à rétablir l'ordre dans ces mouvements désordonnés. En effet, le malade veut-il saisir un objet, il va droit et franchement au but, et son agitation cesse subitement pour recommencer dès que les réflexes l'emportent; c'est ainsi qu'il peut encore porter les aliments à sa bouche sans le secours d'autrui. Il en est de même de l'écriture; quand il prend la plume, sa main droite, fixée par l'attention, ne tremble presque plus; aussi l'écriture du malade est-elle assez régulière, ainsi qu'on peut en juger par le specimen ci-joint; toutefois les jambages des lettres sont assez souvent sinueux pour caractériser cette forme d'écriture très lisible mais très spéciale.

Quel est l'animal qui a quatre pieds le matin, deux à midi et trois le soir

J. Eugénis

Pendant ce temps, l'autre main s'agite d'autant plus violemment que la première est plus fixe, partageant ce mouvement avec les pieds, les muscles de la face et des lèvres, qui, eux, ne sont d'ordinaire presque pas violentés chez le malade; on dirait que la volonté est d'autant moins maîtresse du corps qu'elle concentre davantage son action sur un seul point. Toutefois il faut remarquer que les jambages des lettres sont d'autant plus sinueux que le malade écrit depuis

plus longtemps, et que, par suite, la main se fatigue davantage. La tête reste immobile, sauf dans ce dernier cas, mais ce n'est là qu'un tremblement d'emprunt.

A côté de ce tremblement caractéristique, il faut noter la rigidité musculaire; ce sont des *crampes* non douloureuses, passagères au début, permanentes depuis lors, apparaissant dans tout le corps, principalement dans l'abdomen, la nuque, les doigts et surtout les orteils. Ces crampes se montrent spécialement la nuit, dans le décubitus horizontal; de là le trouble du sommeil et la difficulté pour le malade de se remuer dans son lit. Pendant le jour ces phénomènes sont moins accusés et la marche en est facilitée d'autant plus; d'ailleurs celle-ci est assez ferme, vu l'âge du malade, et se fait sans trop de lenteur ni de précipitation. Cette rigidité explique certains phénomènes présentés par cet homme : la tête penchée en avant, le menton touchant presque le sternum, les avant-bras fléchis sur les bras, l'immobilité du visage et la fixité du regard.

Depuis quelques mois (il appelle l'attention sur ce fait), le malade se plaint que ses jambes sont légèrement affaiblies et comme atteintes de parésie.

L'examen de la sensibilité et des organes des sens ne fournit pas de grands renseignements : les sensibilités au contact, au chatouillement, à la douleur, à la température, sont intactes. De même pour l'organe de la vue : la notion des couleurs est entièrement conservée, il n'y a pas d'amblyopie, mais seulement un peu de diplopie, les pupilles ne sont pas inégales et réagissent bien sous l'influence de la lumière, et la rétine est sensible au phénomène des phosphènes; enfin il n'y a pas de nystagmus. Rien de particulier du côté de l'ouïe : il n'y a ni bourdonnements, ni sifflements, ni surdité. L'application des deux jambes l'une sur l'autre et d'autres manœuvres semblables prouvent que le sens musculaire est intact; de même la force musculaire n'est en rien diminuée.

Le réflexe rotulien est conservé ou même un peu exagéré. En appuyant fortement sur la plante du pied du malade, on ne perçoit aucune sensation de trépidation épileptoïde. On ne note également aucun trouble trophique. Quant à la parole, elle est actuellement un peu embarrassée; au début de l'affection le malade aurait, paraît-il, perdu l'usage de plusieurs consonnes, pendant un mois environ; aujourd'hui encore, la lettre L n'est pas prononcée absolument sans difficulté. Enfin ajoutons que les facultés intellectuelles baissent considérablement chez le malade, en particulier la mémoire.

A part cela, l'organisme lui-même n'est pas trop déchu, et il est encore loin de la période de marasme qui est la terminaison habituelle des maladies de cette sorte. Si depuis quelque temps le malade se trouve plus affaibli, il semble qu'il y a lieu de l'attribuer à un œdème des membres inférieurs, qui remonte même jusqu'à la racine du membre; il est difficile de dire quelle est l'origine de cet œdème; le cœur ne présente pas de troubles et il n'y a pas d'albumine dans les urines. Enfin nous avons cru pouvoir saisir chez lui les symptômes du diabète sucré : la polyurie, la polydipsie et surtout la polyphagie, sont caractéristiques, et l'analyse a décelé la présence du sucre dans les urines.

En face de tout cet ensemble clinique, on ne peut songer à une *sclérose en plaques*; entre autres signes différentiels (et ils sont nombreux), le caractère du tremblement, se produisant au repos, suffit à lui seul pour le diagnostic.

Le *tremblement sénile* doit être éliminé : la fixité de la tête, observée dans notre cas, forme un contraste manifeste avec le chef branlant des vieillards.

Le *tremblement alcoolique* ne doit pas nous arrêter : nous n'avons pas constaté chez notre malade les mouvements fibrillaires des doigts et de la langue, communs aux alcooliques, ni les autres signes de l'alcoolisme chronique.

Les *mouvements choréiques* n'ont pas l'allure de ceux de notre malade; outre qu'ils se montrent dans un âge relativement jeune, ces mouvements sont plus brusques, plus étendus, plus incoordonnés.

La *paralysie générale*, en outre d'un tremblement différent, a pour elle la précocité des troubles psychiques, la parole scandée et trémulente, l'inégalité des pupilles, tous phénomènes qu'on n'observe pas ici.

L'absence de trépidation épileptoïde nous fait rejeter la *sclérose latérale médullaire*.

Il ne reste plus que l'hypothèse d'une *paralysie agitante*, et c'est à ce diagnostic que nous nous sommes arrêté.

Dans une communication à la Société anatomo-clinique de Lille, on a objecté l'absence des troubles de la démarche (propulsion et rétropulsion), mais, comme le fait remarquer M. Charcot : « La propulsion et la rétropulsion ne sont pas des phénomènes constants ni nécessaires de la paralysie agitante; assez souvent même ils font défaut et figurent dans le tableau symptomatologique de maladies autres que celle-ci (1). »

M. Grasset (de Montpellier) parle dans le même sens : « Ce symptôme (propulsion et rétropulsion) n'est pas pathognomonique; il manque dans certains cas et se trouve dans d'autres maladies; nous avons cité l'an dernier l'exemple observé par Pierret dans l'atrophie musculaire progressive (2). »

De même l'attitude de la main « qui émiette du pain » ou « file de la laine », manque chez notre malade; quand ces signes existent, ils ont une réelle valeur, ainsi que l'a démontré Gubler pendant son internat à la Salpêtrière; mais il nous semble qu'à leur défaut l'attitude de la main observée chez notre sujet est assez caractéristique par elle-même.

Ajoutons enfin que le besoin de mouvement et la sensation de chaleur signalés par M. Charcot font également défaut chez le malade en question; mais ces signes négatifs ne prévalent pas contre les autres signes positifs.

Le tremblement observé est caractéristique, en ce sens qu'il se produit au repos, cesse pendant le sommeil et sous l'influence de la volonté; il nous paraît tout à fait conforme à la description qu'en donne M. le docteur Fernet dans sa thèse d'agrégation : « Le tremblement (dans la paralysie agitante) est à peu près incessant pendant la veille et cesse pendant le sommeil; c'est surtout pendant le repos qu'il se manifeste, pour cesser quand les membres sont mis en mouvement par la volonté; c'est un tremblement peu étendu, rapide, régulier; les mains sont agitées d'oscillations rapides et régulières, de dehors en dedans et de dedans en dehors (3). »

Mais si « à lui seul le tremblement n'est pas un signe pathognomonique (4) », nous avons tout un ensemble de symptômes dont le groupement mérite d'être pris en considération : l'absence de tremblement de la tête, de nystagmus, l'attitude spéciale de la main, l'écriture à jambages plus ou moins sinueux, la rigidité musculaire, l'immobilité des traits du visage, la fixité et l'hébétude du regard, le tronc penché en avant, le menton touchant le sternum, la parésie des membres inférieurs, la parole brève mais non

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris, 1875, t. I, p. 176.

(2) Grasset, *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Montpellier, 1879, t. II, p. 510.

(3) Ch. Fernet, *Des tremblements*, thèse de concours, Paris, 1872.

(4) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 302.

scandée, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, tout cet ensemble clinique milite en faveur de notre hypothèse. Le début insidieux de la maladie et sa marche lentement progressive viennent encore à l'appui de ce diagnostic.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa).

GAFSA (20 NOVEMBRE — 4 OCTOBRE)

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

I

Le dimanche 20 novembre, dès l'aube, la colonne assemblée sur le coteau rocailleux de M'retba, où la veille nous avions eu toute la peine du monde à planter nos tentes, s'ébranla dans la direction de Gafsa et presque aussitôt s'engagea résolument dans le sable.

Il y en avait vingt-quatre kilomètres.

Tantôt il était mouvant et l'on y enfonçait jusqu'à mi-jambes; c'était raide, on soufflait et les velléités pédestres étaient promptement satisfaites. Tantôt il était compact et plein de terriers de gerboises qui à chaque instant étaient la cause de faux pas pour les bêtes et les gens. Alors, et de loin en loin, des jujubiers ressemblant à de gros buissons en rompaient la curieuse monotonie. Une toute petite plante terne, poussiéreuse, dont la fleur radiée ne peut s'épanouir qu'aux heures de rosée, s'y dévoilait aux regards attentifs.

Et le sable, cette ruine du globe, était partout.

Sur un léger mamelon où le hasard des rangs me fit passer, je remarquai de grandes pierres et des colonnes éparses, et j'avoue que rien ne m'étonna autant que ces vestiges si tangibles de la puissance des anciens maîtres du monde qui, même sur ce sol calciné, avaient jeté de solides et élégantes assises.

N'étaient-ils pas étranges, en effet, ces débris d'un poste établi au milieu des sables, afin sans doute que le Nord et le Sud pussent aisément se tendre la main? Et n'est-ce pas le cas de dire, ici mieux qu'ailleurs, que si les exactions, les divisions intestines, le climat, l'indigène et enfin l'Arabe couvrirent ces contrées de tant de ruines qu'on en trouve à chaque pas, on reste confondu à l'idée de la violence du souffle destructeur qui les fit si complètes?

Toutefois, ce qu'il y a de beaucoup plus étrange et ce qui dénote l'insondable profondeur de l'indifférence musulmane, c'est que, le dernier ouragan passé et l'écroulement achevé, plus rien n'a bougé. Villes populeuses, stations fortifiées, monuments grandioses, tombeaux fastueux, granit taillé, marbres polis, tout s'est effondré en des jours de tourmente inouïe et, depuis douze siècles, tout gît à la même place dans le même sommeil de mort!

Et le soleil dardait ses rayons de feu sur tous nos escadrons et tous nos bataillons encadrant l'artillerie, l'ambulance, le convoi, et s'avançant en un ordre majestueux.

Comme si quelque génie de la solitude nous eût guidés, tirant nos yeux vers le but souhaité, nous gardions le silence. Nul écho ne sortait du sol que nous foulions sans y laisser d'empreinte.

Et, vraiment, nous étions beaux à voir!

Au surplus, voici quel était le spectacle offert par la nature lorsque, sur le coup de midi, nous aperçûmes Gafsa.

Le ciel était pur, le calme de l'atmosphère était complet et nous ne soulevions presque pas de poussière, parce que, si le sable est fin, il est siliceux et lourd. Derrière nous, une mer de sable et des montagnes grises; devant nous, également une mer de sable (quelque huit kilomètres encore) avec des ondulations semblables à de longues vagues; et sur les flancs deux massifs allongés, deux véritables ossatures profondément ravinées et diversement colorées suivant leur orientation, celle de droite en violet, celle de gauche en indigo. Ces deux crêtes allaient en se rapprochant sur l'oasis comme pour l'étreindre. Au fond, tout à fait au fond, dans un horizon lointain, apparaissait une autre crête d'un bleu clair; et là, devant nous, tout près de nous, émergeaient du sable scintillant des milliers de grands panaches verts. Quel splendide décor, dont le coucher du soleil avec la variété de ses teintes vives devait encore rehausser l'éclat!

A deux heures, un échange amical de coups de canon signala le contact des frères ennemis. Nous étions à l'Est et à 800 mètres de Gafsa sur une surface plane, dont la sablonneuse nudité était parfaitement indiquée pour l'assiette du camp. C'était net avec beaucoup de silex gros et petits, et c'était suffisamment loin des influences nocives, inhérentes aux endroits cultivés des pays chauds. En outre, l'occupation immédiate d'une colline voisine nous mettait à l'abri de toute surprise de la part des nomades qui d'ailleurs, comme on eut lieu d'en être vite assuré, avaient prudemment fui par delà les Chotts.

Notre imposante masse nous garantissait, comme à Kairouan, un tranquille séjour et nous allions avoir tout le loisir de contempler cette belle verdure de palmiers et d'oliviers, que flanquaient aux extrémités deux agglomérations humaines et quelques marabouts aux minarets pointus. Et certes, dans notre situation d'enfants perdus, quoi de plus séduisant que cette perspective d'une fraîche oasis? Une oasis, c'est-à-dire un lieu dans le désert où il y a quelque chose et quelqu'un! C'était à croire que des ailes magiques venaient de nous ravir au seuil d'un paradis!

II

Le ravissement, hélas! devait être de courte durée et je ne fus pas seul le lendemain à retomber sur terre.

Là-bas, à Kairouan, c'était de l'ordure; ici, à Gafsa, c'était du putrilage : le vocabulaire n'ayant pas d'autre expression pour peindre l'état de détérioration et de malpropreté dans lequel étaient les murs, les maisons, la voie publique et les alentours.

On y abordait en traversant l'Oued, auquel on aboutissait et d'où l'on sortait par de tortueuses ravines où l'on risquait de se rompre les os. Cet oued, dépression d'une centaine de mètres de largeur, contenait à ce moment quelques filets d'eau saumâtre qui couraient capricieusement sur du gravier très mobile et qu'il fallait enjamber, non sans s'éclabousser. Après quoi, on se hissait dans les jardins.

Vous avez compris, n'est-ce pas? J'ai dit et je redis les jardins et j'ajoute avec empressement que je ne fais en cela qu'imiter ceux qui en ont ainsi dénommé de pareils.

Allez donc voir Biskra (c'est si facile actuellement), le vieux Biskra qui, au sortir des Aurès, ouvre le Sahara. Tel il était, il y a cinquante ans, tel il est de nos jours : rien ne changeant en ce pays que Dieu seul mène, c'est-à-dire le hasard des météores et la fatalité. Et vous aurez une idée exacte de l'ignorance crasse de l'indigène et de sa proverbiale inertie, même en ce qui concerne le bien-être matériel le plus élémentaire.

Oui, il faut le répéter, l'apathie et l'incurie de ce peuple musulman qui ne saurait être plus abruti, le laissent complètement indifférent à tout. S'il ne détruit pas, parce que ce serait un travail, il s'en remet pour cette besogne au temps qui y manque là moins qu'ailleurs, étant donné, avec les brasiers de l'été et les déluges de l'hiver, la porosité et la friabilité des principaux matériaux, bois de palmier et torchis. Et il ne refait absolument rien : une muraille s'écroule, c'est Allah qui le veut, et, s'il n'est pas pris sous les décombres, il va à côté dresser sa tente en poils de ses chameaux, ces fidèles compagnons qui s'entendent, encore mieux que lui, à faire le désert partout où ils passent, puisqu'ils dévorent tout ce qui pousse.

Et je reviens aux jardins de Gafsa et à Gafsa même que nous étions les premiers à déflorer, car c'était d'une pureté virginale.

L'air, à cette époque de l'année, y avait l'après-midi d'étouffantes ardeurs; du reste, il y est toujours relativement chaud, même quand la température s'abaisse sur les sables environnants dont le niveau est notablement plus élevé. Et l'eau de source y coule en abondance. C'est la double condition pour que le palmier prospère, le palmier qui est le trait distinctif de l'oasis et en constitue le fonds principal. En d'autres termes, pour mûrir de la

datte, cet hydrate de carbone par excellence, il faut beaucoup de feu et beaucoup d'eau, et cela d'une façon pour ainsi dire permanente.

Et ces deux éléments se combinent avec l'humus dont le sol abonde, pour élaborer aussi le ferment tellurique et semer partout la fièvre. C'est au point, sans paradoxe, que plus une oasis est florissante et plus elle est malsaine.

Tout s'en mêle d'ailleurs. Les murs de clôture en bourbe pétrie et desséchée sont éventrés et croulent; la terre, sillonnée de rigoles et creusée de flaques, est défoncée en tous sens. Ce ne sont que monticules et fondrières, où foisonnent les détritus de végétaux et animaux exubérants et livrés à eux-mêmes.

Au milieu des oliviers qui abritent quelques cultures en blé, orge et maïs, c'est un peu moins primitif, mais c'est également hideux.

A de certaines heures il s'en élevait des buées tellement repoussantes que, rien que d'y penser, je m'y écœure encore.

Et ce n'est pas tout. Dans la ville, s'il est permis d'appliquer ce terme à cette localité, il n'y a pas, même aujourd'hui là où nous ne sommes pas obligés de passer, une surface grande comme la main qui soit propre.

Toutes les habitations sont en train de se démolir. Nous visitâmes celles qui avaient quelque apparence extérieure : c'était sale, c'était noir, c'était abominable. Chez les musulmans, on ne trouvait personne, ni serviteurs ni maîtres; ils avaient fui ou ils se cachaient et l'on s'y infectait sans encombre. Chez les fils d'Israël, dont les femmes aux pantalons courts et collants nous regardaient curieusement, les odeurs étaient beaucoup plus vives, s'y dégageant sans cesse.

L'air chaud, humide et confiné qui les entretient y explique la présence du scorpion dont une image grossière, accompagnée d'une inscription cabalistique, orne toutes les portes. C'est le moyen, paraît-il, de conjurer ses piqûres.

Il y avait par-ci par-là des fragments de colonnes romaines et, dans certains rez-de-chaussée, des métiers à tisser d'un style vraiment biblique.

Ces masures, dont la plupart sont en pisé, sont séparées par des ruelles et le plus souvent par des labyrinthes qui étaient en ce moment pleins d'une épaisse poussière, mélangée d'ordures de toutes sortes et de noyaux de dattes. Sur les parois qui les limitent et n'ont d'autres ouvertures que des portes basses et parfois de petites fenêtres grillées, s'étalent des traînées noirâtres, dessinées par les immondices qui s'échappent des terrasses. Car c'est là, sur les terrasses qui sont inclinées *ad hoc*, que s'exonèrent les ventres arabes, comme je l'ai constaté *de visu et naso*.

Par les longues chaleurs, cela se dessèche, s'émiette, se pulvérise et se dissémine au gré du vent dans l'atmosphère ambiante. Quand il pleut, cela se liquéfie et s'égoutte dans la rue. Les chiens et les poules se chargent préalablement d'une partie de la vidange. *Horresco referens!*

Et comment après cela ne pas comprendre la fréquence et la gravité des maladies infectieuses et des maladies aveuglantes qui accablent littéralement cette triste population? Au nombre de quelque trois à quatre mille habitants, ils se perpétuent cependant, hépatiques et chassieux. Il est vrai qu'à la faveur d'un pouvoir prolifique qui n'admet pas de bornes, ils naissent et renaissent comme des vers dans un cloaque.

III

Gafsa, comme toute agglomération fixe et relativement importante, possède une casbah où résident l'autorité et sa milice. Et en effet, quelques soldats beylicaux, commandés par un chef quelque peu impotent, y traînaient alors de piteuses culottes. Avant d'entrer dans les sables, on avait eu leur visite et ils avaient envoyé beaucoup d'eau dans des outres, la dernière station n'en ayant goutte.

Un chemin inégal, mal voûté et moisi, conduisait dans l'intérieur de cette casbah et l'on entrait dans un bouge suintant par tous les coins l'ignoble et le putride. Sur les murs, qui avaient des airs penchés à donner le frisson, on grimpait en s'accrochant et se heurtant. Tout y était vermoulu : les canons mêmes que des générations moins flasques y ont transportés jadis, y écrasent leurs étiques affûts et sont troués par la rouille.

A Gafsa, on remarquait aussi la maison du seigneur (Dar el bey), un sultan minuscule qui s'était éclipsé. Le commandement avait choisi sa demeure pour servir d'ambulance provisoire, — chez l'Arabe il faut toujours s'établir à côté, un peu loin, pour être le moins possible intoxiqué, — parce que c'était en pierres et parce que c'était grand avec une grande cour où, entre parenthèses, étaient deux palmiers qui ne finissaient pas de monter : ils avaient vingt mètres au minimum. C'était surtout parce que la façade principale baignait ses assises dans deux bassins pleins d'une eau si transparente que par trois mètres de hauteur le fond paraît être à la surface.

A l'un des angles de chacun de ces bassins, cloisonnés pour servir à un sexe différent, cette eau sort de terre à gros bouillons. Elle est simplement fade, elle marque 32 degrés thermométriques et, refroidie, elle est potable. Des murs très grossièrement construits avec des pierres romaines dont quelques-unes portent des inscriptions, servent d'enclos à ces piscines naturelles, où l'on descend par des pentes raides qui étaient autrefois des escaliers.

Et le courant s'engage immédiatement par une étroite issue sous des voûtes dont les flancs sont percés de niches et dont la base est rétrécie par un trottoir dallé. On s'y baignait assis et, quand j'y pénétrai, ce fut par un véritable casse-cou qui y mettait une lumière discrète et laissait voir dans l'eau claire des petits poissons si nombreux qu'on les prenait presque à la main.

Si cette œuvre antique était restaurée et aménagée suivant les us modernes, ce serait pour la garde de ce poste avancé d'une incontestable utilité, et ce serait même délicieux sous ce climat où il importe tant de favoriser les échanges moléculaires par l'enveloppe cutanée.

Le ruisseau coule ensuite entre des bords fangeux vers l'oasis qu'il abreuve et, sa tâche finie, il disparaît sous terre.

Et puis, amis lecteurs, pour qui les peintures orientales n'ont jamais été qu'embrasements célestes et superbes palmiers se groupant sur un fond artistement brossé, qui y voyez toujours de blancs burnous flottants, des caparaçons d'or, des tuniques brodées et des paires d'yeux brillant comme des escarboucles, vous vous demandez peut-être si je n'ai pas chargé à plaisir ma modeste palette de couleurs répugnantes.

Non, non, mille fois non! Quand on a vu et quand on a senti ces lieux dant la beauté n'existe qu'en imagination, on sait et l'on dit que le gourbi y est sordide, la tente puante et le sol misérable ou infect. Le marabout même y est une méchante bicoque. La vermine est partout.

Le dattier, qui n'a que son panache, le porte dans l'espace comme dans un refuge.

La femme y est décrépite à un âge encore tendre. L'enfance n'y grandit qu'à force d'y mourir. La femme y est efflanquée et l'homme lui-même, y compris le nomade, dix fois sélectionné, à tous les points de vue, y ressemble à la bête.

Seul le ciel est beau, trop beau!

Voilà la vérité, et la vérité vraie qui est comme l'amour : *Armata Venus quando nuda!*

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ET DES BEAUX-ARTS

Circulaire

relative aux épreuves écrites de l'examen du certificat d'études exigé des aspirants aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

— Paris, 15 février 1887. —

MONSIEUR LE RECTEUR, aux termes de l'article 2 du décret du 30 juillet 1886, les épreuves écrites de l'examen qui conduit au certificat d'études institué par ce décret sont : une composition

française et une version latine de la force de quatrième ; cette dernière épreuve peut être remplacée, au choix des candidats, par une version de langue vivante (anglais ou allemand), de la force de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Mon attention est appelée sur les candidats à ce certificat, élèves de l'enseignement secondaire spécial, qui, dans les Académies de Paris, Aix, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, ont pu régulièrement suivre le cours d'italien ou d'espagnol des lycées de ces Académies et que l'obligation de composer en anglais ou en allemand écarte de l'examen.

Afin de faciliter à cette catégorie de candidats l'obtention du certificat dont il s'agit, j'ai décidé que dans les Académies qui viennent d'être désignées, les candidats au certificat d'études exigé des aspirants aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui, à l'épreuve écrite, ne composeraient pas en latin, auraient la faculté de faire la version de langue vivante indifféremment sur l'anglais, l'allemand, l'italien ou l'espagnol.

Je vous prie de donner à ces instructions, qui complètent ma circulaire du 20 janvier dernier, toute la publicité nécessaire et d'en assurer l'exécution.

Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

BERTHELOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter les subventions suivantes en faveur des savants et des établissements scientifiques dont les noms suivent.

Ce sont :

Souscription pour l'INSTITUT PASTEUR. . . . . 1 000 fr.

M. VINOT : pour aider à la publication du journal d'astronomie *Le Ciel*. . . . . 120 —

Le R. P. LAMEY : pour l'achat d'un microscope destiné à l'étude des corpuscules terrestres et extra-terrestres ou cosmiques. . . . . 400 —

M. ŒCHSNER DE CONINCK : pour aider à la continuation de ses recherches sur les alcaloïdes de la série pyridique et sur les ptomaïnes. . . . . . 300 —

COMMISSION MÉTÉOROLOGIQUE DE L'HÉRAULT : pour l'acquisition d'appareils enregistreurs destinés à l'observation comparée des phénomènes atmosphériques au sommet de l'Aigoual et à Montpellier . . . . . . 500 —

M. CROVA : pour aider à la continuation de ses travaux sur l'actinométrie, 3000 fr. ; pour cette année (première annuité). . . . . 1 500 —

M. CAUSSE : pour aider à la continuation de ses recherches sur diverses questions de chimie organique (*Subvention de la ville de Montpellier*). . . . . 600 —

MM. PÉRON et GAUTHIER : pour aider à la publication de leur ouvrage sur les échinides de l'Algérie. . . . . 960 —

M. FOUQUÉ : pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches sur la vitesse de propagation des vibrations dans le sol, 2 000 fr. ; pour cette année première annuité (*Subvention B. Brunet*). . . . . . . 1 000 —

M. BAILLE : pour aider à ses recherches sur les caractères géographiques de la flore du Plateau central de la France. . . . . 400 —

MM. DARDIER et ZALLA : pour aider à recueillir des échantillons d'histoire naturelle dans une exploration du Cap, au Zambèze. . . . . 500 —

M. MAGNIN : pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux . . . . 500 —

M. CAZIN : pour l'achat d'un microscope. . . . . . 300 —

M. LATASTE : pour contribuer à la publication de ses recherches sur les mammifères de Barbarie. . . . . 300 fr.

M. R. DUBOIS : pour aider à la continuation de ses recherches sur la luminosité chez les êtres organisés. . . 200 —

M. DUTILLEUL : pour aider à la publication de ses recherches sur les hirudinées marines. . . . . . . 300 —

M. REGNAULT : pour aider à la continuation de ses fouilles dans les grottes de Gargas et d'Aubar (*Subvention de la ville de Paris*). . . . . 400 —

M. SIRODOT : pour aider à la publication de ses recherches paléontologiques au Mont-Dol . . . . . . 1 200 —

M. E. RIVIÈRE : pour aider à l'exploration du gisement de Moulin-Quinat. . . . . 300 —

M. FICATIER : pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques. . . . . 300 —

M. QUINQUAUD : pour aider à la continuation de ses travaux sur le sang. . . . . 500 —

MM. BLEICHER et BARTHÉLEMY : pour aider à la continuation de leurs fouilles d'archéologie préhistorique. . . 200 —

BOURSES DE SESSION. . . . . 600 —

— *Hospices d'Orléans.* — Un concours pour deux places d'interne à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, s'ouvrira le 11 mars 1887. — Pour les conditions du concours, s'adresser à M. Heurteau, secrétaire de la commission des hospices, à Orléans.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Gérard, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique.

— M. Lafforgue, élève du service de santé militaire attaché à l'hôpital militaire de Bordeaux, reçu docteur en médecine, est nommé médecin stagiaire à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martin (de Rochefort), Mestivier (de Brétigny) et Seguin (de Cézac).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'histologie, par H. FREY, professeur à l'Université de Zurich. Deuxième édition revue et augmentée, publiée sur la troisième édition allemande, par le docteur L. GAUTIER. 1 vol. in-18 de VIII-403 pages, avec 227 gravures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Savy.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par le docteur F. TERRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Deuxième fascicule : *Complications des lésions traumatiques, lésions inflammatoires.* 1 vol. gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Le premier fascicule paru : *Lésions traumatiques et leurs complications,* se vend 7 francs. — Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887. — Paris, F. Alcan.

Les procédés opératoires en histologie végétale. Guide pour les études de microchimie, par Louis OLIVIER, docteur ès sciences. In-8° de 44 pages. — Prix : 1 fr. 75. — Paris, F. Savy.

Le Mariage au point de vue de l'hérédité, par le docteur BATTESTI. 1 vol. in-18. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20758

N° 24. — JEUDI 24 FEVRIER 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 24 FÉVRIER 1887. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances du mardi gras ne sont jamais d'un grand intérêt à l'Académie de médecine. On prête trop peu d'attention à ce qui se dit à la tribune : on se forme en groupes dans la salle, et ce qui domine, c'est le bruit des conversations particulières.

Sur la demande de M. Brouardel, à l'occasion de nouvelles lettres envoyées de Naples et peu favorables à la méthode de M. Pasteur, l'Académie a décidé que le silence se ferait sur cette question jusqu'à nouvel ordre, et qu'il n'y aurait plus ni communication ni même présentation verbale d'aucune pièce s'y rapportant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Syphilis matrimoniale. Hystérie.

Dans la dernière séance, après vous avoir dit un mot des habitudes lesbiennes entre les femmes, devenant parfois assez puissantes pour leur faire refuser les actes maritaux, habitudes plus fréquentes dans le nord, dans la pudique Angleterre et surtout du côté de Saint-Pétersbourg, j'en étais resté à la sodomie conjugale, admise par l'ancienne jurisprudence, contrairement au droit romain, qui punissait de la peine de mort l'exercice de la pédérastie, partout où il le rencontrait.

M. Dupin est intervenu, dans ces questions de sodomie conjugale, par une distinction qui n'est subtile qu'en apparence, disant qu'à côté de la pudeur de la jeune fille il faut tenir compte de la pudeur de la femme mariée, et qu'on n'a pas plus le droit de violer celle-ci que celle-là. Dans les expertises de ce genre, une alternative difficile à résoudre est celle-ci : l'acte a-t-il été commis avec violence ou sans violence? Dans tous les cas, rappelez-vous que, lorsque la plainte est formulée longtemps après l'acte, il n'en reste presque jamais de traces.

La syphilis, communiquée dans le mariage, est une des raisons de divorce le plus souvent invoquées devant les tribunaux et où le médecin légiste se trouve le plus souvent embarrassé. C'est qu'en effet nous ne sommes jamais appelés au moment de l'apparition d'un chancre, mais souvent longtemps après, et alors comment découvrir le coupable? Quelquefois, comme le fait observer M. Ricord, ce sont les deux époux qui ont introduit à la fois la syphilis dans le ménage; quelquefois c'est celui qui l'a reçue de l'autre qui porte toutes les préventions d'antériorité.

Deux cas peuvent se présenter. Dans le premier cas, qui est rare, il y a de la part de la femme une simulation grossière de syphilide sur elle ou sur son enfant. On a vu des femmes obtenir des certificats de plusieurs médecins, constatant sur leur enfant la présence de syphilides quelquefois nettement circonscrites par la collerette de Biett, qu'elles avaient déterminées par des cautérisations au nitrate d'argent et des lavages au sel marin.

Dans le second cas, qui est de beaucoup le plus commun, la syphilis est entrée réellement dans le ménage, apportée par l'un des époux. Admettons que ce soit le mari le coupable : c'est souvent plus vrai et toujours plus poli. Ou bien, sachant qu'il avait la syphilis, il l'a cyniquement communiquée à sa femme. Ou bien, après avoir donné un coup de canif dans le contrat, il a *vu* sa femme pendant la période d'incubation, sans se douter de rien ; puis, dès l'apparition des premiers symptômes, il est venu faire des aveux complets à son médecin, désolé de ce qui est arrivé. Il lui a fait examiner sa femme sous un prétexte quelconque, et l'a supplié de la soigner sans lui dire quelle est sa maladie. Souvent, quand la femme est jeune et naïve, elle ne se préoccupe pas autrement et se prête, pendant des années, à un traitement anti-syphilitique sans rien soupçonner. C'est un mensonge auquel nous nous associons presque fatalement. Puis, tout d'un coup, la vérité éclate et la femme fait une demande en séparation.

Quel doit être le rôle du médecin traitant? Dans aucune circonstance, il ne doit révéler les secrets qui lui ont été confiés dans l'exercice de ses fonctions.

Dans certains cas, la question est pourtant très délicate. Une femme vient vous montrer une éruption spécifique, en accusant son mari de l'avoir infectée. La politesse, qui est également une règle médicale, exige que vous admettiez comme la vérité tout ce que cette femme vous dit. Mais vous ne savez pas si, elle aussi, n'a pas donné un coup de canif dans le contrat et si l'infection syphilitique ne vient pas d'elle.

En 1828, un docteur Fournier fut assigné devant la cour de Grenoble par une dame Rémusat, à l'effet de déposer s'il l'avait traitée de la syphilis et de rendre compte de tout ce qu'il savait à cet égard. Au nom du secret médical, il refusa de répondre. Mme Rémusat lui permet et le somme de parler. Il déclare qu'il n'appartient pas à Mme Rémusat de le relever du secret professionnel. Mais le tribunal lui ayant enjoint de déposer, il en appelle, et la cour de Grenoble rendit alors un jugement dont il ressort que, non seulement le docteur Fournier avait très bien fait de ne pas déposer parce que, en révélant les secrets de la femme, il pouvait compromettre ceux du mari, mais qu'il avait donné, en même temps, la mesure de son respect pour le secret médical et pour sa profession.

Nous avons donc par devers nous un jugement qui sanctionne la conduite à tenir dans ces circonstances. A ce point de vue, le rôle du médecin traitant est très simple.

Autrefois, une maladie incurable, comme la syphilis, communiquée dans le mariage, était toujours un fait injurieux à relever par un conjoint contre l'autre. Aujourd'hui la jurisprudence a changé. Mais encore faut-il tenir compte des circonstances concomitantes.

Un homme connu, député en 1852, s'était retiré, exilé, en Suisse, où il fut soigné par le docteur Martin-Magron, pour des accidents secondaires de la syphilis. Il avait alors vingt-sept ans. Huit ans après il se maria, assuré de sa guérison par plusieurs médecins. Or il a eu dix enfants. Les quatre premiers n'ont éprouvé aucun accident. Puis, pendant la grossesse du cinquième, la mère a eu un mal de gorge diagnostiqué alors diphthérie chronique, et l'enfant est mort de syphilis infantile, avec une gomme du foie. Le sixième enfant est mort aussi. Mais la mère ayant été guérie sous l'influence du traitement anti-syphilitique, les autres n'ont rien eu. Évidemment, au point de vue médico-légal, il n'y avait pas fait injurieux de la part du mari, puisqu'il ne s'était marié qu'avec *l'avis de la Faculté*, et qu'on a vu un grand nombre d'individus, ayant eu autrefois la syphilis, ne pas la donner à leur femme et à leurs enfants.

Au contraire, il y a quelques années, un homme épousa la nièce d'un grand pharmacien de Paris, lui apportant un chancre, une blennorrhagie et des *pediculi pubis*. La femme est morte syphilitique et tuberculeuse. L'enfant est mort avec un mal de Pott. Quant au mari, il vit encore, paraplégique et à peu près idiot. Certainement ici, si la femme avait réclamé, elle aurait obtenu une séparation.

Quelquefois la syphilis peut entrer dans le ménage en dehors de toute débauche. J'ai plusieurs exemples de médecins l'ayant contractée par le doigt ou par les amygdales ou en se servant pour eux-mêmes d'un abaisse-langue mal essuyé. Il est évident qu'il n'y a là rien d'injurieux pour leur femme.

En somme, il semble résulter de la jurisprudence actuelle en syphilis matrimoniale que, pour être coupable, l'individu qui est le foyer d'infection doit savoir qu'il a la syphilis. En sorte que vous devez surtout viser ce fait : l'individu atteint le premier savait-il qu'il était atteint? En général, il a agi d'une façon inconsciente. Or, pour qu'il y ait dissolution, il faut : 1° avoir contracté la syphilis par débauche; 2° l'avoir communiquée sciemment à sa femme.

C'est au bout d'un, quatre, cinq ans, qu'on pense à déposer une plainte. Et alors les uns entrent dans votre cabinet en disant : « Docteur, je viens vous demander de constater *que j'ai* la syphilis. » Ce sont les femmes. Les autres : « Docteur, je viens vous demander de constater *que je n'ai pas* la syphilis. » Ce sont les hommes. Votre réponse doit être la même dans les deux cas : « Je ne donne jamais de certificat constatant ces choses-là. » Pourtant il y en a un que vous pouvez donner ; il n'est pas compromettant : « Aujourd'hui, telle date, M. un tel m'a demandé de constater. . . . . ; je puis certifier qu'aujourd'hui il ne présente pas de manifestations syphilitiques, mais cela ne prouve pas qu'antérieurement. . . . . » On vous remerciera, on mettra le certificat dans la poche, et vous n'en entendrez jamais parler.

Les accidents de la période primaire, secondaire ou tertiaire n'indiquent rien au point de vue de la date de l'invasion. M. Bazin a fait faire par un de ses élèves une thèse sur les syphilides malignes précoces, où l'on voit des individus arriver en six mois à la période tertiaire, tandis que d'autres restent pendant des années à la période secondaire. M. Fournier rapporte le fait d'un homme qui, ayant eu la syphilis à vingt-deux ans, se marie à vingt-cinq, a des enfants et des petits-enfants, tous bien portants, et qui, à *soixante-quatorze ans*, a une gomme de la cuisse, accident tertiaire. Nous ne pouvons donc pas comparer, en règle générale, l'évolution de la syphilis chez l'un avec l'évolution de la syphilis chez un autre.

Vous savez qu'une des conséquences de cette maladie, pour la femme, réside dans l'impossibilité de mener à bonne fin une grossesse. Eh bien ! l'instant où auront commencé les avortements pourra vous faire connaître approximativement la date, mais non l'auteur de l'infection.

Vous rencontrerez des cas particuliers très ennuyeux et embarrassants. Un capitaine d'infanterie était devenu subitement paraplégique, en se couchant sur l'herbe pendant les grandes manœuvres. Après avoir cherché en vain des antécédents, je le soumets à un traitement anti-syphilitique, et, en six semaines, sa paralysie disparaît. Mais il me dit un jour : « Regardez donc ma femme, elle nourrit son enfant et elle a une drôle d'éruption. » Je constatai non seulement une drôle d'éruption, mais une plaque muqueuse à la lèvre inférieure. L'enfant n'avait rien. Or, dans ce ménage, quel était celui qui avait introduit la syphilis? D'un côté, le mari pouvait avoir eu une syphilis antérieure ; d'un autre côté, la femme pouvait l'avoir contractée dans les rapports du monde, même en dehors de tout acte extra-conjugal, par un embrassement suspect.

Quant à la blennorrhagie, la même question peut se poser : Qu'est-ce qui l'a eue le premier? Il est à peu près impossible de répondre. D'ailleurs, à tous égards, tant que nous ne serons pas plus fixés sur la valeur des gonococcus et autres microbes, nous serons extrêmement embarrassés au sujet de cette affection.

Vous ferez donc bien de mettre de votre côté, dans ces diverses questions, toute la prudence et la réserve possibles.

Je veux maintenant vous parler de l'hystérie, non pas qu'on puisse la faire intervenir en tant que maladie comme action en divorce, mais parce qu'elle suscite dans le ménage tant de difficultés, tant d'événements bizarres, qu'elle finit par rendre la vie commune impossible.

Il existe dans le monde un préjugé au sujet des hystériques : c'est qu'elles sont toutes atteintes d'une certaine lubricité. Il y a là une erreur complète. Sans doute, on trouve des nymphomanes parmi les hystériques, mais en grande minorité, et j'ai remarqué, au contraire, que les femmes hystériques sont plutôt frigides et ne connaissent guère les plaisirs génitaux.

Ce préjugé remonte à Platon, qui avait dit : « La matrice est un animal qui veut à toute force concevoir et qui entre en fureur s'il ne conçoit pas. » Ne manquez donc pas, dans vos rapports, d'établir cette anesthésie sexuelle, en précisant : « Nous entendons par hystérie une maladie nerveuse qui n'a rien à voir avec les appétits génésiques. » Je vous engage à aller entendre une plaidoirie en séparation de corps. C'est toujours très amusant, parce que l'avocat entre dans les détails les plus intimes et parfois les moins relevés de la vie conjugale et conclut en disant : « Ce sont des manifestations de sa maladie ; elle est hystérique! »

Qu'est-ce donc que l'hystérie? La réalité n'est pas beaucoup plus gaie que le préjugé. La femme hystérique est vive, intelligente, très intéressante par sa conversation, où elle a le talent de passer rapidement d'un sujet à un autre avec une facilité et une aisance extrêmes ; elle tient par-dessus tout à plaire, en dehors de toute idée de coquetterie ; elle cajole son interlocuteur ; il faut qu'on s'occupe d'elle. C'est en un mot une femme très séduisante.

Mais quand un malheureux s'est laissé attirer par cette charmeuse et s'est uni à elle dans le mariage, le tableau change bientôt à ses yeux. Le besoin de se faire remarquer s'accentue chez sa femme dans les formes les plus scabreuses. Sa conversation ne se contente plus d'être agréable, elle devient très épicée, et le désir impérieux qu'on s'occupe d'elle la pousse à des actes absolument irréguliers. *Elle se compromet.*

Les conséquences sont plus terribles encore dans son caractère et dans son intelligence. Elle est essentiellement menteuse, et c'est là le vrai critérium de la femme hystérique. On en a vu tenir en échec, pendant de longues années, les tribunaux, les médecins, leur famille, sur un échafaudage de mensonges, emboîtés avec un art inouï les uns dans les autres.

Et ce talent n'appartient pas seulement aux adultes. Sous l'empire, en 1855-1856, une enfant de quatorze ans, à peine réglée, qui allait en pension, disparut sans qu'on pût savoir ce qu'elle était devenue. Elle rentre au bout de huit jours, se jette en larmes dans les bras de ses parents et leur raconte qu'elle a été victime d'un enlèvement. Au sortir de la pension, elle avait été prise et emmenée dans un équipage superbe, elle ne sait par quelles rues, car les stores étaient baissés, et conduite dans une petite villa. Elle fait la description la plus minutieuse de la livrée des domestiques. Au bout d'un jour ou deux un monsieur est venu, dont elle fait le portrait ; il y a eu un dîner fin dont elle donne le menu détaillé, et après ce dîner. . . . . Enfin elle avait réussi à s'échapper.

D'après ses récits, il n'y avait pas à s'y tromper, le Don Juan était le duc de Morny. A cette époque, le duc de Morny était tout-puissant ; pourtant la préfecture de police commençait à prendre l'éveil, lorsque M. Lasègue, après plusieurs médecins qui avaient accepté les dires de l'enfant, objecta : « Si nous regardions si elle est vierge? » Et elle était vierge. Sur ces entrefaites, une dame vint un jour chez les parents et dit : « Comment va donc ma petite amie? » — « Quelle petite amie? » — « Eh! bien, l'amie de pension de ma fille, qui est venue passer une semaine chez moi. » Vous voyez que, quand certaines femmes veulent se donner la peine de mentir, elles y réussissent.

Un autre exemple remarquable est celui auquel se rattache le nom de La Roncière Le Noury, qui, étant élève à Saumur, fut accusé faussement par la fille du général de s'être introduit chez elle pendant la nuit : il avait soulevé l'espagnolette des volets, avait cassé un carreau qui se trouvait cassé effectivement, etc. Par une fatalité où il a d'ailleurs montré beaucoup de caractère, les circonstances ont tourné contre lui ; il se trouvait précisément absent de l'École cette nuit-là, et il a dû faire dix ans de travaux forcés. Le père de cette jeune fille ayant été ensuite envoyé à Paris, à chaque instant elle mettait la police en mouvement : étant en voiture, la main sur la portière, elle avait reçu un coup de canne sur la main ; on avait pénétré chez elle, etc. Depuis lors elle s'est mariée et est devenue l'une des clientes les plus assidues de M. Charcot ; c'est aujourd'hui une grande hystérique.

Les sentiments affectifs sont absolument anéantis chez les hystériques, et Legrand du Saulle rapporte des exemples de femmes ayant empoisonné leurs enfants et leur mari. Une affaire, qui a passionné nos pères à un degré qu'on n'imagine pas, est l'affaire Lafarge. Cette femme, qui vivait isolée avec un homme d'une autre intelligence et d'une autre éducation qu'elle, avait fini par s'en débarrasser, et elle a trompé ensuite ses avocats avec une telle habileté que ceux qui l'ont défendue, forts de cette éloquence que donne la bonne foi, en sont tous restés célèbres.

Je vous ai dit que les deux premiers caractères des hystériques étaient le mensonge et la nécessité d'avoir un public. Ce sont des comédiennes et il leur faut un public, serait-ce le public des assises! Une jeune femme, rentrant du bal avec son mari, va au berceau de son enfant, ne l'y trouve pas, montre à son mari la lampe renversée et enfin découvre l'enfant la tête la première dans la fontaine. Rien n'avait été volé. Or cette femme, en soirée dans une maison située deux portes après la sienne, était sortie un instant, prétextant un pressant besoin.

Ma conviction profonde était qu'elle avait tué son enfant, et j'avais dit au juge d'instruction : « Elle sera dévorée de l'envie de paraître en cour d'assises. » Ma prédiction s'est réalisée. L'affaire ayant été classée, cette femme venait constamment trouver le juge d'instruction en lui disant : « Mais, puisque vous ne poursuivez personne, c'est donc moi qui suis la coupable. . . . . alors, poursuivez-moi! »

Une jeune fille de bonne famille racontait qu'elle avait été obligée, pour se débarrasser d'un monsieur, aux environs de Bougival, de lui donner un coup de couteau, — et elle montrait le couteau sanglant, — et de le précipiter dans la Seine. Toutes les recherches étant restées infructueuses pour retrouver le cadavre, elle finit par avouer que son récit était un conte.

Une autre disait avoir été l'objet d'une attaque en wagon et présentait, en effet, une toute petite plaie au-dessous de la mamelle gauche. Chargé de l'enquête, j'étais très défiant à cause de la mine de la victime, lorsque je découvris que le couteau abandonné par l'assassin, et qui n'offrait aucun nom de marchand, avait été vendu un mois avant, à la victime elle-même, *au Coq-Hardi,* rue Dauphine.

L'hystérie dans le ménage suit toujours à peu près la même évolution. A peine mariée depuis quelques semaines, la jeune femme se plaint d'être *incomprise* (*sic*), et de n'avoir pas trouvé celui sur lequel elle était appelée à verser les trésors d'amour dont déborde son âme.

Après des scènes de tendresse conjugale vraiment charmantes, dont elles vous font volontiers témoins, il n'est bientôt rien qu'elles ne mettent en œuvre dans la maison pour être désagréables à leur mari.

De là des querelles perpétuelles où le mari finit par perdre patience. La femme s'empresse alors de porter plainte devant les tribunaux de sa violence et de sa brutalité, et c'est contre cet infortuné qu'est prononcée la séparation.

LABORATOIRE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

Note sur la présence de parasites :

1° DANS LES TUMEURS FIBREUSES (MYOMES) UTÉRINES ; 2° DANS LE LIQUIDE DES KYSTES OVARIENS ET SUR LEUR RÔLE PATHOGÉNIQUE PROBABLE.

Par MM. V. GALIPPE et L. LANDOUZY.

Deux corps fibreux utérins (myomes) enlevés, l'un sur une femme de la Salpêtrière, l'autre sur une femme de la clientèle de l'un de nous, par la galvano-caustique, dans des conditions d'antiseptie rigoureuse, ont été soigneusement stérilisés à la surface et sectionnés avec un couteau aseptique. Des fragments pris au centre même des tumeurs ont été ensemencés dans des liquides divers de culture mis à l'étuve : bouillon ordinaire, bouillon sucré et peptonisé, bouillon peptonisé et neutralisé, salive humaine sucrée et peptonisée, salive humaine sucrée, peptonisée et neutralisée.

Au bout de quarante-huit heures, quelques tubes étaient déjà troublés et, après trois jours de séjour à l'étuve, tous ces bouillons ensemencés s'étaient montrés fertiles. L'examen qui en a été fait a montré, dans les deux séries d'expériences, des microbes que nous avons dessinés et dont les caractères morphologiques sont les suivants : microcoques sphériques réunis deux à deux en amas volumineux ou en longs chapelets; micro-organismes plus rares, beaucoup plus petits et formant des chapelets ; enfin, des bâtonnets, soit isolés, soit réunis deux par deux et formant de longs filaments.

Dans les deux tumeurs, les micro-organismes recueillis ont montré les mêmes formes et se sont comportés de la même façon vis-à-vis des réactifs colorants.

Ensemencés dans des tubes de bouillon gélatinisé, ils se sont reproduits.

Les bouillons ensemencés directement avec la tumeur ont servi à ensemencer de nouveaux bouillons qui, devenus à leur tour fertiles, ont montré les mêmes micro-organismes.

Il y a dans notre observation un double intérêt :

1° L'exposition d'un fait biologique ;

2° La constatation de la pathogénie probable des fibro-myomes, les tumeurs utérines nous apparaissant comme la résultante d'une irritation proliférative provoquée par une épine parasitaire.

Notre observation n'est pas, du reste, le fait d'une constatation fortuite : nous étions incités à ces recherches par des visées doctrinales et des notions d'anatomie pathologique générale.

Nous pensions que les tumeurs, quelles qu'elles soient, les moins suspectées parasitaires, les myomes par exemple, aussi bien que les tumeurs aujourd'hui reconnues d'origine parasitaire (kystes hydatiques, actinomycose, trichinose, tumeurs ladriques, etc., etc.) ne pouvaient, à bien regarder les choses, provenir que de la prolifération des tissus faite de l'irritation provoquée et entretenue par l'apport d'un élément étranger, inerte ou vivant, ayant pénétré de vive force, par effraction, ou ayant cheminé au travers des voies lymphatiques : vaisseaux, lacunes ou interstices cellulaires.

Nous ne doutons pas que des recherches semblables aux nôtres et faites sur des myomes aussi bien que sur des exostoses, sur des névromes, sur des chondromes, etc., etc., ne donnent la clef du développement de ces tumeurs en fournissant la preuve de l'incitation de tissus hyperplasiés par un parasite disséminé ou congloméré.

Cette conception pathogénique des tumeurs nous paraît de mise pour la généralité des tumeurs, qu'elles soient solides ou liquides.

Au reste, cette opinion que nous émettons aujourd'hui de l'origine parasitaire des fibro-myomes utérins, nous pouvons l'étayer d'analogies multiples. L'un de nous n'a-t-il pas récemment montré, avec notre collègue M. Malassez, le rôle joué par les parasites buccaux dans la genèse et le développement des kystes radiculo-dentaires? Ces recherches prouvent que les parasites, envahissant la dent à la faveur d'une carie, pénètrent le canal dentaire en suivant le faisceau vasculo-nerveux et, se répandant autour du sommet de la racine, arrivent au contact des masses épithéliales paradentaires dont ils provoquent la prolifération. Celle-ci aboutit à la formation de ces kystes bien connus sous le nom de kystes radiculo-dentaires.

L'un de nous n'a-t-il pas antérieurement fourni la même interprétation pathogénique des calculs en général, quand il nous a fait connaître ses recherches sur les calculs biliaires, vésicaux, rénaux et salivaires au sein desquels il a démontré la présence de microbes avec lesquels il a pu fertiliser des bouillons de culture?

Au reste, ce n'est pas seulement de la genèse parasitaire des fibro-myomes utérins, des kystes radiculo-dentaires que nous apportons la preuve ; nous démontrons encore la présence de microbes dans le liquide des kystes de l'ovaire. Déjà M. Malassez, dans son remarquable travail sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires, avait montré qu'ils présentaient une étroite analogie avec les kystes de l'ovaire.

Sur deux kystes ovariens, enlevés l'un sur une femme du service de notre ami M. Terrillon, l'autre sur une femme du service de l'un de nous à l'hôpital Tenon, nous venons de démontrer la présence de microbes. Les parasites ont été par nous trouvés dans le liquide de ces kystes enlevés et étudiés dans des conditions d'aseptie assez rigoureuse pour que nous puissions affirmer que les microbes contenus dans le liquide des kystes avaient préexisté à la formation kystique. Les microbes en question, introduits par les voies vaginale ou lymphatique, acheminés jusqu'au contact de l'épithélium ovarien, auraient provoqué sa réaction et sa prolifération, d'où la formation de ces kystes ovariens ou paraovariens dont la morphologie a été minutieusement étudiée par nos collègues MM. Malassez et de Sinety.

L'un de ces kystes était uniloculaire et ne datait pas de plus de deux années. Au bout de quarante-huit heures, les tubes ensemencés s'étaient montrés fertiles. Les microbes témoignaient une vitalité considérable.

Dans la seconde expérience, le kyste datait de cinq années environ et il était multiloculaire ; il y avait une grande et une petite poche, cette dernière de formation plus récente. Le liquide de la grande cavité était d'une coloration grisâtre et renfermait une quantité considérable de cristaux de cholestérine. Celui qui avait été extrait de la petite poche était jaune citrin, assez transparent et ne renfermait

pas de cristaux de cholestérine. L'examen direct de ces liquides, colorés par les méthodes ordinaires, n'avait pas permis d'y découvrir la présence de microbes. Ce n'est qu'après trois jours de séjour à l'étuve que les tubes ensemencés se sont troublés. Il est probable que dans les kystes très âgés ou dans ceux qui montrent de la tendance à la calcification, les microbes doivent présenter une moindre vitalité.

Du reste, cette conception de la pathogénie parasitaire des tumeurs, solides ou liquides, n'est, à tout prendre, qu'un fait de biologie générale : n'y a-t-il pas une identité absolue entre certaines tumeurs des végétaux dûment reconnues parasitaires et les tumeurs des animaux? Certaines des tumeurs portées par les végétaux, les galles notamment, ne sont-elles pas le résultat de la pénétration du tissu végétal par un parasite dont la puissance détermine un afflux considérable de sève qui amène l'hypertrophie des éléments cellulaires? D'autant plus que ces tumeurs végétales, auxquelles on donne le nom général de galles, ne sont pas provoquées seulement par la présence de parasites animaux; des parasites végétaux, certains champignons notamment, peuvent vivre sur des végétaux en donnant naissance, eux aussi, à de véritables galles auxquelles on réserve le nom de *mycocécidies*. Parmi les mieux connues de ces mycocécidies, nous pouvons citer celles de la mercuriale, du chou et du poirier. Nous rappellerons que la galle ou mycocécidie de la mercuriale, cette tumeur qui se développe sur ses feuilles, est due au *synchytrium*, champignon de la classe des comycètes, qui, pénétrant dans les cellules de la feuille, détermine l'hypertrophie de ces dernières.

Nous pourrions poursuivre cette étude de pathologie comparée qui ne laisserait pas que d'être aussi curieuse qu'instructive; nous nous bornons pour aujourd'hui à appeler l'attention sur la constatation de parasites au sein de tumeurs solides (myomes utérins) et de tumeurs liquides (kystes ovariens), en rapprochant de ces faits absolument nouveaux ceux que l'un de nous a déjà publiés, en collaboration avec M. Malassez, touchant la pathogénie des kystes radiculo-dentaires. Il y aurait lieu pourtant de s'étendre sur certaines considérations pathogéniques qui dans l'espèce paraissent avoir une importance majeure. Nous voulons parler de la promiscuité médiate et immédiate, normale et pathologique, qu'ont avec des cavités infestées de microbes (cavités buccale et vaginale) l'épithélium paradentaire, les fibres utérines et l'épithélium paraovarien. Cette promiscuité donnerait peut-être l'explication de ce fait mis en relief par les anatomo-pathologistes, à savoir : que, d'une part, les myomes utérins sont à eux seuls beaucoup plus communs que les myomes de tous les viscères réunis; que, d'autre part, les kystes radiculo-dentaires et les kystes ovariens sont plus communs que les kystes développés en tous autres parages. Il y a dans cette remarque de l'anatomie pathologique et de la clinique un enseignement bien fait pour appeler les réflexions et l'examen sur les considérations pathogéniques que nous voulions indiquer seulement aujourd'hui, nous réservant d'y revenir avec plus de développement.

La conclusion à retenir de nos recherches est que l'étiologie des tumeurs, animales et végétales, doit être cherchée dans la pénétration des tissus animaux et végétaux par des parasites macrobes ou microbes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Leudet, qui se porte candidat au titre de correspondant national (première division);

2° Une lettre de MM. de Renzi et Amorozo, le premier, professeur ordinaire de pathologie et de clinique médicale depuis plus de vingt ans, d'abord à l'Université de Gênes, puis à l'Université de Naples, et le second professeur agrégé à l'Université de Naples depuis dix ans.

Ces deux professeurs adressent à l'Académie une déclaration du président actuel de l'Académie de médecine et de chirurgie de Naples, relative notamment aux résultats négatifs que M. le professeur Cantani aurait déclaré en séance avoir obtenus dans ses expériences d'inoculation préventive de la rage sur les animaux et de l'adhésion qu'il aurait donnée aux conclusions de MM. de Renzi et Amorozo. De son côté, M. le directeur de l'École vétérinaire de Naples affirme dans une lettre, également transmise par M. de Renzi, que, depuis douze ans qu'il est à la tête de cette École, il n'a jamais rencontré à Naples un seul cas de rage véritable. Les chiens saisis comme suspects, trois ou quatre par an, n'étaient pas enragés.

M. Peter, qui s'était chargé de remettre ces lettres, les résume en les présentant à l'Académie.

M. Brouardel, à cette occasion, dit qu'à son avis ces présentations successives constituent des reprises à bâtons rompus de la discussion sur la rage. On ne peut ainsi traiter à fond la question, peser, comme il faudrait, chaque observation, et juger la manière dont les expériences ont été faites, leur portée.

Le mieux serait de déclarer close provisoirement cette discussion sur la rage, sauf à la reprendre plus tard avec tous les développements qu'elle comporte. En attendant, on cesserait d'admettre aucune présentation orale concernant la rage.

Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est adoptée.

RAPPORTS

Sur les abcès du foie. — M. Rochard, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Perrin, lit un rapport sur une observation communiquée par MM. Ferron, médecin-major de première classe et Coustan, médecin-major de deuxième classe.

Depuis six ans, M. Rochard a reçu plusieurs autres observations sur ce sujet, et la question lui paraît avoir fait un pas. Il croit opportun d'y revenir, parce que les abcès du foie sont devenus fréquents à Paris. Depuis les expéditions du Tonkin, de Madagascar, du Sénégal, et depuis les travaux entrepris pour le percement de l'isthme de Suez, dans le grand nombre des maladies exotiques, il se rencontre des abcès du foie terminés souvent par la mort, et qui auraient pu guérir si on les avait reconnus et opérés à temps.

Le malade de MM. Ferron et Coustan a été plus heureux. Opéré au moment où l'abcès menaçait de s'ouvrir dans la cavité pleurale, il a obtenu un soulagement immédiat et a guéri radicalement.

Un malade, dont le docteur Heurtaux de Nantes a envoyé l'observation à l'Académie en 1880, a guéri en dix-sept jours.

Le rapporteur cite d'autres exemples.

En somme, dit-il, la question est pour lui jugée. L'incision large avec les lavages antiseptiques, le drainage et la méthode de Lister, est le meilleur mode de traitement des abcès du foie, parce qu'elle débarrasse complètement le foyer des grumeaux solides, des lambeaux de tissu hépatique sphacelé, qui y séjournent lorsqu'on se sert du trocart, s'y putréfient et empoisonnent le malade. Il ne faut pas trop attendre pour agir, et lorsque la présence d'une collection purulente dans le foie est reconnue, que la santé générale s'altère rapidement, on peut, en toute sécurité de conscience, recourir à la méthode de Stromeyer Little.

DISCUSSION

M. TRÉLAT est absolument d'accord avec M. Rochard; mais il tient à lui dire que l'opération en question est journellement pratiquée dans les hôpitaux de Paris. Elle y est entrée dans la pratique usuelle. On sait aujourd'hui qu'on peut ouvrir les abcès du foie, qu'on peut les ouvrir en l'absence de toute adhérence, sauf à réunir en pareil cas les bords de la plaie hépatique aux bords de la plaie tégumentaire. Ce qui faisait surtout le danger de la ponction simple, c'est que cette ponction, n'étant pas aseptique, amenait la septicité du foyer et la mort rapide par septicémie.

M. ROCHARD est heureux de voir un chirurgien de l'autorité de M. Trélat approuver pleinement cette opération. Il rappelle l'avoir conseillée à une époque où elle était encore très peu en usage à Paris, et il émet l'espoir de voir les chirurgiens ne plus hésiter en cas pareil.

RAPPORTS

Concours du prix Gerdy. — M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur le concours du prix Gerdy. MM. Dumont et Lamarque sont nommés stagiaires aux eaux minérales pour quatre ans.

Sur un cas de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe. — M. MAURICE PERRIN rapproche de l'observation qui fait l'objet de ce rapport et qui a été présentée par M. Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, celles de MM. Richet, Polaillon et Demons. Il conclut de ces faits :

1° Que la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe est une excellente ressource dans le cas de luxation tibio-tarsienne irréductible;

2° Que dans l'exécution de cette résection il est avantageux de commencer par la section du peroné;

3° Que cette section doit être faite, pour diminuer le traumatisme opératoire, au niveau même du foyer de la fracture.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

LECTURE

Sur l'emprisonnement cellulaire. — M. DE PIETRA SANTA lit sur cette question un mémoire dont les conclusions sont les suivantes :

1° Le premier fait qui se dégage de l'étude attentive de la question de l'emprisonnement individuel, et les mémorables discussions qui ont eu lieu dans le Parlement en 1863 et 1875, c'est la nécessité d'examiner l'organisation et le fonctionnement du système cellulaire, tel qu'il se pratique en France, *in aere gallica*, comme aurait dit Lancisi, sans se préoccuper des exemples de l'étranger.

Indépendamment de ce qui est inhérent aux mœurs, au tempérament et au caractère national, il existe en Angleterre et en Belgique des institutions spéciales de surveillance, de patronage et de réglementation du travail, qui rendent possible et efficace à Pentonville et à Vilvarde, un mode de détention, qui ne fournit à Mazas et à la Santé que des résultats fâcheux (Dr Collineau, Émile Bouchut, Anatole de La Forge).

2° Pour appliquer l'emprisonnement cellulaire dans les conditions les plus favorables, il faut avant tout renoncer aux grandes prisons qui, comme Mazas et la Santé, renferment en moyenne plus de 1 000 prisonniers (M. Béranger, de la Drôme), sans compter les encombrements regrettables qui, comme le constate l'enquête officielle de 1884, se sont produits au cours de ces dernières années, en nécessitant le placement de deux prisonniers dans une même cellule.

3° Pour tout ce qui se rapporte à la direction d'une prison cellulaire et à l'intervention légitime du médecin hygiéniste, il est indispensable que le directeur comme le médecin conservent avec une responsabilité effective une certaine indépendance vis-à-vis des bureaux de la préfecture.

La constatation scientifique des cas de folie et de suicide ne sera possible que lorsque le médecin se trouvera en mesure de recueillir sur chaque prisonnier un dossier complet, comprenant des renseignements exacts, *avant, pendant et après* son incarcération.

4° Dans le système cellulaire plus encore que dans l'emprisonnement en commun, il importe de respecter sans cesse les catégories établies par le code pénal, relativement au sexe des détenus, à leur âge, à leur état de prévention ou de condamnation.

La maison de prévention ne doit recevoir sous aucun prétexte des condamnés, et la maison de correction, réservée aux courtes peines, doit pouvoir diriger sur les maisons centrales les condamnés à un an et un jour de prison.

5° La colonie agricole et le patronage sont le cortège absolument nécessaire et indispensable du régime cellulaire (Jules Favre).

6° Pour ce qui concerne le fonctionnement du régime lui-même, au point de vue de l'état sanitaire général, il faut assurer au prisonnier un plus long temps de promenade, une aération régulière de la cellule, une alimentation plus réparatrice.

7° La diminution de fréquence des aliénations mentales, des suicides et des tentatives de suicide, ne sera obtenue qu'en mettant réellement en pratique le programme jusqu'ici théorique formulé par le législateur, à savoir :

Visites multiples dans la cellule par le docteur, les aumôniers, le médecin, les gardiens, les contre-maîtres, les membres des comités de surveillance et des sociétés de patronage.

Travail effectif et rémunérateur remplaçant l'occupation intermittente et temporaire, dont seuls quelques détenus peuvent actuellement bénéficier. Le travail est la conséquence forcée du système d'isolement, c'est le correctif obligé de ce mode de détention (d'Haussonville, Béranger).

La lecture et l'exercice réel et sérieux du culte compléteront avantageusement cet ensemble de mesures, qui seules doivent maintenir l'intégrité des facultés intellectuelles du détenu et le conduire à la moralisation, l'objectif suprême de toute législation pénitentiaire véritablement sociale et humanitaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1887, les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoquées le jeudi 10 mars, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Béclard, décédé.

— Le congrès annuel des délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements, qui, depuis sa fondation jusqu'à ce jour, avait toujours eu lieu pendant la semaine de Pâques, se tiendra cette année, du mardi 31 mai 1887, midi et demi, au samedi 4 juin, à la Sorbonne.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, le 4 juin, à deux heures précises.

— M. le docteur Victor Audhoui, médecin des hôpitaux, reprendra ses leçons sur les eaux minérales naturelles et les stations thermales de France, le mercredi 9 mars 1887, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3. — Le cours sera complet en huit leçons.

De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement, par le docteur Polo. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20770

87

AVIS A MM. LES MÉDECINS

Le **QUINIUM ROY GRANULÉ**, formé de [e]xtrait aqueux de quinquina uni au quinium [e]xtrait alcoolique à la chaux), l'un contenant [la] partie tonique de l'écorce, l'autre tous les [a]lcaloïdes, représente exactement la **POUDRE DE [Q]UINQUINA CALISAYA**. Il lui équivaut poids [p]our poids, le sucre remplaçant les parties inu[ti]les. Il est soluble dans l'eau, le vin, les tisanes, etc. Phie Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et phies.

34

[A]doptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande [a]ssimilable par le RECTUM comme par la bouche.
En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *[u]ne cuillerée à café égale 45 grammes de viande.*
Et sous des formes agréables au goût :
VIN, SIROP, ÉLIXIR, CHOCOLAT.
[M]ÉDAILLES EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1885.
Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

54

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).
[P]URGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES
MM. les Médecins qui désireraient les expéri[m]enter en recevront gratis une boîte sur demande [a]dressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de [G]rammont, à Paris.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme [d]issous dans l'éther.
DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*
Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie** [d]e **médecine**, l'odeur de l'iodoforme est suppri[m]ée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact [i]rritant.
INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *[P]hthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **[A]ntisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, [d]iarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*
Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — [F]ormulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

39

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Ancnne Mon J. THOMAS et Cie.
A. TAILLANDIER
USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent : Bordeaux 1865, Havre 1868, [P]aris 1878.
Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement [p]ur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de [ci]nchonidine;* il a une composition toujours [c]onstante, soit :

QUININE	74.31
ACIDE SULFURIQUE MONOHYDRATÉ	11.24
EAU DE CRISTALLISATION	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** ré[po]ndant aux divers essais du Codex de 1884.
Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le [di]stingue des autres sulfates de Quinine. En le [p]rescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir [u]n produit pur et toujours constant.
DANS TOUTES LES PHARMACIES.

52

[É]LIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

24

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.
[A]pprouvées par l'Académie de médecine de Paris
Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **[l]eucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofu[l]euse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachi[ti]sme**, etc., etc.
N. B. — Exiger [t]oujours la signature [ci]-contre. Blancard
Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

97

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro« duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »
(Gaz. des Hôpitaux.)
« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » *(Un. Méd.)*
Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 / Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Bromure de Camphre pur
DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

23

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES DU Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.
Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.
Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Enrouement, Asthme, Fièvre :
TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.
Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :
SIROP D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ.
Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux, de Soude, de Fer, de Manganèse**, etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*
Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr CHURCHILL : **Swann**, pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

15

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.
Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.
Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.
50, boulevard de Strasbourg.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.
Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.
Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable
Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.
D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.
DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**
MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

52

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.
Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.
Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.
Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.
DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin**.

33

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.
Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.
Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.
Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.
Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN
C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.
Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.
Une instruction accompagne chaque flacon.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE
Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } **créosotées.**
Id. d'huile de foie de morue
Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.
4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.
L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . . *2 fr. 50*
Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

46

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. Rigollot

67

FER DE QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.
S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant*, il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.
Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.
NOMBREUSES IMITATIONS IMPURES :
Le *Vrai Fer* de *Quevenne* est **gris-ardoisé** le fer des *imitations* est **noir**.
Formuler :
le *Vrai Fer* de *Quevenne*.
PhieE.Genevoix, 14 r. B. Arts. Quevenne

N° 25. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 26 FÉVRIER 1887. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse.

L'influence du système nerveux sur l'appareil circulatoire n'est point à démontrer; elle est aussi manifeste en pathologie qu'en physiologie. Mais quelle est l'étendue et la portée de cette influence? Se borne-t-elle à la production de troubles fonctionnels — qui n'est douteuse pour personne? Ou peut-elle aller jusqu'à donner lieu à des lésions proprement dites, à des désordres mécaniques cardio-vasculaires? et quelles sont ces lésions? C'est ce que M. le docteur Ulrich Schnell s'est proposé d'examiner, dans sa thèse inaugurale, à l'aide de faits cliniques et d'expériences physiologiques.

M. Schnell a classé tous les faits et toutes les observations qu'il a pu trouver, sous les trois groupes suivants : 1° maladies du système nerveux central à lésions matérielles localisées dans le cerveau, dans le bulbe ou dans la moelle : modifications dynamiques des cellules nerveuses (émotions, névroses); 2° maladies du système nerveux périphérique; 3° lésions vasculaires d'origine nerveuse.

Maladies localisées dans le cerveau.

Dans le premier groupe, nous trouvons : la paralysie générale progressive, l'hémiatrophie cérébrale. Pour la paralysie générale progressive, sur 22 cas empruntés à un travail de M. le docteur Zohrab (thèse de 1885) des lésions organiques du cœur auraient été observées six fois : deux fois le rétrécissement aortique, trois fois l'hypertrophie du myocarde.

Une observation de Carrieu, où l'hémiatrophie cérébrale aurait produit une dilatation permanente du cœur, est récusée par M. Schnell pour ce motif que chez l'enfant, sujet de cette observation, des phénomènes fébriles et des douleurs articulaires antérieures aux accidents cardiaques pouvaient faire admettre une endocardite rhumatismale.

Maladies bulbaires.

Les troubles fonctionnels du cœur ont été signalés dans l'évolution de la paralysie glosso-labio-laryngée, notamment par Duchenne (de Boulogne), par M. Hallopeau, dans sa thèse d'agrégation sur les paralysies bulbaires, par Raynaud, par M. Arnozan, par MM. Duval, Raymond et Déjerine. De l'analyse de trois observations rapportées par ces derniers, où a été constatée l'existence d'une désorganisation graisseuse du myocarde, M. Schnell tire cette conclusion : que la paralysie glosso-labio-laryngée s'accompagnant de bonne heure d'un amaigrissement rapide et d'une cachexie organique, il n'y a rien d'anomal à ce que le cœur offre des signes de dénutrition. Dans deux observations de compression bulbaire dues, l'une à Ollivier (d'Angers), l'autre à Halberton, on a constaté une dilatation du cœur qui pouvait, avec certaine apparence de raison, être attribuée à cette compression. Il en est de même d'une observation de Semmola, où il est question d'ataxie paralytique du cœur de cause bulbaire.

Lésions médullaires.

Pour les lésions médullaires, on trouve deux cas de compression médullaire rapportés, l'un par M. le docteur Teissier fils (de Lyon), et l'autre par M. le docteur Bonnetblanc, où cette compression aurait amené une altération nutritive du cœur. Mais, dans l'un de ces cas, un érysipèle, dans l'autre, une chorée antécédente, douleurs et gonflement des articulations ayant pu apporter leur contingent d'influence, obscurcissent le rapport possible de la compression avec la lésion cardiaque.

Le ramollissement médullaire figure pour quatre cas avec lésion consécutive du cœur (hypertrophie dans trois de ces cas, endocardite végétante dans l'autre). Les trois premiers relevés par Huguier, Ollivier (d'Angers), et Serres, par conséquent avant la connaissance du rhumatisme cardiaque, laissent du doute sur le rapport en question. Quant au quatrième, rapporté par M. Bouchut, le petit malade atteint de mal de Pott, qui en est le sujet, ayant eu des douleurs articulaires avant le développement de cette affection, il reste également une place au doute.

Dans un fait d'atrophie musculaire progressive avec insuffisance mitrale, rapporté par M. le docteur Zohrab, des antécédents de rhumatisme s'imposent comme cause probable de l'affection cardiaque.

Le même auteur, sur 24 cas de méningo-myélite transverse, a vu trois fois des lésions organiques du cœur. Mais, parmi les antécédents, se trouvent le rhumatisme ou la syphilis. Dans un cas de tabes spasmodique, il a constaté un rétrécissement aortique; le malade avait souffert antérieu-

rement de rhumatisme. Enfin, sur 15 cas de sclérose en plaques, il a noté trois fois des lésions organiques du cœur ; dans deux de ces cas, sont intervenus, comme facteurs étiologiques possibles, la fièvre typhoïde et l'alcoolisme.

L'ataxie locomotrice a été tout particulièrement accusée de produire des cardiopathies. Ici il nous faudrait citer un grand nombre d'auteurs, et analyser une longue étude critique de la question : savoir quelle est la relation que l'on peut établir entre l'ataxie locomotrice et les altérations diverses du cœur qui ont été constatées. Nous nous bornerons à reproduire la conclusion générale suivante qu'en a tirée M. Schnell.

« Toutes les cardiopathies observées jusqu'ici chez les ataxiques se rattachent aux facteurs étiologiques vulgaires des maladies du cœur (rhumatisme, artério-sclérose, syphilis, etc., etc.). L'ataxie locomotrice n'a toujours été qu'une maladie coïncidente. »

Modifications dynamiques des cellules nerveuses.

Dans le groupe des modifications dynamiques des cellules nerveuses, émotions, névroses, nous allons nous trouver en présence d'assertions et de probabilités, beaucoup plus que de faits certains et démontrés. Les défenseurs des altérations cardiaques d'origine émotive peuvent invoquer, en faveur de leur opinion, l'ordre d'enchaînement suivant des phénomènes : 1° troubles psychiques ; 2° palpitations ; 3° dilatations ou hypertrophie du cœur. Mais aucun fait absolument probant ne démontre la réalité de cette influence.

M. Schnell arrive à une conclusion dubitative analogue pour les névroses.

En résumé, voici les conclusions que M. Schnell tire de l'étude des cardiopathies par maladies du système nerveux central.

Les observations démonstratives de la relation qui peut exister entre les affections nerveuses centrales et les lésions cardiaques sont peu nombreuses. M. Schnell n'a trouvé, pour le premier groupe, qu'une seule observation relative à un cas de paralysie bulbaire ; l'observation de M. Raynaud, celles d'Ollivier (d'Angers), et d'Halberton, ayant trait à la compression bulbaire ; le fait de Semmola relatif à un cas d'ataxie paralytique du cœur par cause bulbaire, et le cas de compression médullaire de M. Teissier ; les observations relatives aux émotions (de Beau, de Bernheim, de Laplane), celle de goître exophthalmique (de Lescaux) et de lypémanie (de Auvailler). Encore ces dernières ne sont-elles admises qu'avec les restrictions suivantes : savoir que des trois termes qui représentent l'enchaînement des faits : troubles matériels ou dynamiques des cellules nerveuses, palpitations, lésions nutritives du muscle cardiaque (hypertrophie ou dilatation), la relation de cause à effet n'est démontrée qu'entre le premier et le deuxième terme, les troubles nerveux et les palpitations, la relation entre les palpitations et les lésions nutritives du cœur restant encore incertaine.

Ajoutons, toutefois, qu'à l'aide d'une judicieuse analyse concordante de faits pathologiques et de faits physiologiques, et grâce à la distinction établie entre deux variétés de palpitations, les unes ne s'accompagnant pas d'une augmentation du travail cardiaque et ne consistant qu'en mouvements fréquents avec pression artérielle, basse (telles que celles de la chlorose, de l'anémie, de l'hystérie) ; les autres s'accompagnant, au contraire, d'une élévation du travail cardiaque, avec haute pression artérielle, la question se trouve résolue dans le sens affirmatif.

Maladies du système nerveux périphérique.

Nous arrivons au deuxième groupe, comprenant les maladies du système nerveux périphérique.

Le pneumogastrique, le sympathique cervical, le plexus cardiaque, les nerfs viscéraux, les nerfs rachidiens lésés ou altérés dans leurs fonctions sont-ils susceptibles d'entraîner des lésions cardiaques ? Telle était la deuxième question à examiner. L'étude analytique des relations qui existent entre les altérations de ces nerfs et les lésions du cœur, n'a permis que la seule conclusion suivante :

Les névralgies du membre supérieur gauche peuvent sûrement engendrer des lésions nutritives du myocarde.

Lésions vasculaires.

En ce qui concerne le troisième groupe, les lésions vasculaires d'origine nerveuse, M. Schnell, après examen du très petit nombre de documents qu'il a pu consulter, déclare qu'il se croit obligé à une grande réserve touchant l'influence des altérations nerveuses sur la nutrition des parois vasculaires, cette influence étant certainement possible, mais aucune observation clinique ou anatomo-pathologique ne l'ayant mise jusqu'ici hors de doute.

En effet, de l'appel qu'il a fait à l'étude physiologique expérimentale de la question, comme moyen de vérification et de complément des faits cliniques et anatomo-pathologiques, M. Schnell est arrivé à cette conclusion :

1° Pour le cœur. — La double section des nerfs vagues, pratiquée chez des pigeons, a déterminé le plus souvent la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur. Cette dégénérescence, suivant lui, serait due à l'action simultanée de plusieurs facteurs morbides : inanition et troubles de la respiration et du cœur, nécessitant une suractivité du myocarde. Cette myocardite pourrait donc être rapprochée de la myocardite par surmènement du cœur étudiée chez l'homme.

2° Pour les vaisseaux. — Les sections portant sur la portion du sympathique thoracique, qui s'étend du deuxième espace intercostal jusqu'au huitième, faites soit d'un côté, soit des deux côtés simultanément, n'ont déterminé aucune lésion de l'aorte thoracique.

M. Schnell se garde bien de considérer les résultats négatifs de ses expériences comme infirmant celles des expérimentateurs qui ont pu obtenir des lésions vasculaires par des procédés analogues. Il en déduit seulement, vu le petit nombre des unes et des autres, la nécessité de les reprendre et de les contrôler.

En résumé, les principales conclusions à tirer de cet intéressant travail sont celles-ci :

Les cardiopathies engendrées par les maladies du système nerveux central sont en petit nombre.

Toutes les cardiopathies observées jusqu'ici chez les tabétiques se rattachent aux facteurs étiologiques communs des maladies du cœur, l'ataxie et la cardiopathie étant coïncidentes.

Les troubles du système nerveux central, responsables de cardiopathies, sont : la paralysie bulbaire, la compression bulbaire, la compression médullaire, les émotions, le goître exophthalmique, la lypémanie.

Le développement de ces cardiopathies dépend de l'augmentation de travail du cœur.

Entéroptose et neurasthénie.

Tel est le titre d'un mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Glénard (de Lyon) et qui a été le sujet d'un savant rapport de M. Féréol. C'est à ce rapport que nous allons emprunter les éléments de l'analyse de cet intéressant travail.

Et d'abord qu'est-ce que l'entéroptose? Ceci demande quelques explications.

En poursuivant des études antérieures sur la dyspepsie ou plutôt les dyspepsies, « excité par les difficultés de la clinique, inspiré par l'analyse raisonnée, les symptômes qu'il observait chez les malades », pour nous servir des expressions mêmes du rapporteur, « M. Glénard a eu l'heureuse idée de faire une étude nouvelle des conditions anatomiques du tube digestif, au point de vue de ses attaches, de ses modes de suspension, de ses rapports avec les viscères splanchniques et de l'influence que pouvaient avoir sur la digestion et sur la santé générale les troubles survenus dans l'état normal de cet organe. »

Cette étude lui a appris qu'il y a dans toute l'étendue du tube digestif six points au niveau desquels ce tube forme un coude qui est susceptible, à un moment donné, de se plier sous un angle aigu et de causer ainsi un obstacle à la progression des ingesta. Ces six points suspensifs déterminent six grandes divisions dont chacune peut former un bas-fond, un cul-de-sac où s'accumulent ces ingesta. Ces divisions sont : l'estomac, le duodénum, l'anse iléo-colique, comprenant l'intestin grêle, le cœcum et le côlon ascendant, l'anse colique transverse, qui se divise en deux parties, l'une droite et l'autre gauche, par la présence d'un ligament qui relie le côlon transverse à l'estomac, l'anse côlo-sigmoïdale ou côlon descendant.

Le plus important de ces six points suspensifs du tube digestif, le véritable ligament suspenseur de l'intestin grêle, est un faisceau fibreux né du grand trousseau prévertébral qui accompagne l'artère mésentérique supérieure, passe au-devant du duodénum dont il détermine la limite inférieure et qu'il écrase en quelque sorte de tout le poids du paquet jéjuno-iléal, surtout si la paroi abdominale qui, dans l'état normal, soutient le paquet intestinal, vient à être relâchée et tombante; auquel cas l'intestin tombant avec elle tire sur son ligament supérieur. De là un obstacle possible au passage des matériaux de la digestion qui, pour passer du duodénum dans le jéjunum, ont à soulever un poids considérable. Cette disposition donne la clef de certains faits cliniques, tels que celui qn'a communiqué M. Legroux à la Société médicale des hôpitaux en 1885 (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 988) et les faits assez nombreux et jusque-là mal expliqués de pseudo-étranglement intestinal entraînant la mort.

Le côlon transverse, à lui tout seul, a trois points suspenseurs, un à chaque extrémité, un autre au milieu. Celui de l'extrémité droite, étant très lâchement relié à la dixième côte droite et au foie, laisse souvent cette portion du côlon transverse s'abaisser quelquefois jusque dans le voisinage du pubis. On conçoit quelle gêne il en peut résulter pour la progression des matières intestinales...

M. Glénard attache également une grande importance au ligament pylori-colique qui relie l'estomac au transverse; d'où l'abaissement de l'estomac, la gastroptose, dans certains cas, qu'elle soit due à ce ligament ou à des adhérences du grand épiploon.

Nous arrivons maintenant au point délicat de la question, l'application à la pathologie de ces données anatomo-physiologiques.

Se trouvant, par suite de sa position de médecin à Vichy, sans cesse en lutte avec la dyspepsie ou avec ce genre de maladies que M. Bouchard a groupées sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition et que beaucoup désignent encore par le mot névropathie, M. Glénard a cherché s'il n'était pas possible de remonter, dans quelques-uns au moins de ces cas, à une lésion anatomo-pathologique, susceptible de rendre compte de la pathogénie de ces affections, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Appliquant sur le malade les études anatomo-physiologiques que nous venons de résumer, il a cru reconnaître que bon nombre de ces états morbides complexes qu'on désigne sous les noms de neurasthénie, nervosisme, dyspepsie intestinale, cachexie cérébro-spinale, reconnaissent pour point de départ un trouble de la statique intestinale, un abaissement de l'angle droit du côlon ou du côlon transverse, de l'estomac lui-même, du foie, d'un rein devenu mobile, enfin de certaines déviations utérines jouant également un rôle secondaire dans ce complexus morbide; d'où les noms d'entéroptose, de néphroptose, d'hépatoptose qu'a créés M. Glénard pour exprimer ces divers états.

Ce sont ces lésions matérielles difficiles à reconnaître pendant la vie, rarement constatables après la mort, qui seraient, suivant M. Glénard, l'origine de tout le mal. Les accidents nerveux, la névropathie multiple et diverse qui les accompagne, ne seraient qu'une conséquence; on ne les observerait jamais au début. En un mot, l'entéroptose serait à ses yeux une maladie spéciale pour laquelle il réclame une place spéciale en nosologie. Il voit, d'ailleurs, la meilleure preuve de la réalité de cette interprétation dans le succès de la thérapeutique qu'elle lui a inspirée et dont nous allons montrer tout à l'heure quelques-uns des résultats.

Cliniquement, à quels signes peut-on reconnaître l'entéroptose et quelles sont les conditions thérapeutiques, ou tout au moins palliatives qu'elle entraîne?

Les signes de l'entéroptose sont : le relâchement de la paroi abdominale, la sensation de tiraillement à l'estomac, de pesanteur épigastrique, le besoin de se coucher pour opérer la digestion. La dilatation de l'estomac est, pour M. Glénard, la plupart du temps consécutive à une gastroptose causée par l'abaissement du côlon transverse et le tiraillement du ligament pylori-colique.

L'abaissement du foie serait souvent dû à la même cause, aussi bien que le rein mobile qui n'existerait jamais sans entéroptose.

L'étude des causes et du début de la dyspepsie peut aussi fournir des indications importantes pour le diagnostic de l'entéroptose. L'accouchement est la plus fréquente de toutes, soit par le fait même du traumatisme qu'il comporte, soit plutôt encore par les imprudences qui peuvent le suivre; les femmes qui se lèvent trop tôt ou qui ne mettent point de ceinture après leurs couches, étant très exposées, vu le relâchement de la paroi abdominale, à l'entéroptose et à ses conséquences.

Une chute, un coup, un effort musculaire peuvent être le point de départ des mêmes accidents; l'abus du corset y prédispose.

Certaines maladies, la fièvre typhoïde, la dysentérie, en altérant la structure de l'intestin, peuvent amener des ré-

trécissements et consécutivement des déplacements, changements de rapports qui réalisent les conditions de l'entéroptose.

On peut encore l'observer dans les maladies chroniques.

La lithiase biliaire coexiste souvent avec elle. M. Glénard décrit une variété de pseudo-coliques hépatiques qui ne seraient autre chose que des douleurs du coude colique droit déplacé.

Voici la manœuvre très simple que propose M. Glénard, dans les cas où l'entéroptose peut être soupçonnée, pour s'assurer si effectivement le déplacement intestinal joue un rôle important dans les souffrances qu'accuse un malade. Celui-ci étant debout, on se place derrière lui et, passant les bras sous ses aisselles, on porte les deux mains à plat sur le bas-ventre, qu'on relève en le comprimant. Si le malade éprouve au moment même un sentiment de soulagement, l'épreuve est décisive, l'indication devient formelle. Il ne reste plus, pour la remplir, qu'à réaliser d'une manière continue, par l'application permanente d'un bandage approprié, l'effet momentanément obtenu par l'application des mains. M. Glénard se sert, à cet effet, d'une ceinture spéciale se partageant en deux chefs, dont l'un inférieur peut être serré plus que le supérieur et portant, en outre, deux pelotes latérales de la grosseur d'un œuf de dinde, qui accentuent encore davantage la pression, et dont la forme, la grosseur peuvent varier suivant le besoin.

Il n'y a point, suivant M. Glénard, de forme de la dyspepsie, si l'on y trouve les signes de l'entéroptose, qui ne puisse être avantageusement combattue par ce procédé, Mais de toutes les affections d'ordre neurasthénique, ce sont, sans contredit, les affections puerpérales où ce procédé est le plus souvent applicable et a été appliqué avec le plus d'avantages. Les observations rapportées à l'appui pourraient toutes être résumées dans le rapide exposé suivant : « Supposons, ainsi que cela arrive le plus souvent, dit M. Glénard, une femme, qui, à la suite d'un accouchement, est prise de malaises persistants entravant son rétablissement : constipation rebelle ou irrégularité des selles, variations de l'appétit, sensation de fatigue constante, impossibilité de se tenir debout et encore plus de marcher longtemps, digestions difficiles, rêves et insomnie la nuit, sensation de poids, délabrement, tiraillements à l'épigastre. Bientôt surviennent des symptômes d'anémie, palpitations, vertiges, etc., puis un nervosisme d'aspect varié. On traite la malade d'abord par les purgatifs salins répétés, les alcalins, les amers ; quelque amélioration se produit, mais peu durable. On essaye alors du fer, du quinquina, l'hydrothérapie ; la constitution se remonte un peu, mais la malade reste valétudinaire, ne peut reprendre sa vie active. On soupçonne, quelquefois même on trouve un déplacement utérin, compliqué de leucorrhée et d'érosion du col ; on essaye de différents pessaires, on cautérise le col, le tout sans arriver à une guérison complète. Dans ces circonstances, si l'on a l'heureuse et simple idée de chercher à constater l'état des viscères abdominaux, il y a grande chance pour qu'on trouve la paroi abdominale flasque et relâchée, le paquet intestinal tombant jusque sur le pubis, le coude droit du côlon abaissé, la corde colique transverse roulant sous le doigt, une accumulation de matières stercorales résistant aux purgatifs et remplissant le cœcum ou l'S iliaque. Et alors, si l'on applique une ceinture abdominale bien faite et fortement contentive qui supplée à l'impuissance de la paroi abdominale et lutte contre l'abaissement des anses intestinales, on a toute chance d'obtenir un soulagement presque immédiat, qui ne tarde pas à devenir une guérison définitive.

« Supposons encore, continue M. Glénard, qu'un peu plus tard la malade, soit qu'elle se fatigue de la ceinture, soit par toute autre cause, renonce à ce mode de traitement, elle verra immédiatement reparaître tous les accidents de dyspepsie neurasthénique, qui disparaîtront de nouveau lorsqu'elle reprendra son bandage. »

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Abcès osseux du tibia.

Louise L..., vingt-deux ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 12 mars 1886, pour un gonflement douloureux de la jambe droite.

C'est une femme petite, maigre, de constitution chétive. Sa santé est habituellement bonne; elle est cependant sujette aux douleurs rhumatismales erratiques, mais jamais elle n'a eu de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a plus de huit mois, elle a commencé à sentir une douleur fixe à la partie supérieure de la jambe gauche. Cette douleur s'est établie sourdement et sans cause connue de la malade. Après quelques alternatives de rémission, elle a fini par devenir presque continue et tellement vive que la malade est privée de sommeil.

État local. — On voit un gonflement situé à la partie supérieure et interne du tibia gauche. Il commence à un travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire, descend à 6 centimètres plus bas environ, où il est limité par un rebord très nettement accusé. La peau glisse facilement sur la tumeur et ne présente ni coloration ni vascularisation anomale.

Au toucher, on sent la masse dure, lisse, faisant corps avec le tibia et formant une saillie de 1 centimètre de hauteur environ sur 6 de long. Cette tuméfaction est le siège de vives souffrances. C'est vers le milieu que la pression du doigt réveille la plus vive douleur.

Le reste du tibia est sain. L'articulation du genou est libre et ne contient pas de liquide; les mouvements sont faciles.

La jambe ne paraît pas sensiblement plus maigre que l'autre; mais elle est couverte de poils longs et nombreux.

L'état de la malade n'est pas mauvais. Elle est maigre, elle a l'expression de la souffrance sur le visage, ce qui est dû aux insomnies que lui causent ses souffrances.

La menstruation est régulière.

Opération. — 21 mars 1886. La malade étant endormie, la jambe est soigneusement nettoyée. Je fais, à 6 centimètres de l'articulation du genou, sur la face interne du tibia et à l'endroit qui paraît le plus volumineux, une incision en H, de 5 centimètres de longueur.

Le périoste est décollé et rabattu en forme de volets de chaque côté. A la partie inférieure, là où le tibia paraît présenter le plus de gonflement, je place une couronne de trépan de volume ordinaire.

L'instrument traverse un tissu éburné, très compact et très dur, et arrive à une profondeur de 3 centimètres 1/2 sans rencontrer de cavité. Mais à ce moment l'excavation formée par l'enlèvement des débris osseux se remplit brusquement de liquide puriforme médiocrement abondant.

Ce pus est enlevé avec une solution de sublimé à 1/1000, mais nulle part on ne voit l'aspect d'une cavité osseuse préformée.

J'enlève avec une petite gouge quelques débris plus vasculaires qui me font penser que je suis à la limite du foyer de l'abcès. Pensant le trouver à une plus grande profondeur, je replace le trépan et je traverse une nouvelle couche osseuse dure, qui, cette fois, me conduit à la face postérieure du tibia.

Alors en examinant avec soin, du côté de l'articulation, le puits que j'ai ainsi creusé, je vis une petite surface rouge, par laquelle vint sourdre une goutte de pus. Aussitôt, j'introduisis l'extrémité d'un stylet recourbé, qui pénétra en remontant dans une petite cavité de 3 centimètres environ.

Il est évident que la trépanation n'avait fait qu'effleurer la limite inférieure de l'abcès osseux. Je plaçai aussitôt une nouvelle couronne plus petite à 2 centimètres plus haut, et je fis sauter le pont osseux intermédiaire. Cela me fit découvrir une fort petite cavité, qui paraissait vide, et ne contenait qu'une fausse membrane tomenteuse.

Il est certain que l'abcès s'était vidé par la petite ouverture, qui m'a fait reconnaître sa situation exacte.

La petite cavité fut soigneusement grattée, lavée avec du sublimé et tamponnée avec de la gaze iodoformée. Par-dessus, je mis un pansement compressif avec du coton hydrophile.

Les suites de l'opération furent des plus simples, comme du reste elles le sont avec l'usage de la méthode antiseptique.

22 mars. Pansement. On change le coton extérieur et une partie seulement de la gaze qui formait le tamponnement, et qui avait été souillée par l'exsudation sanguine. Pas de réaction fébrile. Température, 37°,4 ; pouls, 76. La malade a un peu souffert, mais elle a pu dormir un peu.

23 mars. La nuit a été bonne, les douleurs ayant disparu. Température, 37°,2 ; pouls, 81.

A partir de cette époque, le pansement à l'iodoforme avec lavage au sublimé fut changé tous les quatre ou cinq jours. Jamais il ne se forma de suppuration notable.

A une époque du traitement, je fus même très frappé d'un phénomène d'arrêt dans la marche de la cicatrisation. J'avais eu soin de mettre de l'iodoforme en poudre et de la gaze iodoformée dans la cavité. Celle-ci parut rester stationnaire. Les bourgeons charnus ne la comblaient pas, et il ne s'y formait aucune sécrétion. Je pris le parti de faire mettre de l'onguent styrax pendant quelques pansements, ce qui fit paraître des bourgeons charnus qui comblèrent la cavité.

La malade sortit de l'hôpital en juin, portant une petite fistule qui conduisait à une surface osseuse dénudée, mais solide.

En septembre, la malade revint, et je pus facilement retirer un petit grain osseux, de quelques millimètres, qui entretenait la fistule. Depuis ce moment, la fistule est fermée et la malade est complètement guérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1887. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — M. MONTEIL (de Mantes) adresse une observation de tumeur de la paroi abdominale, qu'il a opérée avec succès chez une femme de trente-cinq ans. Il dut réséquer le péritoine sur une étendue de 2 centimètres. Il fit une suture au catgut. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome. Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre, uréthrotomie, mort. — M. MONOD fait un rapport sur un cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre, traité par l'uréthrotomie interne et suivi d'une mort foudroyante, par M. Jobard. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans qui avait fait une chute à califourchon. Ce malade est mort de septicémie urineuse. M. Jobard en conclut que, dans les cas de rétrécissements traumatiques, il faut préférer l'uréthrotomie externe à l'uréthrotomie interne. M. le rapporteur n'accepte pas cette conclusion et rappelle à ce sujet les cas de mort foudroyante après un simple cathétérisme. Il met donc en doute la septicémie urineuse comme cause de la mort. Il fait également observer qu'il faut compter, dans ces cas, avec une affection rénale antérieure. C'est bien plutôt de ce côté qu'il faut rechercher les causes de la mort.

M. BERGER fait observer qu'il est bien difficile de tirer une conclusion rigoureuse quelconque de ce fait, qui n'a pas été suivi d'autopsie. Il rappelle avoir eu lui-même un cas de mort consécutive à une uréthrotomie interne. Il trouva à l'autopsie une néphrite interstitielle des deux reins, qui ne s'était manifestée par aucun symptôme.

M. TERRIER dit que M. Jobard a fait une uréthrotomie sans aucune précaution antiseptique. Il rappelle à ce sujet qu'il fait toujours prendre, aux malades qui doivent être uréthrotomisés, du borate de soude à l'intérieur. Grâce à cette précaution antiseptique préparatoire, il n'a jamais observé de frissons ni d'accidents d'aucune nature.

Appareil pour le pied-bot équin. — M. MONOD fait un rapport sur un appareil présenté récemment par M. Monnier pour le redressement du pied-bot équin.

M. ANGER n'a pas obtenu de bons résultats de l'application de cet appareil.

M. RECLUS dit que M. Monnier est venu lui-même appliquer son appareil sur un malade de son service et qu'il n'a pu être supporté.

M. MONOD déclare avoir constaté lui-même de très bons résultats de l'application de cet appareil.

M. OLLIER (de Lyon) emploie des appareils silicatés sur lesquels il prend son point d'appui pour appliquer les appareils de traction ou redresseurs.

M. TRÉLAT déclare que l'examen seul de l'appareil suffit pour comprendre qu'il est insuffisant.

Fistule uretéro-vésico-vaginale. — M. POZZI fait une communication sur un cas de fistule uretéro-vésico-vaginale, guérie par la colpoplastie. Voici le résumé de cette observation :

Petite fistule rebelle datant de onze ans, opérée sans succès plusieurs fois, siégeant au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, à gauche. M. Pozzi soupçonne l'ouverture de l'uretère et s'en assure par le cathétérisme avec la sonde de Pawlik enfoncée à 21 centimètres ; on peut aussi pénétrer dans la vessie, très rétractée.

M. Pozzi a appliqué ici le procédé autoplastique de Gerdy, qui a depuis été repris par M. Duboué et trop généralisé. Mais ici il offre des avantages spéciaux, car il ne risque pas de rétrécir l'orifice uretéral.

L'opération consiste dans la dissection de deux petits lambeaux latéraux par dédoublement de la cloison vésico-vaginale, affrontement avec sept points de suture.

L'opération a été faite sans anesthésie générale ; le badigeonnage de la région avec la cocaïne a suffi. La guérison a été complète après quelques jours.

M. TRÉLAT est arrivé au même résultat dans un cas analogue, en pratiquant l'avivement circulairement à une certaine distance de la fistule, sans aviver les tissus immédiatement voisins de celle-ci, et en rentrant ainsi dans la vessie la partie non avivée.

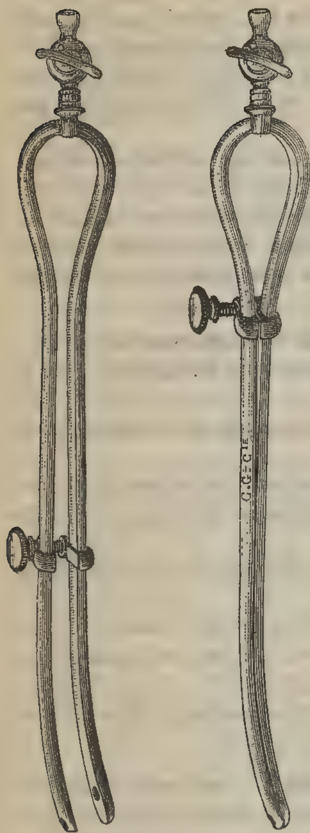
Fistule uretéro-vésico-vaginale. — M. HOUZEL (de Boulogne) fait une communication sur une fistule uretéro-vésico-vaginale opérée avec succès. (Comm. : M. Pozzi.)

Des réflexes tendineux chez les diabétiques ; leur importance au point de vue du pronostic. — M. REYGNIER fait une communication sur la présence ou sur la disparition des réflexes tendineux chez les diabétiques au point de vue du pronostic chirurgical. (Comm. : M. Berger).

Cholécystotomie. — M. TERRILLON présente une malade dont il a communiqué l'observation à l'Académie de médecine et qui est aujourd'hui complètement guérie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1156.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS



Sonde intra-utérine du docteur Doléris, modifiée par Gudendag.

La modification nouvelle de la sonde dilatatrice à irrigation intra-utérine est véritablement très avantageuse et réalise un désidératum que l'auteur avait déjà signalé et essayé de combler.

La vis latérale fixée sur un anneau mobile permet :

1° D'écarter à volonté les deux branches;

2° De porter cet écartement aussi près de l'orifice utérin qu'on le désire.

Le robinet fixé sur l'olive qui termine l'instrument ferme et ouvre le courant à volonté.

Pour la pratique obstétricale aussi bien que pour la pratique gynécologique, la sonde dilatatrice de Doléris donne des résultats excellents et est d'un maniement très aisé (1).

(1) Cet instrument se trouve chez MM. Clasen, Gudendag et Cie, 19, rue de l'Odéon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris s'est réunie hier jeudi à cinq heures, pour dresser, par la voie du scrutin, la liste de présentation des candidats à la place de doyen, laissée vacante par la mort de M. Béclard.

Au premier tour de scrutin, pour être placé en première ligne :

M. Brouardel a obtenu 37 voix; M. Jaccoud, 1; bulletin blanc, 1.

Au deuxième tour de scrutin, pour être placé en seconde ligne :

M. Jaccoud a obtenu 33 voix; M. Dieulafoy, 4; M. Gautier, 1.

— Par décret, en date du 18 février 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Joullié, Duchastelet, Boutes, Chevalier, Imbert, Dumas, de Barrau-de-Muratel, Puech, Dutard, Lapeire, Maqué, Foulquier, Fabre et Canaé.

— Par décret, en date du 21 février 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dubreuilh, Capdeville, Claverie, Denucé, Faure, Nicoulau, Dourif, Meilhon, Coculet, Naury, Gilles, Boiteux, Wendling, Gosselin, Pissot, Carpentier, Delattre, Haushalter, Fauvel (H.-L.-L.), Mercier, Duron, Monteunis, Fauvel (R.-M.-H.) et Bourdon.

— Par décret, en date du 21 février 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe (choix) : Benech, désigné pour le 14e d'artillerie; — (ancienneté) : Febvre, désigné pour le 8e d'infanterie ; — (choix) : Audet, désigné pour le 33e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe (choix) : Berthier, maintenu au 2e zouaves ; — premier tour (ancienneté) : Beaudier, maintenu au 37e d'infanterie; — deuxième tour (ancienneté) : Dupuy, maintenu au 103e d'infanterie; — (choix) : Lemoine, désigné pour le 4e d'infanterie.

— Par décision ministérielle en date du 21 février 1887, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Guérin, pour l'emploi de médecin chef à l'hôpital militaire du camp de Châlons; Lortat-Jacob, pour le service de santé de la place de Toul; Molinier, pour le service de santé de la place de Nice; Claudot, pour le service de santé de la place d'Épinal; Émery-Desbrousses, pour le service de santé de la place de Lille.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Paoli, pour l'emploi de médecin-chef aux salles militaires de l'hospice mixte d'Aix ; Perrin, pour le service de santé de la place de Verdun.

MM. les médecins-majors de première classe Mairet, pour le 108e d'infanterie ; Guillemin, pour le 37e d'infanterie ; Labrevoit, pour le 114e d'infanterie ; Talloir, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; Battarel, pour la Charité, à Lyon ; Cottel, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Briançon ; Dornier, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Boucher, pour l'hôpital militaire de Bourges ; Le Rouvillois, pour le 30e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Carette, pour le 2e tirailleurs algériens; Colnenne, pour l'emploi de médecin-chef aux salles militaires de l'hospice mixte d'Épernay; Lobit, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Belle-Isle-en-Mer; Calmette, pour l'École de Saint-Cyr; Lambert, pour le 1er dragons; Hermann, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied, Mathelin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. le médecin aide-major de première classe Duhaut, pour le 128e d'infanterie.

— La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise) sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° De la conduite à suivre dans les blessures, par coups de feu, des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

2° De la valeur de la cure radicale des hernies, au point de vue de la guérison définitive;

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander; indications, contre-indications et résultats définitifs).

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes et de la prophylaxie.

Extrait des statuts. — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

Extrait du réglement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Courbarieu, interne à la Charité; de M. le docteur Reuillet, député de la Loire, et de M. le pharmacien Guermonprez, père de notre savant confrère de Lille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20776

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Épithéliomas de la peau, bistouri ou chlorate de potasse.

C'est à la fin du mois d'août dernier que la femme que nous avons opérée mercredi commença à être malade, ou plutôt qu'elle s'aperçut, pour la première fois, de l'existence d'une petite tache rouge, brunâtre, sur la pommette de la joue droite, tache assez analogue à une brûlure, mais qui, vers la mi-septembre, fut le siège d'une poussée aiguë telle que bientôt elle faisait place à une véritable tuméfaction.

Enfin, lorsqu'elle est entrée dans nos salles, la tumeur, qui s'était rapidement et considérablement accrue, était grosse comme une grosse noix. Cette tumeur, intra-cutanée, à base élargie, était mobile sur les parties sous-jacentes. La peau, à sa surface, était tendue, violacée, brunâtre, altérée seulement un peu à la face libre de la tumeur et présentait de petites fentes qui laissaient écouler, sous la pression du doigt, de la sérosité sanguinolente. De plus, on apercevait, en différents autres points de la face et principalement sur le front, un certain nombre d'autres taches brunâtres, squameuses et un peu fendillées, du volume d'une lentille, qui ne sont autre chose que ce qu'on a appelé la crasse des vieillards, soit en réalité une altération des glandules de la peau, de la graine d'épithélioma.

Chez notre malade, nous avons donc eu affaire à un épithélioma de la peau, d'une origine un peu spéciale, à un cancroïde de la peau, ou mieux à un polyadénome glandulaire, sudoripare.

Mais chez elle la maladie revêt certaines particularités que l'on ne rencontre pas le plus ordinairement. Les cliniciens ont dit avec raison que ces adénomes sudoripares avaient un caractère très bénin et qu'ils pouvaient persister pendant un très grand nombre d'années sans donner lieu à aucun retentissement ganglionnaire. Je pourrais vous citer certain vieillard qui porte ainsi depuis vingt-sept ans des crasses surélevées sans multiplication. Chez notre malade, il n'en a pas été ainsi, et le mal, loin de rester stationnaire, a revêtu une forme tellement rapide, qu'en trois mois la crasse a acquis le volume d'une grosse noix, malgré le siège qu'elle occupe. Je dis : malgré son siège, car les épithéliomas des joues et du front ont généralement une évolution très lente et ils ne prennent guère de marche rapide que lorsqu'ils se sont développés dans le voisinage très rapproché d'une muqueuse (ouverture des paupières, des fosses nasales, commissures labiales, extrémité inférieure du rectum, etc.). Chez elle, également, la forme est assez insolite, et en général ces épithéliomas n'ont pas le caractère de tumeurs, mais plutôt d'un évidement, d'une ulcération, du fond de laquelle on voit s'élever parfois des bourgeons charnus, des fongosités, et d'où s'écoule une véritable sanie. Ce n'est que dans les polyadénomes, auxquels on donnait autrefois le nom de tétines de rats, qu'on trouvait de petites tumeurs, et encore ne dépassaient-elles pas la grosseur d'un pois ou d'une petite noisette, plus pédiculisées qu'ici et bénignes encore.

Je ne reviendrai pas sur l'opération que j'ai pratiquée mardi dernier : incision large dépassant la base d'implantation de la tumeur, ablation de la tumeur, incisions libératrices, sutures verticale et transversale pour combler la vaste perte de substance, etc. Le résultat opératoire est bon, malgré l'existence, à la partie inférieure, d'un petit point de la peau un peu rouge, enflammé et plus épais, qui me fait craindre quelque tendance à la récidive. Aussi ai-je fait appliquer immédiatement des compresses de tarlatane trempées dans une solution sursaturée de chlorate de potasse (à 6 p. 100).

Quelques mots sur le traitement de ces cancroïdes ou épithéliomas de la peau par le chlorate de potasse. C'est en 1847 que nous trouvons une première observation d'épithélioma de la peau — elle appartient à Tedeschi — datant de quatre ans, ayant résisté à tous les traitements employés, et guéri par des applications de chlorate de potasse à sa surface. En 1857, nous trouvons une autre observation de guérison parfaite par le même traitement. Un peu plus tard, MM. Leblanc père et Bergeron firent connaître les résultats d'expérimentations faites sur des chevaux. En 1863, M. Bergeron publia un travail fort important sur le même sujet, dans lequel nous trouvons une observation fort intéressante d'épithélioma du nez et de la lèvre supérieure, datant de plusieurs années, traité sans succès par des cautérisations répétées et guéri en cinq mois et demi par des applications de chlorate de potasse. A partir de cette époque, les faits se succèdent, et nous pouvons enregistrer de nombreuses guérisons. Parmi ceux qui sont restés inédits, je puis vous citer celui d'un malade de Broca, traité ainsi à

l'hôpital Necker pour un épithélioma du menton qui avait gagné la lèvre inférieure; celui de M. Segond (épithélioma de la fosse temporale), traité de la même manière il y a trois ans et qui, s'il n'est pas guéri complètement, a beaucoup rétrogradé.

Je peux également ajouter à tous ces faits des observations qui me sont personnelles. La première est celle d'un homme de soixante-quinze ans, épithélioma de la région parotidienne, tumeur volumineuse à la base de laquelle on trouvait deux autres petits cancroïdes exulcérés, que je voulais opérer et que j'ai dû traiter — sur le refus du malade de toute intervention chirurgicale — par le chlorate de potasse, et qui, s'il n'est pas guéri, grâce à l'indocilité du malade qui, dès qu'il va mieux cesse tout traitement, est en telle voie de diminution, qu'il peut être considéré comme une demi-guérison.

Ma seconde et ma troisième observations sont des faits de guérison complète; elles se rapportent à deux femmes de la Salpêtrière. L'une d'elles, opérée d'abord par M. Bouilly, avait vu l'année suivante une récidive se produire; je l'avais alors traitée par le chlorate de potasse, qui non seulement avait fait disparaître cette nouvelle tumeur, mais encore toutes les autres taches ou crasses de sa figure.

Si le traitement par le chlorate a, en résumé, donné tant de succès, pourquoi aujourd'hui est-il tombé dans l'oubli ou l'objet de nombreuses railleries? Parce que le bistouri est au moins aussi bon et que de plus il amène une cicatrisation beaucoup plus rapide; enfin, parce que, aujourd'hui, nous n'avons plus à redouter les érysipèles consécutifs aux opérations comme autrefois. De plus, il faut bien le dire, le chlorate de potasse a aussi à son actif un certain nombre d'insuccès sur lesquels je dois m'expliquer maintenant. Ces insuccès peuvent être divisés en trois catégories : 1° ceux qui résultent de l'ingestion à l'intérieur du chlorate de potasse; or c'est localement que ce médicament doit être appliqué et non pas à l'intérieur; 2° ceux où l'épithélioma s'est développé sur des muqueuses; ici, les applications directes sont rarement suivies de guérison, en raison même des traînées épithéliomateuses qui se font rapidement dans les profondeurs, c'est-à-dire là où le chlorate de potasse ne peut pas atteindre; 3° dans le cas d'épithéliomas mixtes, c'est-à-dire atteignant à la fois la peau et la muqueuse.

En résumé, la conclusion de tout ceci, c'est que le traitement par le chlorate de potasse convient seulement dans les cas de cancroïde, les cas où le tégument seul est pris à l'exclusion des muqueuses. Mais comme, même dans ces cas-là, on a quelquefois observé des insuccès, que de plus la guérison est généralement lente, le traitement de choix restera toujours le bistouri. Je réserve donc les applications de chlorate de potasse pour des cas exceptionnels, soit, par exemple, lorsqu'on a affaire à un malade trop pusillanime, qui se refuse à une opération, soit aussi chez les vieillards très affaiblis et dont la vie pourrait être compromise par une intervention sanglante; chez certains cardiaques, chez lesquels l'anesthésie anté-opératoire par le chloroforme serait contre-indiquée; enfin, dans le cas d'épithélioma trop étendu, adhérent profondément aux tissus sous-jacents, de façon à nécessiter une résection ou une amputation.

Et c'est à ce propos que je vous citerai mon quatrième fait de guérison par le chlorate de potasse. Il s'agit d'une femme de quatre-vingts ans, ayant une insuffisance aortique très prononcée et présentant une tumeur épithéliomateuse large comme une pièce de cinq francs, sur une jambe variqueuse, et adhérente au tibia. Chez cette malade, où une opération sanglante était contre-indiquée, des applications de chlorate de potasse sursaturé furent suivies, au bout d'un mois, d'une guérison complète, laquelle depuis un an s'est parfaitement maintenue.

BACTÉRIOLOGIE

Le bacille typhique.

Par MM. les docteurs Chantemesse et Widal.

Depuis quelques années seulement, on accuse les eaux potables contaminées par les déjections des typhiques de transporter le germe de la maladie. Les enquêtes se sont multipliées depuis les recherches de Budd et Murchison à cet égard et presque toutes plaident hautement en faveur de cette opinion. Dans certaines épidémies, comme celle d'Auxerre si bien étudiée par M. Dionys des Carrières, l'étiologie a pu être déterminée avec la précision d'une expérience de laboratoire.

La coïncidence des épidémies de fièvre typhoïde à Paris avec la distribution d'eau de Seine dans les réservoirs est particulièrement instructive. Nous ne parlerons que des deux dernières épidémies, celle du mois d'août dernier et celle qui règne en ce moment encore. Nos chiffres sont empruntés à la statistique municipale du docteur Bertillon et aux avertissements officiels donnés par le service des eaux de Paris.

Le nombre ordinaire des typhiques entrés dans les hôpitaux oscille chaque semaine entre les chiffres de 13 et celui de 35 à 40. L'année dernière, la statistique des mois de mars, avril, mai, juin, juillet avait été peu chargée. En un mois, du 20 juin au 24 juillet, il n'était entré que 97 typhiques. Du 22 juillet au 8 août, après distribution, dans certains quartiers, de l'eau de Seine puisée à Ivry et, dans le XX[e] arrondissement, de l'eau de Marne, la statistique fut la suivante :

Du 25 au 31 juillet.	92	entrées de typhiques.
Du 1[er] au 7 août.	146	—
Du 8 au 14 août	148	—
Du 15 au 21 août.	80	—
Du 22 au 28 août.	58	—
Du 29 août au 4 septembre .	72	—

Le chiffre des malades s'abaisse peu à peu pour atteindre la normale au mois de novembre.

Pour l'année 1887, nous ne pouvons fournir que la statistique de l'hôpital Lariboisière :

Du 1[er] janvier au 7 février, 33 entrées. On distribue de l'eau de Seine dans tous les quartiers de Paris; à partir du 24 janvier, et, du 7 au 21 février, le chiffre des entrées s'élève à 63.

Le XX[e] arrondissement, qui reçoit, quand la nécessité l'oblige, de l'eau de la Marne, ne compte toujours qu'un nombre restreint de fièvres typhoïdes.

L'eau de Seine semble donc devoir être particulièrement incriminée et l'on peut dire que son introduction dans les réservoirs coûte chaque fois la vie à un certain nombre de Parisiens.

C'est pour établir ces faits d'une façon rigoureusement scientifique, qu'au cours des recherches entreprises sur le bacille de la fièvre typhoïde, dans le laboratoire du professeur Cornil, nous nous sommes attachés depuis plusieurs mois à retrouver ce micro-organisme dans l'eau bue par les victimes de plusieurs épidémies. Trois fois déjà, nous sommes arrivés à des résultats positifs, une première fois en août dernier, nous avons isolé le bacille typhique de l'eau d'une borne-fontaine de la rue des Rasselins, alimentée par le réservoir de Ménilmontant. Cinq membres d'une même famille, buvant à cette fontaine, avaient contracté, presque en même temps, la dothiénentérie. Leur histoire a été rapportée par M. Dreyfus-Brisac et l'un de nous dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 novembre 1886. Vers la même époque, nous avons retrouvé

le bacille de la fièvre typhoïde dans une eau dont l'usage avait causé à Pierrefonds l'épidémie de famille si dramatique rapportée par M. Brouardel à l'Académie des sciences. Enfin, tout récemment encore, et seulement après nombre de recherches faites sur les diverses eaux distribuées à Clermont, nous sommes parvenus à découvrir le bacille d'Eberth dans le réservoir particulier d'une maison alimentée par l'eau ordinaire de la ville.

Les faits confirment ceux d'Ivan Michaël et de Mörs qui ont également retrouvé le bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau potable. On ne saurait, croyons-nous, apporter de démonstration plus précise du transport de la fièvre typhoïde par l'eau.

Nos connaissances sur ce bacille, bien que peu vulgarisées encore, se complètent tous les jours, et il semble que l'on puisse l'affirmer aujourd'hui pathogène de la fièvre typhoïde. Ses caractères morphologiques, ses réactions de culture, sa biologie, sa constatation facile sur le cadavre et sur le vivant, en font un des micro-organismes les mieux connus aujourd'hui. Ce sont les recherches entreprises sur ces différents points de son histoire que nous désirons faire connaître. Ce n'est là que la première partie de notre communication, nous réservant de revenir, dans un prochain travail, avec des documents nouveaux, sur la question si controversée de son inoculation aux animaux.

Nous pouvons apporter plusieurs points nouveaux à la description morphologique de ce bacille qu'en ont donnée Eberth, Gaffky, Cornil et Babès. Ces points permettent de faire le diagnostic avec le bacille trouvé par Klebs dans l'eau de Zurich et le bacterium coli commun d'Escherich et le bacillus Napolitanus d'Emmerich. Onze fois sur douze nous avons retiré ce micro-organisme des organes de typhiques; six fois sur douze des poumons atteints de bronchite simple ou de broncho-pneumonie typhoïde; quatre fois sur huit du cerveau.

Dans le placenta d'une femme atteinte de dothiénentérie au quatrième mois de sa grossesse et ayant avorté au douzième jour de sa fièvre, nous avons trouvé en grande abondance le bacille de la fièvre typhoïde. L'autopsie du fœtus n'a pu être faite, mais, dans un cas identique, Neuhaüs (1) a pu reconnaître le bacille dans le foie et la rate.

Nous rapprocherons ces faits des résultats obtenus par nos inoculations à des cobayes. Deux fois sur quatre nous avons retrouvé le bacille soit dans le liquide amniotique, soit dans les organes des fœtus. Dans le premier cas, la mère était morte quarante-huit heures après l'inoculation dans le péritoine; dans le second, deux jours après l'inoculation, elle avait avorté de deux fœtus dont les organes (foie et rate) contenaient des bacilles de la fièvre typhoïde; la mère résista et ne mourut pas. C'est là une démonstration nouvelle du passage du micro-organisme de la mère au fœtus et l'on peut y voir l'explication de l'avortement dans les maladies infectieuses. Jamais nous n'avons pu constater le bacille d'Eberth à l'autopsie d'individus morts de maladies autres que la fièvre typhoïde.

La constatation d'un micro-organisme sur le cadavre ne suffit pas pour établir son rôle pathogène; aussi Gaffky, dès 1884, avait-il tenté, mais en vain, à le découvrir sur le vivant. Depuis la publication de son mémoire, les recherches se sont multipliées et elles ont porté surtout sur le sang des typhiques; or, le sang périphérique ne charrie jamais ou presque jamais le bacille d'Eberth. C'est là sans doute ce qui explique les premiers insuccès. Souvent nous l'avons cherché dans les taches rosées sans le trouver, et nombre d'expérimentateurs n'ont pas obtenu de meilleurs résultats. Neuhaüs cependant a pu en retirer neuf fois des cultures pures. Lucatello et Philippowicz, Neuhaüs, l'ont constaté plusieurs fois dans le sang de la rate. En suivant le même procédé, sept fois sur dix nous avons pu le retirer en culture pure de la rate des vivants. Cette recherche a toujours été faite avec une antiseptie rigoureuse au moyen d'un long trocart presque capillaire que nous avons fait construire chez Colin. Après avoir fait incliner le malade sur le côté gauche du lit, nous lavons la peau scrupuleusement avec savon, sublimé, alcool, éther, et seulement alors nous enfonçons franchement le trocart en pleine matité splénique; nous retirons l'aiguille et nous ensemençons sur gélatine les quelques gouttes de sang qui viennent sourdre par le pavillon de la canule. Au bout de trois ou quatre jours, si l'opération a réussi, les colonies se développent autour de la raie d'inoculation. Les recherches faites de cette façon à la période de convalescence ont toujours été négatives; des résultats identiques ont été obtenus récemment par M. le professeur Dieulafoy et M. Giraudeau à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans les matières fécales, deux fois sur neuf seulement nous avons isolé le bacille typhique. Pfeiffer et Seitz ont été plus heureux et l'ont trouvé fréquemment dans les selles des malades soumis à une diète presque absolue.

Trois fois également nous avons recherché sans succès le bacille d'Eberth dans l'urine, mais nous nous proposons de réitérer nos essais, d'autant que Seitz l'a retrouvé en quantité considérable, deux fois sur sept la présence du bacille coïncidait dans ses observations avec celle de l'albumine. Cette constatation confirme de tous points celle faite déjà en 1879 par M. le professeur Bouchard, qui a été un des premiers à voir le microbe de la fièvre typhoïde, à une époque où les couleurs d'aniline n'étaient pas encore en usage en bactériologie.

En résumé, presque constamment nous trouvons, sur le vivant comme sur le cadavre, et cela seulement chez les typhiques et pendant la période d'état, un micro-organisme toujours le même, bien défini, présentant un ensemble de caractères qui lui assignent une place spéciale dans la classification bactériologique. Nous sommes donc en droit de conclure que ce micro-organisme est bien spécifique de la fièvre typhoïde et d'incriminer l'eau potable dans laquelle nous l'avons isolé.

Il nous reste à rapporter aujourd'hui ce que l'on sait de sa biologie.

La sporulation se fait comme l'avait vu Gaffky à l'extrémité du bâtonnet. La spore apparaît sous forme d'une petite sphère claire, réfringente et non colorée, et se différencie très nettement du bacille, dont le protoplasma a pris la coloration bleue ou rouge, après imprégnation de couleur d'aniline. Elle occupe toute la largeur du bâtonnet et son diamètre longitudinal l'emporte un peu sur le transversal, de telle sorte qu'elle semble légèrement ovoïde. Elle se montre sur des bâtonnets de longueur moyenne quand la température lui est favorable; elle apparaît plus rarement sur les formes d'involution, formes en navette avec espaces clairs, formes monstrueuses que l'on voit au bout de quinze jours dans le bouillon ou sur la pomme de terre à la température de 10 à 15 degrés.

Les limites de la température qui permet la formation des spores sont comprises entre 19 et 43 degrés; ces deux chiffres ne représentent pas les conditions les plus favorables pour l'apparition des formes durables; c'est entre 30 et 40 degrés, et particulièrement à 37 degrés, que la sporulation se fait facilement après quatre ou cinq jours d'étuve.

On comprend dès lors que la sporulation puisse s'effectuer chez le typhique et que les garde-robes contiennent non seulement le bacille vulnérable, mais la spore résistant à toutes les causes de destruction. Nous avons pu garder pendant plusieurs mois des spores desséchées capables de réviviscence dès que les conditions de milieu, d'humidité et de température, redevenaient favorables. La résistance des bacilles adultes est beaucoup moindre. Cependant on peut, sans les faire périr, soumettre à la gelée le bouillon de culture et d'autre part les porter pendant plusieurs jours à 45 degrés.

Bien que l'opinion contraire ait été longtemps soutenue par quelques hygiénistes, on peut dire que l'eau est un excellent milieu de culture pour les microbes et en particulier pour le bacille typhique. Si on ensemence avec ce micro-organisme un tube d'eau de l'Ourcq préalablement stérilisée, on peut garder la culture pendant plusieurs mois à la température de 10 à 15 degrés, sans que le microbe ait subi le moindre affaiblissement dans sa qualité et sa quantité.

(1) Neuhaüs, *Berl. Klen. Woch.* 1886, nº 24.

Nous en avons examinés préparés de la sorte, qui, au bout de trois mois, formaient des colonies aussi riches et aussi rapides dans leurs développements que si on les avait conservés dans le meilleur bouillon nutritif. Si on utilise de l'eau de l'Ourcq sans stérilisation préalable, les bacilles s'y conservent moins longtemps.

Wolhflugel et Riédel ont démontré que, dans l'eau distillée, les bacilles typhiques augmentaient de nombre à 16 degrés et qu'ils ne faisaient que se conserver à 8 degrés.

Ces diverses notions, acquises par les travaux de laboratoire, expliquent qu'il n'est nécessaire ni d'une température relativement élevée, ni d'une eau riche en matières organiques, pour assurer la pullulation et la conservation des germes typhiques. L'expérimentation fournit les résultats que nous avons signalés dans les ballons de culture, et l'expérience nous apporte un résultat identique quand il s'agit de réceptacles d'eau contaminée, comme le puits de Pierrefonds ou le réservoir de Clermont-Ferrand.

On sait, d'autre part, que la réapparition d'une épidémie de fièvre typhoïde éteinte suit quelquefois de près le curage de certains réservoirs; l'expérience suivante nous en donne l'explication. Un grand flacon, contenant une petite quantité de sable et de terre et rempli d'eau, est porté pendant une demi-heure à l'autoclave de 115 degrés. On le laisse refroidir et on l'ensemence avec du bacille typhique. Pendant les premières semaines, le flacon étant resté parfaitement immobile, il suffisait de prendre des échantillons d'eau à la surface ou à quelques centimètres de profondeur pour obtenir des cultures. Au bout de deux mois, l'eau paraissait ne plus contenir de germes spécifiques; elle a été décantée doucement et de l'eau ordinaire a été jetée brusquement dans le flacon sur la petite quantité de sable et de terre restée au fond. Le lendemain l'eau nouvelle était chargée de bacilles typhiques. N'est-ce pas une expérience semblable qu'est venu nous fournir récemment l'épidémie de la caserne de la Jeune-France (1)?

Dans le sol, le bacille typhique avec ou sans spores se conserve beaucoup moins longtemps que dans l'eau.

En même temps que le résultat de nos inoculations aux animaux, nous ferons connaître prochainement une série de recherches sur la valeur de divers antiseptiques opposés au bacille typhique. Qu'il nous suffise de dire que le sublimé à 1 p. 20 000 et le sulfate de quinine à 1 p. 800 empêchent la culture de ce microbe; en revanche l'acide phénique est un médiocre moyen de désinfection. Une gélatine nourricière phéniquée à 1/400 laisse cultiver le bacille typhique. Cette propriété de l'acide phénique, qui, d'autre part, entrave l'éclosion de beaucoup d'autres germes nous l'avons utilisée pour déceler plus facilement, dans les selles des typhiques ou dans l'eau, le microbe spécifique.

Citons encore la grande résistance de ce bacille aux acides et en particulier à l'acide chlorhydrique. Deux grammes d'acide chlorhydrique pur, ajoutés à 100 grammes de gélatine peptone neutre, forment un milieu dont l'acidité dépasse celle du contenu stomacal ordinaire. Or, si le bacille typhique se cultive péniblement dans ce mélange, il n'y perd pas sa vitalité, et transporté au bout d'un mois sur une gélatine peptone neutre, il y reprend toute son énergie. Cette persistance nous explique comment le germe typhique n'est pas détruit dans l'estomac, comment il arrive dans l'intestin où il trouve, dans un milieu alcalin, toutes les conditions favorables à son développement.

(1) Thèse de M. Rouffignac. Paris, 1885.

REVUE DE LA PRESSE

Les centres vaso-moteurs de la moelle épinière. — M. Smirnoff fait connaître quelques faits nouveaux résultant de ses dernières études dans le laboratoire clinique du professeur Botkine (de Saint-Pétersbourg).

Il a pris comme point de départ de ses expériences ce fait énoncé, en 1880, par M. Lafont, dans ses recherches sur l'innervation vaso-motrice, que la partie de la moelle épinière qui se trouve au niveau des trois premières vertèbres dorsales donne naissance à des nerfs vaso-dilatateurs, dont la section ne produit pas un abaissement réflexe de la pression sanguine à la suite de l'excitation du bout central du dépresseur. M. Smirnoff a complétement confirmé le fait trouvé par M. Lafont et il s'est proposé, en outre, de déterminer l'influence que la section de ces fibres vaso-dilatatrices pourrait exercer sur l'élévation de la pression sanguine, qu'on observe à la suite de la section de la moelle épinière.

Toutes les expériences ont été faites sur de grands chiens complètement curarisés; voici les conclusions que l'auteur en a tirées:

1° Après la section de la moelle épinière au-dessous de la troisième vertèbre dorsale, la pression sanguine baisse toujours à la suite de l'excitation du bout central du plexus brachial, tandis qu'elle augmente à la suite de l'excitation du même bout du sciatique. L'intensité du courant excitateur n'a aucune influence sur la production de ce phénomène.

2° La diminution de la pression du sang à la suite de l'excitation du plexus brachial devient moins évidente dans le cas où la moelle épinière est sectionnée entre les deuxième et troisième vertèbres dorsales; elle est encore moins appréciable ou même elle ne survient pas du tout dans le cas où la section de la moelle a lieu entre la première et la deuxième vertèbre dorsale. La même chose s'observe avec le phénomène de l'élévation de la pression sanguine à la suite de l'excitation du sciatique.

3° Après une section de la moelle entre la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale, l'excitation du plexus brachial fait baisser la pression sanguine; l'augmentation de la pression à la suite de l'excitation du sciatique devient moins évidente.

4° La section de la moelle épinière entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale n'exerce qu'une influence très insignifiante sur les phénomènes précités.

En se basant sur ces données, l'auteur croit pouvoir admettre que les nerfs vaso-dilatateurs prennent leur origine dans la moelle épinière entre la première et la troisième vertèbre dorsale, tandis que les vaso-constricteurs émanent de la moelle entre la troisième et la sixième vertèbre dorsale. C'est aussi à ces niveaux-là qu'il faut localiser les centres vaso-moteurs correspondants. (*Revue des travaux slaves de physiologie.*)

Traitement de la coqueluche. — La solution suivante est prescrite par Vetlesen contre la coqueluche aux doses que nous indiquons ci-dessous, selon l'âge des jeunes sujets :

Extrait de chanvre indien.	1 gramme.
Extrait de belladone.	50 centigr.
Alcool	} *ââ* 5 grammes.
Glycérine	

Cette solution contient 5 p. 100 de belladone et 10 p. 100 de chanvre indien. Chaque goutte renferme 25 milligrammes de belladone et 5 milligrammes de chanvre.

On prescrit aux enfants au-dessous d'un an, de 4 à 5 gouttes; aux enfants de un an à deux ans, 5 à 8 gouttes; aux enfants de deux ans à quatre ans, 8 à 12 gouttes; à ceux de quatre à huit ans, 10 à 13 gouttes; enfin aux enfants de huit à douze ans, 15 à 20 gouttes.

On commence par une dose minima et l'on augmente progressivement. La médication doit être administrée seulement le soir ou bien soir et matin. (*Revue de thérap. méd. chir.*)

Traitement des flexions utérines. — Voici les conclusions du mémoire de M. Francesco Olivetti sur ce sujet :

1° Les flexions de l'utérus sont fréquentes et leur traitement occupe une place importante dans la gynécologie;

2° Elles sont toutes curables et passibles de guérison ou de grande amélioration;

3° Pour instituer un traitement rationnel et énergique des flexions de l'utérus, il faut, dans la plupart des cas, employer simultanément divers procédés;

4° La cure radicale des flexions consiste principalement, outre

la réduction complète de l'organe, dans la destruction de l'atrophie pariétale, là où elle existe, et à faire en sorte qu'un tissu robuste en prenne la place, afin d'empêcher la récidive;

5° Pour obtenir cela, les meilleurs moyens proposés par l'auteur et employés par lui depuis longtemps sont la dilatation avec divulsion du canal cervical de l'utérus et de l'orifice interne et l'application d'une tige utérine;

6° L'usage des tampons de ouate, employés seuls dans les cas légers, sert admirablement à obtenir la guérison sans l'emploi des pessaires; en outre ces tampons sont indispensables pour fixer la tige intra-utérine et donner à l'utérus une direction normale;

7° Que le pessaire se déplace facilement et n'est pas exempt d'inconvénients, qu'il ne peut seul, dans certains cas, guérir la maladie. Dans d'autres il n'est pas d'une application facile et souvent les femmes s'y refusent. L'emploi du pessaire empêche de recourir concurremment à la sonde, au dilatateur et à la tige intra-utérine, tandis que le traitement fait avec la sonde, la dilatation et la tige intra-utérine, constitue le véritable traitement radical des flexions utérines, sans courir aucun risque. (*Arch. de tocologie.*)

La maladie de Tornwaldz. — De ses intéressantes recherches sur l'hypersécrétion de la glande de Luschka, dont l'étude s'accompagne de cinq observations qui lui sont personnelles, M. le docteur Luc croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une pharyngite chronique caractérisée par la sécheresse des parois du pharynx et la présence de croûtes et de mucosités dans sa cavité, le catarrhe de la glande de Luschka devra être recherché;

2° La cautérisation énergique de la bourse pharyngée au moyen du galvano-cautère produit la cessation du catarrhe de cette cavité et entraîne consécutivement la guérison de la pharyngite secondaire;

3° La présence concomitante des signes de l'ozène vrai n'est pas une contre-indication à l'intervention directe sur la glande de Luschka; car si la destruction complète de cette glande ne saurait modifier la conformation vicieuse des fosses nasales, elle peut tarir le catarrhe pharyngé, consécutivement le catarrhe nasal, et diminuer la quantité des sécrétions qui tendent à s'accumuler dans ces deux cavités. En d'autres termes, si les croûtes nasales sont toujours expulsées difficilement, elles peuvent devenir moins abondantes;

4° A moins d'obstacles résultant de certaines particularités individuelles, la rhinoscopie postérieure, pratiquée avec le crochet de Voltolini et le grand miroir laryngien devra être préféré à l'ancien procédé dans toutes les circonstances où l'examen du pharynx et particulièrement de sa voûte s'impose au médecin. (*France médicale.*)

Études expérimentales faites avec la cannabine. — M. Fernand Roux a entrepris, dans le laboratoire et le service de M. le docteur Huchard, à l'hôpital Bichat, une série d'expériences avec l'un des produits les plus importants du chanvre indien, la cannabine; les résultats obtenus l'ont conduit à formuler les propositions suivantes :

La partie active du chanvre indien réside dans la résine, comme le croyaient Gastinel et Robertson et non dans l'huile essentielle, selon l'opinion de Personne et de Robiquet.

L'extrait pétrolique de cannabine possède des propriétés excitantes et convulsivantes. A la dose de 1 gramme, il produit un véritable coma et il est toxique, l'animal en expérience succombant au bout de onze à douze heures.

L'extrait alcoolique semble doué, chez certains individus, de propriétés narcotiques, mais le sommeil produit est rarement profond. Son action est très incertaine en employant des doses faibles, ce qu'on est obligé de faire si on veut éviter les accidents consécutifs du côté des fonctions digestives.

L'extrait éthéré ne produit que des résultats insignifiants.

Les autres produits, le tannate de cannabine entre autres, sont absolument inactifs.

Tous les extraits actifs de cannabis amènent rapidement l'anorexie et engendrent un état d'amaigrissement et d'apathie bien marqué. Il n'est pas nécessaire de prolonger très longtemps l'usage du médicament pour obtenir ces résultats. Quelques doses suffisent.

Donc, en raison des effets très variables suivant le mode de préparation de la cannabine, effets qu'il est par conséquent impossible de prévoir; en raison des accidents que peut causer le remède et qui sont susceptibles d'amener la mort, si les doses sont poussées trop loin, la cannabine ne doit pas entrer, jusqu'à nouvel ordre, dans l'arsenal thérapeutique. En effet, ou bien, ce qui doit être le cas le plus fréquent, on n'a entre les mains qu'un produit inactif, ou bien on est exposé à faire usage d'un médicament dont les avantages douteux sont accompagnés d'inconvénients sérieux et certains. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

De l'emploi du sublimé dans les irrigations vaginales ou intra-utérines. — Le docteur Braun, en se basant sur un grand nombre d'observations, formule les conclusions suivantes :

1° Les irrigations vaginales ou intra-utérines, pratiquées avec une solution de sublimé, sont facilement suivies d'une résorption du liquide injecté;

2° En cas de résorption, le mercure peut être constaté très rapidement dans les matières fécales;

3° S'il existe un obstacle à la sortie du liquide qui a servi pour l'irrigation, la résorption peut survenir avec une rapidité extrême;

4° La solution de sublimé à 1 pour 1000 ne doit être employée que dans les cas graves : dans la tympanite de l'utérus, la putréfaction du fœtus dans la cavité utérine, dans la fièvre puerpérale septique. Dans tous ces cas l'irrigation ne doit pas dépasser la durée d'une minute et il importe de la faire suivre d'une injection abondante d'eau distillée;

5° Le sublimé en solution à 1 pour 4000 ne doit être injecté que dans les cas d'expulsion du fœtus en état de macération, dans l'endométrite *sub partu* à la suite de l'expulsion du fœtus dans les accouchements prématurés;

6° La même solution de sublimé (4 pour 1000) peut encore servir dans l'endométrite puerpérale qui s'accompagne d'un écoulement vaginal fétide. Ici encore, l'irrigation doit être suivie d'une injection d'eau simple;

7° Les irrigations de sublimé doivent être faites par le médecin et non point par la sage-femme ou la garde-malade;

8° L'irrigation doit être soumise à une faible pression et la durée de l'irrigation aussi courte que possible;

9° Il importe que les mains, les organes génitaux externes et les instruments qui servent à l'irrigation soient d'une propreté absolue;

10° Les irrigations de sublimé seront proscrites, ou au moins pratiquées le moins possible, chez les femmes qui présentent des plaies étendues au niveau de la vulve, chez celles qui ont absorbé antérieurement des préparations mercurielles, dans les cas d'atonie de l'utérus, également chez les personnes anémiques et enfin chez celles qui sont atteintes d'affections rénales. (*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*)

Solution contre l'orgelet. — M. le docteur Abadie préconise la solution suivante contre l'orgelet :

Acide borique	10 grammes.
Eau distillée	300 —

On fait dissoudre; on imbibe de la ouate avec cette solution, on la place sur le petit abcès de la paupière, puis on la recouvre d'une rondelle de taffetas gommé et d'une petite quantité de ouate sèche, de manière à former un pansement antiseptique toujours humide.

Si l'orgelet tarde trop à s'ouvrir spontanément, on l'incise avec la pointe d'un bistouri, et on en exprime soigneusement le contenu. Le malade continue pendant quelques jours à se laver les paupières avec la solution boriquée, afin de prévenir toutes rechutes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Le bacille de la fièvre typhoïde. — M. CHANTEMESSE fait une communication sur le bacille de la fièvre typhoïde. (Voir plus haut, p. 202).

Pleurésie purulente. — M. DEBOVE présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance, et qui est atteint de pleurésie purulente latente du côté gauche. Ce malade n'a pas de fièvre. Depuis sa dernière communication, M. Debove a reçu une note de M. Desplats (de Lille) sur un malade atteint de pleurésie purulente latente, qui est ponctionné de temps en temps, et qui peut vaquer à ses occupations.

Chez le malade de M. Debove, le cœur s'est déplacé en masse du côté droit, la base du cœur beaucoup plus portée à droite que la pointe, comme cela a lieu habituellement.

Angine de poitrine à siège épigastrique. — M. HUCHARD fait une communication sur l'angine de poitrine à siège épigastrique.

Il s'agit d'une malade atteinte de dyspnée extrême; on trouva chez elle les signes d'une myocardite avec aortite. Aux accès d'oppression se joignirent bientôt des accès de douleurs extrêmement vives au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs survenaient à l'occasion du moindre mouvement.

Cette malade mourut subitement dans une de ces crises. M. Huchard avait reconnu qu'il s'agissait d'une angine de poitrine à forme épigastrique, et annonça qu'on trouverait à l'autopsie les lésions caractéristiques de l'angine de poitrine, c'est-à-dire l'oblitération des artères coronaires et les lésions de l'aortite.

M. Huchard insiste sur les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été commises entre l'angine de poitrine à siège épigastrique et la simple gastralgie.

Il communique une observation de M. Allez (de Lille) sur un cas classique d'angine de poitrine avec autopsie. L'une des artères coronaires est absolument oblitérée. On a également constaté les lésions caractéristiques de la myocardite.

M. MOUTARD-MARTIN demande à M. Huchard si, selon lui, l'oblitération partielle des deux coronaires suffit pour expliquer les phénomènes dont il vient de parler.

M. HUCHARD répond que dans les observations où on ne note que les orifices de l'artère coronaire, cela ne suffit pas, attendu qu'on trouve parfois un thrombus à une certaine distance de cet orifice. Quant au cas où l'on a trouvé l'oblitération des artères coronaires sans qu'il y ait eu d'angine de poitrine, ils peuvent s'expliquer par la formation d'une circulation complémentaire qu'il a lui-même observée plusieurs fois.

M. MOUTARD-MARTIN adressait cette question à M. Huchard parce que, ce matin même, il a fait l'autopsie d'un malade mort dans son service, sans avoir présenté de symptômes d'angine de poitrine, et dont les deux artères coronaires étaient oblitérées. C'était un albuminurique avec hypertrophie du cœur.

M. CHAUFFARD remarque, sur le dessin présenté par M. Huchard, des lésions très marquées d'aortite. Les phénomènes observés ne tenaient-ils pas plutôt à cette aortite.

M. HUCHARD répond qu'il n'y a pas d'angine de poitrine sans aortite. Il rappelle qu'il obtient les meilleurs effets de l'iodure de potassium dans le traitement de l'angine de poitrine.

M. GUYOT n'a pas obtenu d'aussi bons résultats de l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de cette affection. Il faut attendre de très longues années avant de se prononcer sur l'efficacité de ce traitement.

M. HUCHARD dit qu'il ne faut pas confondre les affections cardiaques avec les affections aortiques. Bouillaud a le premier démontré que les affections aortiques, même les anévrysmes, peuvent guérir sous l'influence de l'iodure de potassium.

Depuis six à sept ans que M. Huchard traite les malades atteints d'angine de poitrine par l'iodure de sodium, il a eu l'occasion de constater un assez grand nombre de cas de guérison.

M. GUYOT ne croit pas qu'on puisse affirmer que l'iodure de potassium modifie les aortiques chroniques, attendu qu'ils se modifient souvent d'eux-mêmes.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Huchard la proportion de guérisons qu'il a obtenues.

M. HUCHARD fera connaître ses statistiques.

ÉLECTIONS

M. Siredey est nommé vice-président et M. Hardy membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil général des Facultés de Paris s'est réuni vendredi sous la présidence de M. Gréard, et, procédant en ce qui le concerne à la présentation des candidats à la place de doyen de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Béclard, a présenté également en première ligne, par 15 voix sur 16 votants, M. le professeur Brouardel, et en seconde ligne M. le professeur Jaccoud.

Dans cette même séance le Conseil a émis aussi le vœu que l'École supérieure de pharmacie de Paris soit représentée au sein du Conseil, non plus seulement par son directeur et *un* délégué, mais par son directeur et *deux* délégués.

— Par suite du décès de M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Proust passe de l'hôpital Lariboisière à l'Hôtel-Dieu; — M. le docteur Gouguenheim passe de l'hôpital Bichat à l'hôpital Lariboisière; — M. le docteur Lacombe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Bichat; — M. le docteur Barth, de la Maison de Sainte-Périne à l'hôpital Tenon; — enfin M. le docteur Letulle, du Bureau central à la Maison de Sainte-Périne.

— Un incendie considérable a éclaté samedi, à onze heures du soir, dans une partie des bâtiments de la Faculté de médecine de Nancy. Le laboratoire de thérapeutique et les collections de thérapeutique, le cabinet du professeur d'histoire naturelle, ont été détruits.

On a pu sauver la bibliothèque; une seule salle a dû être déménagée.

L'incendie aurait été causé par une étuve. Les appartements du secrétaire ont été endommagés par l'eau.

— A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État, seront soumis à un droit d'inscription de 30 francs par trimestre.

Sont dispensés de ce droit, les boursiers; peuvent, en outre, en être dispensés, un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, les Écoles de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences.

Un décret rendu en la forme du règlement d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées.

Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jobbé-Duval, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris; et celle de M. Auvray (de Nonancourt).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20790

14

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

« Un grand nombre d'accidents
« morbides dont la cause paraît
« ignorée sont dus à un état de
« constipation habituelle.
. . . .
« Loin de modifier heureuse-
« ment la constipation, les pur-
« gatifs l'augmentent et la ren-
« dent presque invincible.
« Professeur TROUSSEAU. »

Les expériences nombreuses faites depuis 1872 dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habituelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix: 3 fr. la boîte dans toutes les pharm.

52

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de *Phosphore actif*).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations.

Un, puis deux granules aux deux principaux repas.

Prix : 3 fr. le flacon dans toutes les pharmacies.

25

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

21

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

47

ANALYSE DE FÉVRIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de févirer, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.032
	gr.	
Beurre par litre	57.800	
Albumine	14.000	
Caséine	19.800	
Sucre de lait	54.400	
Sels	7.500	
Total des matières fixes	153.500	153.500
Eau		878.500

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.534
Acide sulfurique	0.171
Chaux	2.015
Magnésie	0.184
Potasse	1.928
Soude	0.530
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.138
Total	7.500

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.	
—	40 c. le 1/2 litre.	
Rendu à domicile	70 c. le litre.	
—	45 c. le 1/2 litre.	

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

61

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

56

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supérr.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2
Grand modèle supérr.	(no 5)	pr adultes :	20 cent.
Grand modèle extra supérr.	(no 6)	pr adultes :	25 c.
Grand modèle extra supérr.	(no 7)	pr adultes :	25 c.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, *rue Sévigné, Paris* (*anciennement* 40, *rue des Blancs-Manteaux.*)

NOTA. — Avoir soin de désigner chaque appareil par son numéro d'ordre.

23

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50
105, r. de Rennes, PARIS et Phies.

C. Freyssinge

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

43

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient: Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les Véritables Pilules Moussette par l'entremise des Pharmaciens.

90

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU DR CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme
« de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,**
« on parvient *sûrement* à prévenir les
« Sueurs pathologiques, et notamment les
« **Sueurs nocturnes des Phthisiques.**
« C'est sur une centaine de cas observés dans
« les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont
« constamment réussi. »
(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact*.

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

77

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le Vin iodé de Moride est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre;* il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement.

60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais, LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phlen, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

24

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer que la

POUDRE DE VIANDE DIASTASÉE

DE TROUETTE-PERRET

est faite avec la viande de bœuf pur, **sans odeur et sans mauvais goût,** *et qu'un échantillon gratuit vous sera envoyé franco sur votre demande.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

10

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

80

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

19

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

85

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

78

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée

N° 27. — JEUDI 3 MARS 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 3 MARS 1887. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été consacrée, presque tout entière, à la lecture du rapport de la commission permanente des eaux minérales, sur les réformes à introduire dans l'inspectorat. — Les conclusions de ce rapport, que nous reproduisons dans le compte rendu de la séance, vont, sans doute, causer bien des surprises et provoquer bien des mécomptes parmi les promoteurs et les partisans du mouvement anti-inspectoral. Pour nous, nous en sommes si peu surpris, que nous les avions prévues, sinon dans leur texte, au moins dans leur sens, lorsque nous écrivions le 11 novembre dernier, à l'occasion de la lecture du rapport annuel sur l'exercice des eaux minérales pour l'année 1885 : « A en juger par l'esprit qui domine dans cette sorte de manifeste préliminaire, il nous paraît douteux que la campagne engagée contre cette institution (l'inspectorat), trouve un accueil favorable et un appui au sein de la savante compagnie. » Mais pour n'avoir pas été surpris, nous n'en avons pas été plus satisfaits. C'est un trop gros document pour en aborder *ex abrupto* l'examen critique. L'Académie elle-même ne s'est pas sentie en mesure de s'y engager immédiatement. Elle en a renvoyé la discussion à quinzaine. Nous aurons d'ici là le temps de nous édifier.

L'Académie a élu, dans cette séance, un correspondant national pour la première division. La lutte — car il y a eu lutte — a été entre M. Picot (de Bordeaux), et M. Zambaco, (de Constantinople). C'est M. Picot qui l'a emporté.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire.

I

J'ai reçu la semaine dernière, dans mes salles, trois malades atteints d'accidents de pseudo-rhumatisme, mais en réalité d'accidents de syphilis secondaire. J'en profite donc pour traiter cette importante question.

Il est indiscutable que l'influence de la syphilis se traduit dans un certain nombre de cas par des manifestations diverses intéressant les articulations. Cette influence s'exerce à des âges divers de la diathèse, soit dans une période jeune, voire même très jeune encore de la maladie, soit à des époques plus ou moins reculées.

A ne parler actuellement que des manifestations articulaires qui se produisent soit au seuil même de la maladie, soit dans une période secondaire, c'est-à-dire dans les premières années, les accidents de cet ordre et de cette période constituent un groupe de symptômes qui ont été longtemps méconnus, au moins pour la plupart, comme nature propre, c'est-à-dire en tant que symptômes se rattachant à la diathèse. Jusqu'à une époque voisine de la nôtre, on les confondait avec des accidents rhumatismaux greffés sur un état syphilitique ou, pour mieux dire, on les prenait pour de simples accidents de rhumatisme affectant par aventure des sujets syphilitiques.

Dans mes leçons de Lourcine, je me suis attaché autrefois, d'une part à catégoriser ces divers accidents, c'est-à-dire à les classer sous leurs chefs naturels, d'autre part et surtout à démontrer leurs relations de causalité, d'origine, avec la syphilis.

Depuis lors, de nombreux travaux, tels par exemple que ceux de M. Lancereaux, de MM. Vaffier, Ingold, Voisin, Dauzat, Plateau, etc., sont venus confirmer et étendre nos connaissances sur ce sujet.

Dans la période secondaire, les manifestations articulaires de la syphilis comprennent trois ordres d'accidents qui peuvent être différenciés et dénommés de la façon suivante :

1° Des arthralgies ou douleurs articulaires sans lésions appréciables;

2° Des arthrites subaiguës ou fluxions sub-inflammatoires des jointures rappelant à peu près ce qu'est une arthrite ou une fluxion rhumatismale de légère intensité;

3° Des hydarthroses ou fluxions hypercriniques des jointures.

Quelques mots donc sur chacun de ces trois types.

1° *Arthralgies.* — Celles-ci, comme je viens de vous le dire, ne sont caractérisées que par une sensibilité morbide des jointures. Ce sont des douleurs articulaires *sine materiâ*. Les articulations deviennent douloureuses dans les mouvements, et c'est tout. C'est tout, car si l'on examine, même avec le plus grand soin, la jointure affectée, on n'y constate

rien d'anomal : pas de tuméfaction, pas de déformation, pas de rougeur tégumentaire, pas d'épanchement synovial, etc., tous signes négatifs, en un mot, sauf un seul, la douleur. Encore cette douleur ne s'accuse-t-elle pas toujours de la même façon. Le plus souvent elle consiste à la fois en une sensibilité morbide à la pression et en des souffrances plus ou moins aiguës déterminées par les mouvements. Mais, quelquefois aussi, l'articulation reste indolente à la pression et ne devient douloureuse que dans les mouvements. Toute la maladie alors est constituée par un simple trouble fonctionnel, inappréciable pour le médecin et sensible seulement pour le malade dans l'exercice de ses articulations.

Ces arthralgies peuvent se produire sur presque toutes les jointures. Il en est quelques-unes cependant qu'elles affectent plus souvent que d'autres : les grandes jointures bien plus fréquemment que les petites. Citons comme telles :

a. Les articulations scapulo-humérales. — Nombre de nos malades, ici, se plaignent de douleurs dans les épaules. Elles éprouvent, disent-elles, de véritables angoisses lorsqu'elles veulent lever les bras, comme pour se peigner, par exemple. A l'examen, on ne trouve aucun signe qui explique de tels symptômes : pas de points névralgiques, pas de sensibilité anomale des tissus, des masses musculaires, des os, etc. Seuls, les mouvements qu'on imprime à l'humérus sont douloureux. Force est donc de rattacher ces douleurs à une arthralgie scapulo-humérale ;

b. Les genoux. — Localisation encore extrêmement commune, rendant la marche difficile et douloureuse. La douleur est parfois assez intense pour que les malades ne puissent plier les jambes sur la cuisse, ni se baisser pour ramasser un objet à terre. J'ai vu même certaines femmes incapables de tolérer la station debout sans être soutenues, incapables de se relever après être restées assises;

c. Ces arthralgies s'observent assez souvent aux coudes, aux poignets, aux articulations tibio-tarsiennes. Elles sont plus rares dans les articulations du pied ou de la main, à l'articulation temporo-maxillaire, à la hanche, etc.

Comme particularité curieuse, sans grande importance assurément, mais ne laissant pas d'imprimer aux arthralgies secondaires une physionomie tant soit peu spéciale, je dirai que les raideurs articulaires et les troubles fonctionnels qui résultent de ces arthralgies ont pour caractère assez fréquent *de s'accroître par le repos et de se dissiper par l'exercice*. Ainsi, presque quotidiennement, à notre visite, nous entendons quelqu'une de nos malades nous tenir le petit discours que voici : « La nuit, quand je m'éveille, je ne puis remuer mes membres; ils sont lourds, engourdis, comme impotents. Il m'est impossible de faire plier mes jointures. De même le matin en me levant je suis comme paralysée; je ne puis mouvoir mes articulations, lever mes bras, me baisser pour ramasser mes chaussures. Puis quand je me suis *forcée*, alors cela va mieux; mes jointures, *qui étaient comme rouillées, se dérouillent;* mes membres se meuvent avec moins de douleur et plus de liberté. Finalement, au bout de quelques heures, je ne sens plus rien de cela et je me trouve assez bien tout le restant du jour. Je crois alors que c'est fini. Mais, la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, et tous les jours à l'avenant. »

Eh bien, ce fait de *jointures rouillées par le repos et dérouillées par l'exercice*, — je conserve à dessein ces expressions de nos malades parce qu'elles sont tout à fait significatives, — ce fait, dis-je, s'observe très communément avec les arthralgies secondaires. Je n'oserais vous le donner comme absolument spécial à ce genre d'atrhralgie, comme pathognomonique des affections articulaires syphilitiques : mais ce que j'affirme du moins, c'est qu'il est infiniment plus commun dans la syphilis que dans toute autre maladie. Aussi faut-il le tenir pour suspect chaque fois qu'il se présente à notre observation.

Quoi qu'il en soit, ces arthropathies s'observent surtout dans deux ordres de conditions qu'il est très essentiel de spécifier : 1° on les rencontre plus communément chez la femme que chez l'homme; elles sont très fréquentes à des degrés divers chez la femme; elles sont beaucoup moins habituelles chez l'homme ; 2° elles se rencontrent de préférence au début même de la période secondaire, et coïncident avec ce qu'on appelle la première poussée secondaire. Aussi est-il habituel de les observer coexistant avec la roséole et ses divers symptômes qui, surtout chez les femmes et chez les jeunes femmes, chez les femmes nerveuses plus spécialement encore, composent le groupe de cette première poussée, à savoir : la céphalie, les troubles du sommeil, l'accablement, la courbature, des douleurs névralgiques, la fièvre syphilitique, des troubles généraux, etc. L'une de nos malades actuelles nous en offre un type superbe.

La durée qu'affectent ou peuvent affecter ces arthralgies secondaires est essentiellement variable et variable surtout suivant une condition particulière, savoir l'intervention ou la non-intervention du traitement spécifique.

A coup sûr, même en l'absence de ce traitement, ces arthralgies peuvent guérir et guérir de la sorte *sponte sua;* mais, à coup sûr aussi, elles affectent généralement une durée plus ou moins longue, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. Il n'est pas rare alors qu'elles se prolongent pendant plusieurs semaines, voire des mois entiers. C'est ainsi qu'en maintes circonstances, pour ma part seulement, j'ai entendu deux femmes, dont la syphilis avait été méconnue au début, me raconter que pendant plusieurs mois elles n'avaient cessé d'être en proie à des douleurs diverses, douleurs dans les jointures, céphalée, malaise général, etc.

En revanche, soumises au traitement spécifique, ces arthralgies s'évanouissent, on peut le dire, comme par enchantement. Elles cèdent en quelques jours. C'est un feu de paille sans durée. Il est même peu de symptômes syphilitiques qui soient aussi rapidement et aussi complètement accessibles à l'influence du traitement spécifique. C'en est à ce point que, si l'on pouvait avoir quelques doutes sur la connexion de ces arthralgies avec la syphilis, ils tomberaient immédiatement devant la constatation des effets thérapeutiques exercés sur elles par le traitement en question. Ce traitement aura pour base le mercure, mais le mercure à bonnes doses. Pour débarrasser rapidement les malades de ces symptômes pénibles, il ne faut pas hésiter à administrer d'emblée 5 à 10 centigrammes de protoiodure. Il est également d'expérience que l'addition au mercure d'une faible dose d'iodure de potassium ($0^{gr},50$ centigrammes à 1 gramme) est souvent suivie de résultats favorables et accélère la sédation des douleurs.

Ces arthralgies que nous venons de décrire sont les plus communes, et de beaucoup, de toutes les manifestations que réalise vers les jointures la syphilis secondaire.

Les deux autres ordres d'accidents articulaires dont j'ai à vous parler ne s'observent que dans un nombre de cas

beaucoup plus restreint. Ceux-ci, comme je vous le disais précédemment, sont constitués : 1° par des arthropathies subaiguës assez semblables à des fluxions rhumatismales ; 2° par des hydarthroses.

2° *Arthrites-subaiguës.* — Les affections qui méritent le nom d'arthrites subaiguës secondaires sont les plus rares de toutes les manifestations morbides que nous étudions actuellement.

D'un mot, je puis vous en donner d'emblée une idée générale, en vous disant qu'elles offrent objectivement l'ensemble des symptômes qui caractérisent soit une arthrite légère, soit une fluxion rhumatismale articulaire de forme subaiguë. Ce qu'on constate, en effet, est ceci : « Une jointure douloureuse empêchée dans ses mouvements ; fluxionnée, mais non déformée. » Ce qui domine, c'est la douleur avec limitation symptomatique des mouvements. L'articulation est devenue douloureuse soit spontanément, soit à la pression, soit plus encore dans les mouvements volontaires ou communiqués. Aussi les mouvements sont-ils empêchés, limités, si ce n'est même impossibles, en quelques cas. Si la lésion siège au genou, par exemple (ce qui est une localisation presque habituelle en l'espèce), la marche est difficile, douloureuse, et *sponte sua* les malades se condamnent au repos.

Toutefois, cette douleur ne revêt jamais qu'une intensité au plus moyenne et n'est en rien assimilable soit aux cruelles souffrances de l'arthrite vraie, soit même aux souffrances moins aiguës du rhumatisme articulaire. A l'examen, on constate une jointure légèrement augmentée de volume, fluxionnée, mais non déformée cependant, c'est-à-dire n'offrant pas cet excès de volume qui constitue l'hydarthrose proprement dite. Par une investigation attentive, on perçoit un léger degré d'épanchement dans l'article, mais pas assez abondant pour ne pas rester douteux dans certains cas.

Du reste, nul autre signe et notamment pas de rougeur périarticulaire, pas même cette suffusion rosée qu'il est assez fréquent d'observer au niveau des jointures envahies par le rhumatisme.

Cette fluxion rhumatismale qu'exerce la syphilis secondaire sur le système articulaire se limite le plus habituellement à une jointure. Quelquefois, cependant, elle s'étend à deux articulations, comme aux deux genoux par exemple, plus rarement à trois ; mais jamais, du moins dans mes observations personnelles, je ne l'ai vue s'étendre davantage, *a fortiori*, se généraliser.

D'autre part, bien que de nature inflammatoire, elle ne réagit pas le plus souvent sur l'état général, ce qui revient à dire qu'elle est apyrétique. Elle reste une lésion locale sans retentissement sympathique, très différente en cela des poussées rhumatismales, même subaiguës, qui s'accompagnent presque toujours d'un certain ébranlement général de l'économie. Ce n'est guère que dans un certain nombre de cas restreint, chez les femmes excitables et nerveuses, par exemple, qu'elle détermine un léger état fébrile, toujours assez éphémère, avec inappétence, malaises, agitation, etc.

Cette forme morbide affecte, pour siège le plus habituel, l'articulation du genou. Plus rarement, on la rencontre sur le coude, le poignet, l'articulation tibio-tarsienne. Je ne l'ai pas encore observée sur les petites articulations.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. FLEURY.

Calcul enchatonné dans la vessie chez un jeune homme de dix-huit ans ; taille hypogastrique ; guérison sans qu'une sonde à demeure soit restée dans le canal de l'urèthre.

(Observation recueillie par M. NOIR, interne du service.)

Les enfants présentent bien rarement des calculs vésicaux enchatonnés. La disposition des fibres musculaires de cet organe rend compte de leur absence.

Dans une longue pratique, M. Fleury n'en a observé qu'un seul exemple chez un enfant âgé de huit ans. On constatait chez lui tous les symptômes de la pierre ; la sonde paraissait la rencontrer dans le même point ; mais cette sensation n'était pas assez nette pour qu'on pût porter un diagnostic exact.

Il fut opéré par la taille sous-pubienne. Comme le périnée offre à cet âge peu d'épaisseur, le chirurgien put introduire facilement le doigt dans la vessie, sentir sur sa paroi antérieure le calcul, mais il lui fut impossible de le contourner, tant il paraissait adhérer à sa membrane muqueuse.

Une tenette droite avait peu de prise ; on se servit d'une pince à polype recourbée ; ses mors glissaient sur la pierre sans parvenir à la dégager. M. Fleury engageant l'aide qui avait tenu le cathéter à déprimer fortement l'hypogastre, la paroi antérieure de la vessie vint alors à la rencontre de la pince dont les mors s'implantaient dans le calcul (il pèse 10 grammes, a la forme d'un ovale dont le grand diamètre a 2 centimètres et demi et le petit 2).

Les suites de l'opération furent des plus simples ; le petit malade se rétablit promptement. Dans le cas actuel, les choses ne se passèrent pas aussi bien. Fort heureusement, l'opérateur ne songea pas à la lithotritie et donna la préférence à la taille hypogastrique qui lui avait réussi chez deux autres malades.

Les conditions dans lesquelles s'est présenté le calcul nous ont paru si exceptionnelles, qu'elles sont de nature à intéresser les lecteurs de la *Gazette*.

Une pierre enchatonnée dans la vessie peut souvent passer inaperçue ; comme elle est immobile, sa présence ne se manifeste souvent que par des signes insensibles ; le malade éprouve assurément un sentiment de pesanteur à l'hypogastre ; mais comme le jet de l'urine n'est pas interrompu, comme la miction n'est pas plus fréquente le jour que la nuit, que le cathétérisme n'offre pas les signes sensibles d'une pierre, on comprend parfaitement l'obscurité du diagnostic.

M. Fleury nous a cité l'observation de l'un de ses clients, âgé d'une cinquantaine d'années, qui souffrait en urinant et qui éprouvait des douleurs très vives au bas ventre lorsque son pied rencontrait une pierre ou s'il marchait sur un sol inégal ; ses urines n'offraient rien de particulier ; le cathétérisme était négatif. Les signes rationnels de la pierre étaient cependant tellement accentués qu'en répétant souvent la même opération, il crut sentir un jour un calcul qui devait être assurément enchatonné.

Le malade voulait être lithotritié et reculait devant une opération sanglante. M. Fleury l'adressa alors à M. Leroy d'Étiolles qui fut de son avis et qui finit par lui persuader que le broiement du calcul n'était pas possible. Il pratiqua la taille hypogastrique qui fut suivie de succès.

Le corps étranger avait la forme d'une grosse figue; le sommet du cône qu'elle formait était seul à découvert dans la vessie; il fallait donc que le bec de la sonde arrivât bien juste pour le sentir.

Chez le jeune homme qui fait le sujet de cette observation, les signes sensibles confirmèrent les symptômes rationnels. Aussi était-on loin de penser que le calcul adhérait aux parois de la vessie.

C'était un garçon âgé de dix-huit ans, cultivateur dans une petite ville de la montagne; il fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 2 novembre 1886.

Doué d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, il a eu, pendant sa première enfance, une incontinence d'urine nocturne, qui n'a rien de commun avec la maladie actuelle.

Il a ressenti pour la première fois, il y a deux ans, la première atteinte de son mal; les besoins d'uriner étaient fréquents, la verge était le siège de picotements assez pénibles et les urines laissaient déposer au fond du vase un produit blanchâtre; il se décida alors à consulter le médecin de sa localité; le cathétérisme fut pratiqué; mais comme il ne constata l'existence d'aucun corps étranger, le médecin crut à une cystite du col qu'il combattit avec des perles d'éther, du goudron et de l'eau de Vichy. Cette médication restant sans effets, il lui conseilla de venir à Clermont et d'entrer dans l'hôpital de cette ville.

Le malade présente tous les symptômes rationnels d'un calcul vésical, besoins fréquents d'uriner lorsqu'il est debout, parfois interruption brusque du jet de l'urine, sensation d'un corps étranger lorsqu'il marche rapidement ou qu'il se tourne brusquement dans son lit, urines légèrement troubles déposant du mucus qui s'accumule au fond du vase.

Le cathétérisme vient confirmer le diagnostic. On sent très distinctement un bruit sec qui ne laisse aucun doute sur la présence d'une pierre. Il ne restait plus qu'à en déterminer les dimensions afin d'être fixé sur le traitement auquel on aurait recours.

Un lithotriteur est introduit dans la vessie, après une injection préalable d'une solution d'acide borique; mais cet organe est tellement irritable, qu'une partie du liquide est chassée violemment; le calcul peut néanmoins être saisi, l'écartement des mors est de 35 centimètres.

M. Fleury hésita un instant pour savoir si on pratiquerait la ilthotritie ou la cystotomie. L'irritabilité de la vessie d'une part, de l'autre l'innocuité de la taille à cet âge, le firent pencher pour cette dernière opération. La taille hypogastrique lui avait bien réussi chez deux autres malades; c'est à ce dernier procédé qu'il donna la préférence. Les suites prouvèrent qu'il avait été bien inspiré, car s'il eût serré les mors du lithotriteur, la muqueuse vésicale eût été fatalement déchirée.

L'opération fut pratiquée le 5 novembre; le malade avait été purgé la veille, elle fut aussi simple que possible.

400 grammes d'eau à peu près furent introduits dans le ballon de Petersen, 200 grammes d'acide borique furent injectés dans la vessie. Une incision de cinq centimètres fut suffisante pour arriver à la vessie et on pratiqua une ouverture qui put donner accès au calcul.

Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Fleury lorsqu'en le soulevant avec l'index de la main droite recourbé en crochet il se présenta à l'ouverture de la vessie coiffé par la muqueuse dans sa plus grande étendue; l'énucléation fut facile; il n'était à nu que sur un point dont nous avons pu déterminer la surface.

Sa forme est celle d'un ovale allongé dont le grand diamètre est de 4 centimètres et le petit de 3; il est blanc, très léger (27 grammes) et composé de phosphate de chaux. La partie qui est à nu dans la vessie représente un cinquième à peu près de sa surface; elle offre une coloration jaune assez foncée qui tranche sur les autres; deux pointes assez acérées pénètrent à la face externe de la muqueuse et servent à l'y fixer. La distension qu'il a exercée sur elle l'a allongée assez fortement pour lui permettre de flotter dans le réservoir de l'urine; de là l'explication d'un corps étranger qui se déplace, et qui peut même arriver jusqu'à l'ouverture du col et suspendre momentanément le jet de l'urine.

Comme il était à découvert sur une certaine étendue, on conçoit que le bec de la sonde, en le rencontrant, ait donné la sensation caractéristique.

Ce calcul a été déposé au musée Dupuytren, après avoir été examiné par les membres de la Société de chirurgie.

Le sang s'écoule en petite quantité par la surface de la plaie qui a été réunie par trois points de suture pratiqués avec un fil d'argent après l'introduction du double tube en caoutchouc, mais il a dû s'en répandre en assez grande quantité dans le bas-fond de la vessie, car une injection pratiquée dans cet organe par un des tubes détermina sa sortie par l'urèthre et par l'autre tube.

Du 6 au 8 novembre. Le petit malade va bien, l'appétit est conservé; la température a cependant oscillé les premiers jours entre 37 et 40 degrés; il accuse un léger ballonnement de l'abdomen que l'on combat avec des frictions d'huile de camomille camphrée et une potion éthérée.

9 novembre. Les tubes fonctionnant mal, les injections ne parviennent pas à les déboucher. M. Fleury se décide à les retirer et à les remplacer par une sonde en caoutchouc vulcanisé introduite dans la vessie par le canal de l'urèthre. La plaie est pansée avec de la ouate imbibée de liqueur de van Wielen.

11 novembre. La sonde est aussi difficilement supportée que les tubes; on la retire et on se borne à faire une injection par jour.

L'urine s'écoule par la plaie; mais comme elle est claire et sans odeur, elle n'irrite pas les téguments comme cela se produit souvent chez les vieillards.

Les fils d'argent ont été enlevés au bout de dix jours; les lèvres de la plaie sont parfaitement réunies.

15 novembre. Tout semble donc nous promettre une guérison prochaine, mais en exerçant sur les parois de la région hypogastrique une légère pression, on détermine la sortie d'une certaine quantité de pus. Ce liquide est de bonne nature, mais son écoulement ne s'opère qu'avec une certaine difficulté, et comme il exhale une odeur fétide que des injections antiseptiques ne combattent que faiblement, on redoute les conséquences que cela pourrait avoir pour le malade. L'inflammation de la vessie a dû s'étendre au tissu cellulaire très lâche qui l'unit au rectum et en a déterminé la fonte purulente.

Ce qui nons confirme dans cette opinion, c'est que l'infirmier nous dit que le 19 novembre l'enfant avait rendu par les selles une matière blanchâtre qui, par sa couleur et sa consistance, nous rappelle le produit qui s'échappe par l'ouverture située à l'hypogastre.

Nul doute que l'abcès ne se fût ouvert dans le rectum.

A dater de ce moment, en effet, l'ecoulement s'est presque entièrement tari à la région sus-pubienne. Si le liquide qui s'en écoule a une teinte légèrement blanchâtre, il n'offre ni la consistance ni l'odeur des premiers jours; les yeux de la sonde n'en sont pas moins constamment bouchés, ce qui force à la retirer à chaque instant.

Comme le malade supporte difficilement ce cathétérisme répété, que la sonde irrite le col de sa vessie, qu'elle l'empêche de se placer sur le côté, M. Fleury se décide à la retirer, sauf à la remettre plus tard; mais l'ouverture s'est fermée seule comme dans la taille sous-pubienne et il a pu quitter l'hôpital parfaitement guéri, à la fin de décembre.

Peut-on toujours compter sur une terminaison aussi favorable? Ne restera-t-il pas à l'hypogastre une fistule urinaire si le liquide que contient la vessie ne s'écoule pas par une sonde fixée à la verge et tenue constamment débouchée? Chez l'enfant, c'est possible, chez l'adulte et les vieillards c'est plus douteux; il est vrai qu'à cet âge on trouve plus de patience, plus de raison, que le décubitus horizontal peut être gardé plus longtemps et permettre de laisser en place le double tube à syphon et plus tard une

sonde à demeure. Ces corps étrangers sont mal supportés par les enfants; aussi chez eux doit-on donner la préférence à la taille sous-pubienne qui est en général suivie de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique, communiquant l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs de la somme de 12000 francs que lui a fait M. Morin par son testament en date du 14 décembre 1884;

2° Une lettre du même ministre, qui informe l'Académie qu'il tient à sa disposition pour sa bibliothèque les ouvrages suivants : « Le comité des travaux historiques et scientifiques (histoire et documents). » — « De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes », par M. Émile Rivière.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sandras, qui adresse la relation des expériences faites au couvent de la Grande-Chartreuse, relativement à ses découvertes sur les modifications de la voix et sur les guérisons obtenues par les inhalations;

2° Une lettre de M. le docteur Garcin, demandant l'acceptation du dépôt d'un pli cacheté sur le traitement de la phthisie par le fluor (Accepté);

3° Une lettre de M. le docteur Rappin, accompagnant une note complémentaire du pli cacheté adressé à l'Académie le 8 janvier dernier sur des « Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes » (Accepté);

4° Un rapport sur une épidémie de variole, concluant à l'obligation de la revaccination dans toutes les écoles primaires, par M. le docteur Auguste Jaurès (Comm. des épidémies);

5° L'état détaillé des vaccinations et des revaccinations pratiquées dans neuf communes du canton d'Ay (Marne), par M. le docteur Plonquet;

6° Une lettre de M. le docteur Sagnier de La Pise, relative à l'hygiène de l'enfance (Renvoyée à la comm.);

7° Deux lettres de candidature pour la place de secrétaire perpétuel : l'une de M. Bergeron, l'autre de M. Jaccoud.

M. BÉCHAMP, dans une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, le prie d'ouvrir et de communiquer à l'Académie le pli cacheté qu'il a adressé dans la séance du 13 juillet 1886. La note contenue dans ce pli a pour titre : *De la cause des altérations subies par le sang au contact de l'air, de l'oxygène ou de l'acide carbonique.* M. Béchamp, en réponse à une proposition émise par M. Pasteur dans une discussion qu'il a eue avec lui dans la séance du 4 mai, rapporte dans cette note les résultats d'expériences nouvelles qu'il a faites et qui prouvent, suivant lui, d'une manière irrécusable, que l'oxygène n'est pas la cause de la disparition des globules et de la formation des cristaux, mais que c'est dans l'acide carbonique que le phénomène s'accomplit le plus manifestement, etc.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant national pour la première division.

Les candidats sont classés comme il suit :

En première ligne, M. Picot (de Bordeaux); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes); en troisième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro), Riembault (de Saint-Étienne) et Zambaco (de Constantinople).

Au premier tour de scrutin, nombre de votants 62, majorité 32,

M. Picot obtient . . . . 27 suffrages.
M. Zambaco . . . . 20 —
M. Marquez . . . . 7 —
M. Mauricet . . . . 6 —
M. Bonnet . . . . 2 —

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, l'Académie procède à un deuxième tour de scrutin, qui donne 34 voix à M. Picot, 25 à M. Zambaco.

M. Picot, ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

M. LE PRÉSIDENT, au nom du Conseil, déclare une vacance dans la section de physique et de chimie médicales.

RAPPORT

L'inspectorat des eaux minérales doit-il être supprimé ou modifié? — M. VIDAL, au nom de la commission permanente des eaux minérales, composée de MM. Marjolin, président, Bourgoin, Empis, Jules Lefort, Constantin Paul, Planchon et Vidal, rapporteur, lit le rapport demandé à l'Académie par M. le ministre du Commerce et de l'Industrie sur ce sujet. En voici les conclusions :

1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales (2e vœu de l'Académie, séance du 25 mars 1873).

2° Un médecin inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales naturelles, dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale (art. 1 du décret du 28 janvier 1860).

3° Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être ajoutés au médecin inspecteur sous le titre d'inspecteurs adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement (art. 2 même décret).

Pendant toute la durée de la saison thermale les adjoints partagent avec l'inspecteur l'assistance médicale des indigents.

4° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font dans ce but, aux propriétaires, régisseurs ou fermiers, les propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires; ils portent leurs plaintes à l'autorité et sont tenus de signaler les abus venus à leur connaissance.

5° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.

6° Les délégués du comité consultatif d'hygiène publique, faisant fonctions d'inspecteurs régionaux, seront chargés d'examiner les rapports administratifs adressés au ministre du Commerce par les médecins inspecteurs résidant.

7° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription, au moins une fois par an pendant la saison thermale.

Ils séjourneront dans chaque station autant que cela sera nécessaire; ils y retourneront à plusieurs reprises, s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin inspecteur.

Ils s'assureront du bon fonctionnement de l'assistance médicale et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité. Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges.

Ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité.

8° Les médecins exerçant dans chaque station d'eaux minérales seront réunis une fois l'an en commission consultative de préférence vers la fin de la saison thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires, ou autres, en un mot toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station.

La commission consultative sera composée des médecins exerçant depuis deux ans au moins dans la station thermale. Ne pourront

en faire partie que les docteurs en médecine nés français ou naturalisés français et reçus dans une des Facultés de France.

9° Les médecins inspecteurs des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du Commerce et de l'Industrie sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine votant en séance publique et au scrutin secret.

Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à l'Académie le droit d'élire les inspecteurs au vote uninominal, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre.

10° La limite d'âge pour les médecins inspecteurs sera fixée à soixante-cinq ans. Le titre de médecin inspecteur honoraire pourra leur être accordé.

11° Les médecins adjoints seront nommés par le ministre sur la proposition de la commission consultative des médecins de la station thermale composée comme il est dit ci-dessus, convoquée extraordinairement, s'il y a lieu, par l'administration.

Ils seront nommés pour une période de trois ans et rééligibles.

12° Les délégués chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs généraux seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du Commerce et de l'Industrie.

L'heure étant trop avancée pour engager la discussion, M. le Président propose de ne l'ouvrir qu'après l'insertion du rapport au Bulletin. Sur la proposition de plusieurs membres la discussion est renvoyée à quinzaine.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
ET DES BEAUX-ARTS

Avis.

Par suite de la loi de finances du 26 février 1887, rétablissant le droit d'inscription dans les Facultés de l'État, à partir du 1er avril 1887, les inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 ne pourront être prises dans aucune Faculté ou École d'enseignement supérieur avant une date qui sera ultérieurement fixée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 février 1887, ont été promus dans le cadre de l'armée territoriale, savoir :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. Gaulard et Baudry.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Powilewicz.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Percheron.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Luc.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Pozzi et Wickersheimer.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Bonnefon.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Oulmont.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Mauriac.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Pauchon.

— Par décret, en date du 24 février 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Esclangon.

— Par décret, en date du 25 février 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Letellier.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Deffaux, Chouppe, Huguet, Grellot, de Lapersonne, Routier et Barth.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Auguiot.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Clos.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Roy de Clotte et Aubouin.

— Par décret, en date du 28 février 1887, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine : Mayolle, Galbruner, Gabriel et Hagen.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 février 1887, un concours s'ouvrira le 4 novembre 1887, à l'École de médecine d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Pollosson, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : 1° de chimie, M. Ségard ; 2° d'histoire naturelle, M. Leplomb.

— La Société protectrice de l'enfance, dont l'assemblée générale a eu lieu dimanche, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. le docteur J. Rochard et la présidence effective de M. le docteur Marjolin, a décerné les récompenses suivantes :

Prix de la Société (500 francs) à M. le docteur Rivière, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son mémoire sur la question mise au concours : de l'ophthalmie des nouveau-nés. — Une médaille d'argent à M. le docteur Philip Mules, chirurgien de l'hôpital royal pour les maladies des yeux, à Manchester. — Une mention honorable à M. Maniglier, chef de clinique adjoint de M. le docteur Abadie.

Prix à MM. les médecins-inspecteurs. — Médailles d'or : M. le docteur Doumic (de Poissy) ; M. le docteur Gaudefroy de Vaton, M. le docteur Grosjean (de Montmirail), M. le docteur Lehec (de Châtillon).

Médailles d'argent : M. le docteur Lebault (de Saint-Vit).

La Société a mis au concours, pour l'année 1888, la question suivante : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. » — Le prix sera de la valeur de 500 francs.

Les mémoires doivent être adressés avant le 1er novembre 1887, au secrétariat général de la Société, rue des Beaux-Arts, n° 4.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carpentier, décédé à Paris, le 28 février 1887, à l'âge de quarante et un ans ; Leclerc, ancien interne des hôpitaux de Paris ; A. Nidart (de Sainte-Menehould) ; Raynaud, inspecteur du service de santé de la marine, en retraite ; Huart et Rossignol, médecins-majors de première classe, en retraite.

— L'importante bibliothèque scientifique et médicale qu'avait réunie M. Maurice Girard, ancien président de la Société entomologique de France, sera mise en vente le lundi 28 mars 1887. On peut se procurer le catalogue, qui comprend 823 numéros, chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20796

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL LAENNEC. — M. FERRAND.

L'exercice du langage et l'aphasie; lésions anatomiques et schéma.

Dans une série de leçons que je fis, il y a quelque temps déjà, j'ai étudié *les formes de la phthisie pulmonaire et les indications qui s'y rapportent.* J'ai l'intention de les reprendre aujourd'hui, pour traiter d'un sujet qui est pour ainsi dire collatéral et complémentaire du précédent, c'est-à-dire *des formes de la bronchite et des indications qui en découlent.*

Mais, avant d'attaquer ce sujet, il se trouve que l'occasion nous en impose un autre.

I

Il s'agit d'un homme qui vient de mourir subitement dans notre service à la suite des accidents suivants : frappé au mois de mars 1886 d'une hémiplégie droite, il était demeuré depuis lors paralysé de ce côté et privé absolument de l'exercice de la parole.

La sensibilité générale était conservée, ainsi que celle des sens spéciaux. Les mouvements de l'appareil phonateur, ceux de la bouche et ceux de la langue en particulier sont conservés et s'exécutent au commandement. Le malade entend ce qu'on lui dit, il le comprend, le manifeste par sa physionomie et par ses gestes et ne peut y répondre, du moins par la parole; car il peut prendre la plume, et, comme le mouvement de sa main droite est assez bien rétabli déjà, il peut écrire lisiblement, de même qu'il peut comprendre l'écriture, sans toutefois être capable d'en donner lecture à haute voix; il n'a gardé que la lecture mentale.

Si, par exemple, on lui demande quel est son métier, il ne peut répondre. Mais si on place sous ses yeux une liste comprenant les professions d'emballeur, de camionneur, de cantonnier, il n'hésite pas et désigne nettement du doigt le mot camionneur qui est, de fait, celui de son métier.

Je reviendrai chemin faisant sur quelques autres particularités de l'état de ce malade, telles qu'elles résultent des notes qui ont été recueillies sur lui par M. Wurtz, mon interne, et M. Périnelle, externe, chargé de cette partie du service.

Ce que je viens de dire suffit à établir que notre malade était atteint de cette variété d'aphasie qui a été appelée du nom d'*aphasie proprement dite* ou *aphasie motrice*.

La cause de cette affection avait été rapportée par nous à une lésion de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche du cerveau, qui est le siège du centre chargé de présider à la coordination des mouvements de l'articulation verbale. Comme notre malade avait été frappé subitement, ainsi qu'il arrive en cas d'hémorrhagie, nous avions pensé que cette lésion cérébrale se rattachait à un foyer hémorrhagique dû probablement à une altération vasculaire. Enfin, comme il était de plus notoirement syphilitique, nous conclûmes à une artérite spécifique siégeant dans les artères de la base du cerveau et s'étendant probablement à la sylvienne du côté correspondant.

Le malade était en voie de guérison et avait déjà récupéré la prononciation de quelques syllabes, lorsqu'il fut frappé d'une nouvelle attaque et mourut subitement dans la nuit du 3 novembre.

L'autopsie confirma de tous points le diagnostic : une hémorrhagie récente inondant les ventricules avait entraîné la mort. Son point de départ était au voisinage d'un foyer hémorrhagique ancien que vous pouvez voir sur les pièces qui ont été préparées et reproduites par la photographie, grâce au bienveillant concours de M. le professeur Damaschino, et ce foyer ancien occupe bien nettement le pied de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche. De plus, une coupe faite sur une artère voisine du foyer, et mise sous le champ du microscope, nous montre clairement l'infiltration et l'exsudation granuleuse qui caractérisent l'artérite, et surtout l'endartérite, avec cette forme qui appartient tout spécialement à l'endartérite syphilitique.

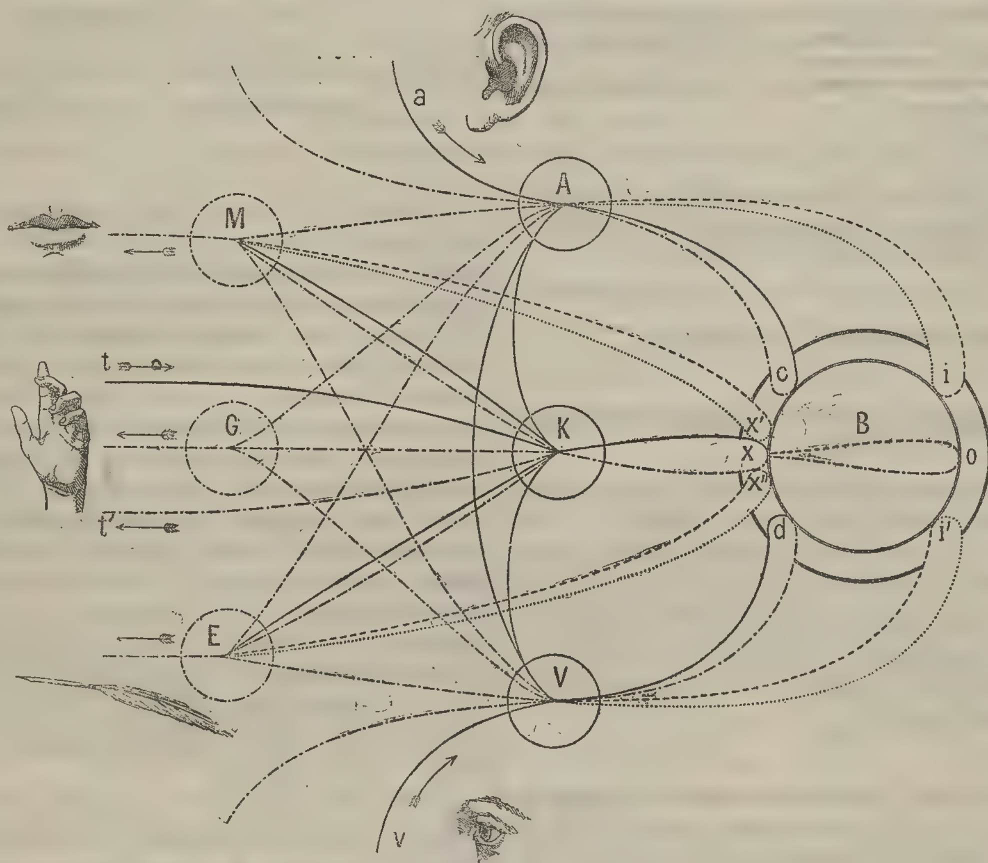
Telle est, résumée dans ses points essentiels, l'histoire de ce malade; c'est à cette occasion que je me suis proposé de vous présenter une étude succincte et physiologiquement coordonnée de l'exercice de la parole et des principaux troubles que cette fonction peut présenter au clinicien.

II

La parole est l'acte par lequel l'homme manifeste et communique ses impressions, ses pensées et ses décisions. Cette communication se peut faire selon trois modes différents : 1° soit au moyen du langage des gestes, autrement dit, la mimique; 2° soit au moyen du langage graphique, ou écriture; 3° soit au moyen du langage proprement dit,

ou langage articulé, autrement dit, par la parole. Le premier met en jeu le mouvement musculaire et la sensibilité générale ou tactile; le second implique une certaine coordination des mouvements de la main et la sensibilité visuelle; le troisième nécessite une coordination des mouvements de la langue et de l'appareil phonateur, et d'autre part la sensibilité auditive. Tous trois mettent donc en jeu un double appareil d'expression motrice et de réception sensorielle.

A ces divers appareils correspondent des centres cérébraux distincts, chargés de coordonner les fonctions motrices et de collecter les impressions sensorielles. Les rapports de ces centres divers et les cordons de communication qui les relient entre eux ne sont pas encore tous connus aujourd'hui; on sait cependant que c'est dans les divers départements de l'écorce cérébrale qu'on les rencontre, et à divers degrés de profondeur entre cette écorce et les ganglions centraux du cerveau. Plusieurs de ces centres sont bien définis, quelques-uns restent douteux, d'autres purement hypothétiques. Dans ces conditions, les auteurs ont imaginé des schéma qui figurent et ces centres et les cordons qui les mettent en rapport.



Légende explicative.

B.	Lieu des centres psychiques.	G.	Centre moteur mimique.
AKV.	Centres de collection sensorielle verbale.	c.	— de mémoire acoustique.
MGE.	Centre de coordination motrice verbale.	d.	— — visuelle.
A.	— des images verbales acoustiques.	x.	— — kinesthétique.
V.	— — visuelles.	aA.	Nerf acoustique.
K.	— — kinesthétiques	vV.	Nerf optique.
M.	— moteur phonétique.	tK.	Nerf de tact.
E.	— — graphique.	IoI'.	Centres d'imagination.

III

Voici le schéma que j'ai dressé à mon tour, que je crois tout à la fois plus méthodique, plus complet et non moins exact que les autres. J'en ai d'ailleurs emprunté les principaux éléments à ceux de Kussmaul et de M. Charcot.

Les lignes formées de tirets et de points qu'on pourrait teinter de rouge figurent dans ce tracé les cordons moteurs ou centrifuges et les cercles analogues, les centres de coordination motrice de l'expression par la parole, par l'écriture ou par le geste; les lignes continues, qu'on pourrait teinter de bleu, figurent les trajets centripètes des impressions sensibles et les cercles correspondants les centres de collection des impressions provoquées par les signes du langage parlé, de l'écriture ou de la mimique.

Ainsi M est le centre de la coordination motrice verbale, E est le centre de la coordination motrice graphique, et G est le centre de la coordination motrice mimique. Et ces centres peuvent être atteints alors que la motricité générale demeure intacte. Ce qui explique comment un malade capable de remuer la langue et les lèvres en tous sens a cependant perdu la faculté de coordonner ces mouvements en vue de leur faire articuler les mots d'une langue.

De même A est le centre de la collection des sensations auditives verbales, V le centre de la collection de sensations visuelles verbales, et K le centre de la collection des sensations kinesthétiques verbales. Ces trois centres se distinguent des centres de perception tactile, visuelle et auditive, qui sont mis en jeu par les sensations et qui n'ont pas la parole pour objet, et c'est là encore ce qui explique comment des sujets qui ont conservé la vue des objets, l'audition des instruments, sont devenus, malgré cela, incapables de voir les mots écrits et de les entendre quand on les parle devant eux.

J'ai figuré, en un cercle plein et à la droite du tracé, le centre des opérations que j'appellerai *psychiques* B (et que je vous prie de ne pas confondre avec les opérations intellectuelles proprement dites); ces opérations consistent surtout dans la mémoire et l'imagination. Et j'ai figuré, dans ce centre B, les 3 centres secondaires de la mémoire verbale; *c*, centre de la mémoire auditive des mots parlés; *d*, centre de la mémoire visuelle des mots écrits, et *x*, centre de la mémoire kinesthétique. Ce sont là encore des centres distincts, assez incertains dans leur siège anatomique, mais qui paraissent occuper les couches les plus superficielles de l'écorce cérébrale, avec les centres attribuables aux fonctions d'imagination IoI', lesquels sont plus hypothétiques encore. C'est d'ailleurs pour rappeler le caractère presque purement hypothétique de ces centres et des trajets qui leur correspondent que les uns et les autres ont été figurés en lignes exclusivement pointillées.

IV

Voyons maintenant comment ces centres et ces trajets sont mis en jeu dans l'exercice normal de la fonction du langage. Prenons pour cela d'abord les manifestations les plus élémentaires et les plus simples de cette fonction, c'est-à-dire les cas où elle est pour ainsi dire purement réflexe, et dans lesquels ne sont mis en jeu qu'un petit nombre de centres et de trajets.

1. Vous savez en quoi consiste le simple acte que nous appelons réflexe : c'est celui dans lequel une impression reçue par un centre nerveux est suivie d'une réaction motrice immédiate, sans transmission préalable aux centres plus élevés, d'ordre psychique par exemple, en un mot, sans appréciation de la sensation perçue et sans décision de la réaction effectuée.

La parole se montre parfois avec ce caractère automatique et involontaire sinon inconscient. Tels sont, par exemple, le cri que l'on pousse sous l'empire d'une impression violente ou seulement d'une crainte vive, l'interjection et les locutions qui la remplacent souvent, les jurons qui sont trop souvent plus que familiers aux malades de nos hôpitaux. Dans la même catégorie se place la répétition automatique des mots entendus par un sujet, et rendus par lui comme par un écho, d'où le nom d'*echolalie* donné à cette forme de langage.

Cette opération met en jeu les éléments figurés dans notre schéma ainsi qu'il suit. D'abord le trajet *a*A qui représente le nerf auditif, autrement dit le trajet qui va de l'appareil auditif externe au centre cérébral des perceptions auditives verbales; puis le trajet AM, qui va du centre des perceptions auditives verbales au centre de coordination motrice du langage articulé. En résumé, ce langage réflexe met en jeu le trajet *a*AM et les deux centres A et M.

La lecture réflexe se produit de même quand le sujet lit, sans se rendre compte de ce qu'il lit, même en pensant à autre chose, ainsi qu'il arrive trop souvent; ce qui fait parfois qu'arrivés à la fin d'une page, nous nous apercevons que nous l'avons lue des yeux seulement et sans y rien comprendre. Dans ce cas, les éléments mis en jeu ont été le trajet *v*V qui représente le nerf visuel, autrement dit, le trajet qui va de l'appareil visuel externe au centre cérébral des perceptions visuelles verbales, puis le trajet VM qui va du centre des perceptions visuelles verbales au centre de coordination motrice du langage articulé. De sorte que l'opération, dans son ensemble restreint, met en jeu le trajet *v*VM et les deux centres V et M.

L'écriture peut s'effectuer de même par un simple mécanisme automatique ou réflexe, quand, par exemple, le sujet exécute la copie d'un texte sans se rendre compte de ce qu'il écrit. Le trajet mis en cause par cette opération est le trajet *v*VE qui va de l'organe visuel au centre des perceptions visuelles et de là au centre des coordinations motrices graphiques. Et quand c'est une dictée que le sujet reproduit par l'écriture, ce qui se produit encore bien souvent par simple automatisme, c'est le trajet *a*AE, qui est mis en jeu, celui qui va de l'organe auditif au centre des perceptions auditives et de là au centre des coordinations motrices graphiques.

La mimique réflexe semble se produire de même sous l'influence du geste, ou de la vue des caractères, ou de l'audition de la voix et l'on a les trajets indiqués au schéma par les lettres *t*KG, *a*AKG, *v*VKG, combinaisons qui sont un peu plus complexes et moins nettement démontrables. La lecture par le toucher, celle qu'exécutent les aveugles, répond à *t*KM; la lecture mimée répond à *v*VG, et l'écriture copiant les caractères perçus par le toucher répond à *t*KE.

Ces associations diverses entre les divers centres de collection sensorielle et de coordination motrice, ne sont possibles sans doute qu'en raison de l'organisation intime des centres et des filets nerveux qui les relient entre eux, mais il est évident qu'elles ne se réalisent que quand l'habitude a effectué entre ces divers éléments des relations actives plus ou moins fréquemment répétées.

Et quand l'éducation a cultivé suffisamment ces associations, les a rendues faciles, rapides et sûres, elles deviennent l'instrument le plus fécond pour l'exécution des œuvres artistiques, pour la parole, pour la musique et pour tous les arts, qui ne sont en définitive que des modes d'expression des idées et des sentiments que provoque en nous la nature, modes d'expression rendus puissants par la force, le fini, la précision que l'éducation nous permet de leur donner.

2. Après les modes réflexes d'expression, viennent les modes réfléchis, ceux qui ne se formulent qu'après une élaboration psychique, dans laquelle la perception sensorielle verbale est transmise au centre psychique avant d'être réfléchie sur les centres de coordination motrice, et transmise en B au centre psychique pour y être surtout comparée aux acquisitions antérieurement déposées dans ce centre, et qui s'y conservent, liées probablement à des formes organiques particulières de l'écorce cérébrale. C'est le propre de la mémoire, qui se présente aussi sous trois variétés distinctes relativement au sujet qui nous occupe; savoir : la mémoire du langage parlé, la mémoire du langage graphique et la mémoire du langage mimé.

C'est ainsi que la parole entendue et comprise implique le jeu des trajets *a*A*c*, c'est-à-dire de l'organe auditif au centre de collection verbale des sensations auditives et de celui-ci au centre psychique de la mémoire des mots parlés. La parole proférée spontanément et avec compréhension implique le trajet *c*AM du centre psychique qui l'imagine ou la conçoit au centre de la collection sensorielle et de là au centre de coordination du langage. Enfin, la parole entendue, comprise et suivie d'une réponse met en jeu le double trajet, c'est-à-dire *a*A*c*AM.

De même pour l'écriture : l'écriture lue et comprise implique le jeu des trajets *v*V*d*, c'est-à-dire de l'organe visuel au centre de collection verbale des sensations graphiques et de celui-ci au centre psychique de la mémoire des caractères graphiques. L'écriture exécutée spontanément et avec compréhension du texte écrit, implique le trajet *d*VE, du centre psychique qui l'imagine ou la conçoit, au centre de la collection sensorielle correspondante et de là au centre de la coordination de l'écriture. Enfin, l'écriture comprise et lue met en jeu ce double trajet, c'est-à-dire *v*V*d*VE.

Pour ce qui est de la mimique, les trajets sont analogues : la mimique comprise va avec le trajet *t*K*x*; la mimique spontanée, avec compréhension du geste, va avec le trajet *x*KG, et la mimique comprise et suivie d'une réponse mimée va avec le trajet double *t*K*x*KG.

3. Déjà, chemin faisant, j'ai indiqué les opérations complexes qui mettent en jeu des centres différents et établissent des relations entre la parole, l'écriture et le geste. Nous avons vu comment le schéma nous explique la copie, la dictée et la lecture d'ordre réflexe. Il nous est facile de

comprendre encore avec lui le fonctionnement mis en jeu par des actes beaucoup plus complexes :

Ainsi la dictée entendue, comprise et transcrite, donne le trajet suivant : *a*A*c*AE. La parole entendue, comprise et traduite en gestes, c'est *a*A*c*AG. La lecture à haute voix avec compréhension du sujet donne *v*V*d*VM. La lecture vue des yeux, comprise et traduite par le geste, c'est *v*V*d*VG. D'autre part, la traduction des gestes en parole, c'est le trajet *t*K*x*KM, et la traduction des gestes par l'écriture *t*K*x*KE.

On pourrait varier encore ces diverses combinaisons. Mais celles que je viens d'analyser suffisent à démontrer que nous avons dans ce schéma tous les éléments suffisants pour nous rendre compte des trajets que suit l'action nerveuse et des centres qu'elle met en jeu dans l'exercice des divers modes du langage.

V

Pour être complet, il nous faudrait encore montrer la part que peuvent prendre à ces diverses opérations l'imagination et les centres imaginatifs, lesquels semblent sinon se confondre avec ceux de la mémoire, au moins s'en rapprocher beaucoup, et par leur situation topographique et en raison de la part qu'ils prennent au langage dans le plus grand nombre des cas.

Ces centres et les trajets qui leur correspondent sont figurés en pointillé dans notre schéma, afin de rappeler leur caractère plus nettement hypothétique. Ils seraient au nombre de trois : un pour l'imagination du langage parlé, un pour l'imagination des graphiques et un pour l'imagination des gestes ou de la mimique.

IAM, I'VE, *o*KG, ce sont là parole, l'écriture ou la mimique, nées d'une conception imaginaire.

Et quand cette conceplion intérieure ne se produit pas au dehors, on a affaire à ce que l'on a appelé la *parole intérieure*.

Si vous relisez la thèse fort intéressante qu'un de nos jeunes agrégés de philosophie, M. Egger, a soutenue et développée brillamment sur ce sujet, vous comprendrez mieux, à l'aide du schéma, comment cette parole intérieure est le premier acte d'un processus qui tend à s'extérioriser, et comment, chez certains sujets, cette parole intérieure reste abstraite, comme le soutient M. Paulhan ; comment elle se formule intérieurement en collections sensorielles visuelles pour les uns, en collections sensorielles auditives, comme il arrive pour le plus grand nombre, et en collections sensorielles kinesthétiques ou motrices, comme le veut M. Stricker.

Vous comprendrez enfin comment, franchissant cette nouvelle étape, la parole intérieure peut atteindre les centres de coordination motrice, surtout ceux qui font les mots et les gestes, et comment on voit des gens qui, sous l'empire d'une pensée fortement conçue, traduisent cette pensée à voix haute ou en gestes, sans le vouloir, sans même en avoir conscience, et ne s'en rendent compte qu'après coup.

VI

Ainsi, en résumé, trois ordres de centre concourent à l'exécution du langage : les centres psychiques, les centres de collection sensorielle et les centres de coordination motrice, lesquels centres sont réunis entre eux et avec les sens externes et avec les organes du mouvement périphérique par des conducteurs nerveux centripètes et centrifuges.

Chacun de ces trois ordres de centre se subdivise lui-même en trois centres distincts, attribués spécialement aux fonctions auditives, visuelles et kinesthétiques et aux fonctions correspondantes d'articulation verbale, de graphique et de mimique.

Tel est l'appareil que la physiologie nous permet de reconnaître dans chacun des hémisphères du cerveau, et dont la pathologie va nous confirmer l'ensemble et les détails.

VII

Avant de passer à l'étude des lésions de l'aphasie et de la pathogénie des symptômes auxquels elle donne lieu, je veux vous dire quelques mots d'un sujet qui s'y rapporte, savoir : de la façon dont s'exécute le langage chez les sujets qu'une infirmité native a privés soit du sens de l'ouïe, soit du sens de la vue, et même de ces deux sens à la fois. Ce sujet n'a guère été approfondi par les auteurs qui se sont occupés de l'aphasie. Il mérite pourtant qu'on s'y arrête ; et notre schéma va nous permettre d'expliquer beaucoup de faits restés obscurs dans cet intéressant chapitre.

Les sourds-muets de naissance ou ceux qui sont devenus sourds avant d'avoir appris à parler sont des sujets auxquels manque le trajet *a*A.

Le centre de collection des sensations auditives verbales A leur manque, parce qu'ils n'ont pu faire l'éducation de ce centre. Il leur manque aussi, par conséquent, le centre psychique C de la mémoire auditive et le centre I des images auditives psychiques.

En présence d'une lacune aussi considérable, on comprend mal tout d'abord que tous les sourds-muets ne soient pas aphasiques, puisqu'ils sont inévitablement atteints de surdité verbale et d'amnésie auditive.

Mais les sourds-muets possèdent et peuvent cultiver les centres de collection visuelle et tactile ou motrice, c'est-à-dire V et K. La conservation de ces centres nous permet de concevoir comment ces sujets arrivent à comprendre aussi bien qu'à exécuter et le langage mimique ou tactile, et le langage graphique.

Enfin les rapports de ces centres V et K avec le centre de coordination motrice pour l'articulation des mots nous montre comment les sourds-muets peuvent répéter ce qu'ils voient prononcer, le trajet mis en activité par cette opération étant le trajet *v*VM pour la simple répétition et *o*V*d*VM pour la répétition après compréhension ou pour la réponse.

Et quant à la lecture des caractères graphiques, elle a lieu de la même façon.

En un mot le langage ne pouvant arriver au centre psychique ni en sortir par le centre A des collections auditives verbales, entre et sort par les centres V et K des collections visuelles et motrices et se manifeste par la parole en se réfléchissant de ces centres sur le centre M de l'articulation des mots.

Une observation analogue doit être faite en ce qui concerne l'aveugle-né. Dans cette condition, l'enfant privé de la vue *v*V ne peut faire l'éducation de son centre de collection verbale des sensations visuelles V ; et, par suite, il n'a pas non plus le centre psychique de la mémoire visuelle. C'est le trajet *v*V*d* qui lui fait défaut.

Mais l'aveugle-né possède et peut cultiver les centres de collection auditive et tactile ou motrice, c'est-à-dire A et K. Par les centres qui lui sont acquis, il perçoit les sensations auditives et les sensations tactiles ou motrices verbales ; il

peut donc entendre la parole et lire par le tact les caractères graphiques saillants, par exemple ; il peut aussi parler et mimer son langage.

Il est évident que, pour l'aveugle-né, la difficulté est moindre que pour le sourd-muet. Il a beau être atteint d'agraphie et d'amnésie graphique, enfin de cécité verbale, il lui reste le centre auditif et le centre kinesthétique ou tactile. Il peut donc entendre et parler; il peut mimer sa pensée, lire, par le tact, l'écriture en relief et écrire lui-même son langage dans ce graphique particulier.

L'enfant privé à la fois de l'ouïe et de la vue, n'ayant ni la possibilité d'entendre ou de lire, ni celle de parler ou d'écrire, est encore bien plus privé.

Il ne lui reste que le sens kinesthétique ou tactile, ce qui rend bien restreintes les communications qu'il peut recevoir du monde extérieur et les manifestations de son langage. Une éducation est toutefois possible encore chez un tel sujet : celle du tact pour comprendre et celle de la mimique pour exprimer ce qu'il ne peut dire.

Mais, comme certains sujets qui, doués de tous leurs sens, cultivent presque exclusivement leur sens moteur ou kinesthétique, celui qui est aveugle et sourd peut encore développer assez, par l'habitude et par l'éducation, ce troisième mode de compréhension et d'expression, pour lui permettre, sinon de lutter avec les autres, au moins de suppléer, en partie, à leur défaut.

THÉRAPEUTIQUE

La médication analeptique.

Par le Dr Eusèbe Richardey.

La médication analeptique tient, dans la médecine moderne, une place considérable, toute la place (on peut le dire) qu'elle a prise aux produits de l'ancienne thérapeutique.

Quoi de plus étendu et de plus essentiel, que le rôle d'un reconstituant énergique du sang et de la nutrition tout entière? Ce sera, à coup sûr, la caractéristique de notre époque, d'avoir essayé de remettre en sa vraie place l'hygiène thérapeutique, et appliqué, à la prévention comme à la cure des grands processus morbides, le régime alimentaire sagement, scientifiquement conçu et ordonné.

Un chercheur auquel nous devons déjà les ingénieux perfectionnements apportés à la poudre de viande, ce produit reconstituant et hématogène par excellence, vient de doter la médication analeptique d'une découverte plus intéressante encore.

Il s'agit d'une préparation, sous forme de tablette, effectuée avec des muscles de bœuf de première qualité, condensés et réduits en poudre par un procédé nouveau; c'est un produit absolument inaltérable et (qualité précieuse) son goût est des plus flatteurs pour le palais. Cette tablette est le type du nutriment parfait et savoureux, d'une odeur agréable, due à l'osmazone : et pour tout dire d'une apparence appétissante, facile à ingérer pour les estomacs les plus difficiles.

C'est le « peptogène », si volontiers cherché par Corvisart, en vain rêvé par tous ceux qui croient à la toute-puissance prophylactique et curative de la diététique. C'est l'*eupeptique agréable*, supprimant tout excipient sucré ou liquoreux et capable de fournir, par un délayage immédiat, un potage aussi agréable que le consommé réussi : car il est à remarquer que l'odeur, la saveur et l'arôme de ce potage sont absolument analogues à ceux du bon bouillon.

Sa richesse en principes azotés et phosphatés est très considérable; son assimilation est rendue certaine, par une peptonisation aussi rapide que complète. Enfin son dosage est constant et rigoureusement établi à 20 grammes de poudre de bœuf pur par tablette, soit deux cuillerées à bouche de poudre de viande, ou 80 grammes de muscles frais de bœuf. Telles sont les quantités exactes qui caractérisent la tablette de bœuf condensée due aux recherches patientes de M. Rousseau.

C'est là, certainement, un progrès réel et effectif dans le domaine de la pratique ; un avantage incontestable pour l'alimentation des malades et des convalescents. Il est superflu, je crois, d'énumérer toutes les circonstances où se dresse l'indication de reconstituer le sujet.

Dans tous les cas l'indication primordiale est toujours d'exercer une influence sur l'activité digestive, dont l'activité nutritive n'est que le dérivé. La tablette Rousseau doit précisément à sa constitution particulière, aux soins précis qui entourent sa fabrication industrielle, une action certaine, comme reconstituant effectif.

Les principes extractifs de la viande, ingérés facilement et avec plaisir, rétablissent, peu à peu, les fonctions digestives, et cela, sans les répugnances d'une alimentation forcée. L'appétit se réveille, impérieux, sous l'influence de la puissante *excitation peptogène* suscitée dans l'estomac torpide. On voit des chlorotiques, des cachectiques, tolérer bientôt admirablement d'autres aliments. Un bien-être général se manifeste alors dans l'organisme. J'ai vu, sous l'influence de la tablette Rousseau, prise à la dose de trois potages par jour, disparaître les vomissements et la diarrhée chez deux phthisiques avancés : comme conséquences forcées, la dénutrition tuberculeuse s'enraya, les forces et le poids subirent un rapide accroissement, les sueurs se supprimèrent et les crachats diminuèrent d'une façon notable.

Si de pareils résultats sont constatés chez des cachectiques, on conçoit les bénéfices que les dyspeptiques simples, les névropathes et les anémiques peuvent tirer de cette méthode analeptique directe et si puissante. En remontant le taux général de l'organisme délabré, la tablette Rousseau ferme les portes de l'économie aux développements parasitaires des maladies.

C'est le meilleur agent préventif contre la prédisposition morbide, l'incubation des maladies infectieuses et épidémiques. C'est enfin et surtout le nutriment médicamenteux agréable par excellence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale. — M. **Terrier** communique deux nouvelles observations d'hystérectomie vaginale. Dans le premier cas, il s'agissait d'un cancer limité au col; l'opération a été pratiquée le 28 mai 1886, et la malade est encore actuellement très bien portante. Dans le second cas, il s'agissait d'un utérus bourré de fibromes, ce qui a rendu l'opération très difficile; le col était hypertrophié, fongueux; le corps de l'utérus était sain. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques peu nombreux. L'opération fut pratiquée le 14 octobre 1886. Trois mois après, la malade allait bien, mais il y avait une petite induration au fond du vagin. Bientôt apparurent des douleurs dans la fosse iliaque droite. On constate une récidive avec ulcération de la cicatrice, envahissement de la paroi vésico-vaginale, état anémique, douleurs vives, etc.

M. Terrier revient sur les résultats des trois premières hystérectomies vaginales pour cancers, dont il a donné les observations à la Société : la première a été pratiquée le 5 juin 1886, la malade allait encore très bien le 31 janvier 1887; la seconde a été faite le 16 novembre 1885, l'opérée allait bien le 18 mai 1886; enfin la troisième a été pratiquée le 30 mars 1886, récidive le 28 juin 1886.

M. **Bouilly** a pratiqué douze hystérectomies, dont onze pour cancers. Il attend les résultats définitifs pour les communiquer.

Résection de la diaphyse du péroné. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une communication de M. Reynier, relative à un cas de résection totale du péroné chez un jeune garçon atteint d'ostéite juxta-épiphysaire ; cette opération a été suivie d'un succès complet.

M. Schwartz discute la question de diagnostic. S'agissait-il d'une tuberculose? Les antécédents, l'étendue de la lésion avaient fait écarter cette opinion. On pensait plutôt avoir affaire à une ostéo-myélite juxta-épiphysaire de croissance. Cette forme diffuse de l'ostéo-myélite chronique est exceptionnelle. Cependant c'est à ce diagnostic que s'arrête M. Schwartz. Au point de vue de l'intervention, il approuve M. Reynier d'avoir pratiqué la résection totale de la diaphyse de l'os.

Rétroflexion utérine, opération d'Alexander.—M. BOUILLY communique une observation de rétroflexion utérine qu'il a guérie par l'opération d'Alexander. Il s'agissait d'une femme de trente et un ans, mère de plusieurs enfants, habituellement bien réglée, mais ayant des règles abondantes et douloureuses. Elle souffre beaucoup, même dans le décubitus où elle sent une pression douloureuse sur le fondement. On constate une flexion du corps sur le col à angle aigu. Un tampon placé dans le cul-de-sac postérieur redresse l'utérus et soulage la malade. On sent l'ovaire gauche dans le cul-de-sac postérieur, différents pessaires sont employés sans succès. Il y a un petit polype de l'urèthre qui est excisé avec le thermo-cautère. Le redressement utérin ne pouvant être obtenu, M. Bouilly pratique l'opération suivante :

Il pratique une incision le long du trajet inguinal du côté gauche; il va à la recherche du ligament rond, l'attire de 6 à 7 centimètres au dehors de la plaie, le replie sur lui-même et le fixe dans cette situation, pendant qu'un aide, avec une main introduite dans le vagin, maintient l'utérus redressé. Dans cette incision, il n'a pas eu la moindre hémorrhagie et n'a pas été obligé d'appliquer une seule pince hémostatique. Cela fait, il pratique la même incision du côté droit, recherche, mais vainement, le ligament rond de ce côté, cette recherche entraîne quelques manœuvres ; plusieurs vaisseaux sont ouverts.

Les suites immédiates de l'opération ne furent pas simples; fièvre élevée, formation d'un phlegmon de la paroi abdominale du côté droit, où n'avait pas été trouvé le ligament. Près de vingt jours après l'opération, l'abcès fut ouvert et les phénomènes furent terminés. Cet accident n'eut pas de retentissement sur le résultat définitif qui est aussi satisfaisant que possible. Il y a maintenant dix mois, et ce résultat se maintient. La correction du déplacement utérin reste parfaite. L'ovaire gauche n'est plus senti dans le cul-de-sac postérieur, comme antérieurement. Les règles sont moins abondantes et sans douleurs.

M. POZZI croit qu'il est préférable de réséquer le ligament rond plutôt que de se contenter de le replier sur lui-même, ainsi que l'a fait M. Bouilly. Il croit également qu'il vaut mieux, pour redresser l'utérus, se servir de la sonde utérine, plutôt que de la main d'un aide, la sonde utérine étant beaucoup plus sûre.

M. BOUILLY croit, en effet, qu'il vaut mieux réséquer le ligament rond, quant au redressement manuel il était ici si facile qu'il l'a préféré à la sonde utérine.

M. KIRMISSON demande à M. Bouilly si du côté droit il n'a pas constaté de tendance à l'éventration à la suite des manœuvres qu'il a faites de ce côté.

M. BOUILLY répond négativement.

Luxations anciennes de la hanche. — M. CHENU lit une observation de luxation ancienne de la hanche traitée par la résection de la tête fémorale (Comm. M. Bouilly).

Des blessures au Tonkin. — M. MIMIER (du Val-de-Grâce) fait une communication sur les blessures au Tonkin. (Comm. : M. Chauvel.)

De la torsion du pédicule dans les kystes ovariques. — M. MONOD présente une pièce relative à la torsion du pédicule d'un ovaire. Il y avait un épanchement sanguin dans le kyste et une altération de la surface du kyste qui avait déterminé d[es] adhérences nombreuses. Dix mois avant l'opération, la malad[e] avait eu une douleur très vive, très aiguë du côté gauche, côté [où] le kyste était implanté. Si ce diagnostic peut être fait, il y a li[eu] de hâter l'opération. Cette malade a guéri en huit jours.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Par[is] s'est réunie hier jeudi pour procéder à l'élection d'un membre d[u] Conseil académiqne, en remplacement de M. Béclard.

M. Lannelongue a été nommé par 31 voix, contre 1 à M. Germa[in] Sée et 3 bulletins blancs.

— Par décret, en date du 2 mars 1887, M. Terrin, docteur [en] médecine, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nomm[é] au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de san[té] de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 mars 1887, un concou[rs] s'ouvrira, le 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Pari[s] pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de cl[i]nique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de méd[e]cine de Caen.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er mars 1887, Mme Br[...]card, sage-femme de première classe, est nommée sage-femme [du] bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Dubois, docteur ès scie[n]ces, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Pari[s] est chargé d'un cours de physiologie générale et comparée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docte[ur] Martin-Fortris, médecin de l'hôpital de Verneuil, et de M. le do[c]teur Quintard (de Montereau).

— Le docteur Auguste Voisin, reprendra, à l'hospice de la Sa[l]pêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales [et] nerveuses, le dimanche 6 mars, à neuf heures et demie et l[es] continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera un cours d'em[]bryologie comparée, le lundi 7 mars, à cinq heures, à l'École d'an[]thropologie, 15, rue de l'École de médecine, et le continuera l[es] lundis suivants. Il traitera de la formation des monstres doubl[es] et de la segmentation vertébrale.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos le[c]teurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Jouli[n], pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, [du] lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marn[e]).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médical[es] publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE, jusqu'[en] 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la coll[a]boration d'un très grand nombre de professeurs, de médeci[ns] et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. [Le] tome XXXIV de la première série, le tome XXIII de la deuxièm[e] série, la première partie du tome XVII de la troisième sér[ie,] la deuxième partie du tome XII de la quatrième série et [la] deuxième partie du tome I de la cinquième série, viennent [de] paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 fran[cs]. — Paris, Asselin et Houzeau ; et Victor Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20815

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Tumeurs épithéliales multiples, contre-indications de la gastrostomie. — II. Tumeur dermoïde de la région thyroïdienne. — III. Fracture du radius.

I. J'ai tout d'abord à vous montrer les pièces anatomiques de cet homme dont je vous ai parlé dans une de mes précédentes leçons (1), qui était atteint tout à la fois d'une tumeur cancéreuse de la mâchoire supérieure et d'une tumeur de même nature de l'œsophage. Cet homme a succombé il y a cinq jours.

Comme je vous l'ai dit alors, dès son entrée à l'hôpital, il y a trois mois, j'avais parfaitement jugé l'inutilité, je dirai plus, le danger d'une intervention opératoire. Cependant il y a six semaines devant l'affaiblissement progressif des forces, devant la difficulté de l'alimentation, je m'étais demandé s'il ne convenait pas de pratiquer la gastrostomie; mais c'est là, comme je vous le disais aussi, une opération que l'on ne pratique, pour ainsi dire, que *in extremis*; aussi avons-nous cherché avant d'en arriver là à continuer à l'alimenter par tous les moyens possibles.

Bien nous en a pris, ainsi que le démontre l'autopsie, car nous avons ainsi obtenu une survie de six semaines, tandis que la gastrostomie non seulement est souvent nulle comm effet palliatif en pareils cas, mais encore tue les malades dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures.

Quant à l'autopsie, elle nous a confirmé d'abord l'existence d'un épithélioma du maxillaire supérieur, puis celle d'un vaste cancroïde ulcéré, situé au tiers moyen de l'œsophage, s'étendant au delà du cardia, à 2 centimètres dans l'estomac. La tumeur avait perforé l'œsophage, mais cette perforation était bouchée par des néoformations extérieures, épaisses. Enfin nous avons trouvé un très gros noyau cancéreux dans le foie ainsi que dans la rate, et des noyaux multiples de même nature dans les deux poumons, noyaux d'un volume variant depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une grosse cerise.

En résumé il y avait une généralisation cancéreuse telle que la mort eût été la conséquence immédiate de toute opération chirurgicale, tandis qu'en le laissant tranquille, en l'alimentant le mieux possible, cet homme a eu toute la somme de vie compatible avec de pareils foyers.

II. Le 21 du mois dernier une femme, âgée de vingt-cinq ans, employée de commerce, est entrée à la salle Sainte-Catherine n° 9, pour un kyste ou mieux une tumeur dermoïde congénitale de la région latérale du cou. Je dis tumeur et non pas kyste parce que celle-ci était, ainsi que l'histologie nous l'a démontré, de nature complexe.

Cette femme a toujours joui d'une très bonne santé; seule, sa tumeur, dont elle fait remonter l'origine à l'âge de dix ans, l'a conduite à l'hôpital pour se faire opérer. C'est à cette époque que l'on a constaté, dit-elle, pour la première fois, la présence de petites tumeurs sur le côté gauche du cou, tumeurs qui augmentèrent graduellement de volume, mais lentement et dans une faible proportion. D'ailleurs elles n'étaient point douloureuses.

A son arrivée à l'hôpital, cette tumeur mesurait 4 centimètres de diamètre; elle était ronde, un peu allongée en haut, et située au-dessous de l'os hyoïde, du côté gauche, au niveau du cartilage thyroïde, à 2 centimètres en avant du muscle sterno-mastoïdien, à 4 ou 5 centimètres de la clavicule. Elle ne dépassait ni n'atteignait le bord antérieur du cou. La tumeur était très mobile et suivait les mouvements de déglutition. On la déplaçait très facilement et on la pédiculisait avec les doigts sous la peau. Elle était régulière, lisse dans ses contours, d'une consistance égale partout, sans fluctuation. Enfin nous remarquions que le siège qu'elle occupait est un lieu d'élection pour les tumeurs dermoïdes.

Bref nous avons opéré cette malade il y a quinze jours, aujourd'hui la plaie est complètement guérie, et cette femme doit sortir demain.

Depuis l'opération, cette tumeur a été étudiée par M. le docteur Latteux, chef de notre laboratoire, et voici les résultats qu'elle lui a donnés au point de vue histologique :

La tumeur, étant enlevée, est absolument translucide et d'aspect tremblottant, comme une vessie qui contiendrait de la gélatine. Si l'on vient à l'inciser selon son grand axe, on voit qu'elle est formée de deux cavités superposées, contenant : celle d'en haut, une matière blanche graisseuse;

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 837.

celle d'en bas, une matière analogue, mais jaune citron. Examinée au microscope, elle ne présente aucun élément figuré. C'est de la graisse émulsionnée.

La paroi du kyste varie de structure selon qu'on l'étudie au centre de chaque cavité, où l'épaisseur est très faible, ou au niveau de la cloison de séparation.

Dans le premier cas, on trouve : 1° un tissu conjonctif très dense avec de rares noyaux allongés et à faisceaux parallèles. La face interne est ondulée et ne montre qu'un faible revêtement épithélial qui manque même en beaucoup d'endroits où il ne reste plus que quelques cellules détachées. A sa surface il existe quelques poils peu abondants, caractéristiques de ce genre de kystes. Un peu plus profondément on distingue des amas de glandes sébacées plus ou moins atrophiées, ainsi qu'un certain nombre de vaisseaux. Il ne faut pas oublier de noter également les glandes sudoripares hypertrophiées que l'on rencontre plus profondément.

Dans le second cas, c'est-à-dire au niveau de la cloison de séparation, la structure de la paroi est un peu plus compliquée. On trouve, en allant de dedans en dehors :

1° Un épithélium irrégulier, pavimenteux, à deux ou trois couches formées de cellules assez volumineuses à un ou quelquefois deux ou trois noyaux ;

2° Un tissu conjonctif assez lâche, présentant des cavités ou kystes secondaires, contenant des cellules volumineuses à plusieurs noyaux et de la graisse qui cristallise en petites aiguilles.

Ces kystes semblent avoir pris naissance aux dépens des espaces plasmatiques, dont les cellules se seraient hypertrophiées pour former ces éléments à noyaux multiples.

Quant à l'ensemble de la poche kystique, on y rencontre tous les éléments du tissu conjonctif (tissu élastique, graisse, vaisseaux, etc.).

III. Je viens de faire descendre à l'amphithéâtre, pour vous le montrer, un homme qui est entré à l'hôpital hier même pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cet homme avait fait une chute dans un fossé la veille même ; il était tombé sur la paume de la main.

Au premier abord on aurait pu ne pas songer à une fracture, car le malade ne présentait aucun autre phénomène que de la douleur, aucune saillie ni en avant, ni en arrière, aucun ressaut sur la face dorsale, ni élévation de l'apophyse styloïde du radius, élévation qui existe ordinairement alors même que les autres signes font défaut. En somme, nous ne constatons qu'un peu de gonflement du poignet, de la douleur et un peu d'ecchymose, suite de la contusion ; pas la moindre déformation, aucune douleur dans l'articulation radio-carpienne. La pression, en aucun des points du cubitus, ne nous fournit le moindre signe ; il n'en est pas de même pour le radius où la pression est douloureuse au niveau de l'interligne et détermine, dans certains mouvements, une légère crépitation.

Ce fait nous prouve d'une façon très nette que la fracture de l'extrémité inférieure du radius ne s'accompagne pas toujours de cette symptomatologie que l'on décrit dans les livres, et notamment d'une déformation générale.

Celle-ci, au contraire, est exceptionnelle, tandis que l'on rencontre plus fréquemment une petite déformation, c'est-à-dire une légère ascension de l'apophyse styloïde par suite du chevauchement des fragments.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

I. Empoisonnement aigu par le coton phéniqué chez une petite fille de vingt-deux mois. — II. Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée de la scarlatine et de la diphthérie.

I. Il est souvent bien difficile de se rendre compte des effets utiles ou nuisibles des médicaments. Aussi je profiterai du fait que j'ai eu l'occasion de constater dimanche soir et que je vais vous rapporter, quoiqu'il n'appartienne pas à la clientèle hospitalière, mais bien à la pratique de la ville, pour appeler votre attention sur cette question.

Il s'agit, en un mot, d'un cas d'empoisonnement produit chez un enfant par l'acide phénique, administré non pas *intus* mais *extra*, médicament dont je ne saurais trop vous engager à vous méfier chez l'enfant, car il est chez lui un véritable poison.

La médication antiseptique chez les enfants doit être l'objet d'une très grande surveillance. Instituée *larga manu*, sans discernement, elle les expose à de sérieux accidents, même quand son usage est restreint au seul lavage des plaies. Je viens d'être témoin d'un fait incontestable qui me fera rejeter de ma pratique journalière l'emploi de l'acide phénique chez les enfants.

Permettez-moi de vous le relater en quelques mots (1).

Le 6 février dernier, j'étais appelé à Passy par le docteur Pastol, auprès d'une fillette de vingt-deux mois, qui avait présenté la veille une série d'accidents nerveux (prostration, vomissements incessants, refroidissement des extrémités), de nature à lui inspirer à ce moment les plus vives inquiétudes, et dont l'interprétation ne saurait aujourd'hui laisser prise au doute.

Cette enfant fut prise, sans cause connue, d'une adénite sous-maxillaire contre laquelle on prescrivit des badigeonnages avec la teinture d'iode.

Malheureusement la mère se servit de teinture d'iode ancienne, très concentrée, caustique, qui détermina une brûlure et même une exulcération oblongue, de l'étendue de 5 à 6 centimètres. La surface dénudée prit un mauvais aspect, le fond devint grisâtre, les bords serpigineux, et le pourtour entouré d'une auréole violacée.

C'est alors que M. le docteur Pastol, qui a bien voulu me fournir les renseignements détaillés que je vous communique, eut recours à la gaze iodoformée de Montpellier et à la ouate hydrophile phéniquée.

Ce premier pansement a eu lieu le jeudi 3 février au matin.

Le lendemain 4 février, la plaie présente une bien meilleure apparence, sans être encore entièrement rosée, mais l'état général laisse beaucoup à désirer. La bouche, le pharynx, sont le siège d'une sécheresse manifeste, en même temps qu'il est possible de constater du coryza, du larmoiement, des injections conjonctivales. L'enfant est très excitable, très grognon, et se plaint de mal de tête. La température est à 38°,8 et le pouls, non compté à la montre, est très fréquent.

Le docteur Pastol, craignant un iodisme aigu, supprime la gaze iodoformée et la remplace par un pansement à l'a-

(1) Consulter l'excellente thèse de M. Brun : *Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques.* (1886.) — Paris, chez Steinheil.

cide borique, tout en conservant par-dessus le coton phéniqué.

Le 5 au matin l'enfant paraît calme; elle accepte quelques boissons; mais, dans l'après-midi, la scène change tout à coup : la petite malade est prise de vomissements que rien ne modère ni n'arrête, ni la potion de Rivière, ni le lait, ni les tisanes aromatiques. Le facies devient pâle, le pouls devient filiforme, d'une fréquence extrême et, pendant que les extrémités se refroidissent, la température monte à 39°,6 ; la prostration est extrême, les urines nulles ; on est en droit de se demander si l'origine de symptômes si effrayants n'est pas en voie d'évolution dans les centres nerveux.

L'idée d'un empoisonnement vient également à l'esprit du docteur Pastol, qui supprime le coton phéniqué et ne continue que l'acide borique.

Au bout de douze heures l'amélioration est sensible, et, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant est à peu près guérie. *Les vomissements ont cessé, la température est tombée à la normale et l'état général devient excellent*, les fonctions rénales se sont rétablies. C'est à ce moment que je vois l'enfant, en consultation avec le docteur Pastol. On nous montre alors deux vases contenant : l'un environ 150 grammes d'urine absolument noire comme de l'encre ; l'autre environ un verre à Bordeaux d'urine moins foncée à reflets vert de bouteille. La première a été rendue dans la nuit, la seconde dans la matinée.

Traitées par l'acide nitrique et l'amidon, elles ne donnent pas une couleur bleue d'iodure d'amidon que nous aurions pu reconnaître dans la seconde émission, la moins foncée.

Dans la journée du 6, l'émission d'urine est de nouveau suspendue, mais la percussion et la palpation de l'abdomen permettent de constater qu'il s'agit alors de rétention d'urine dans la vessie, et non pas de suppression de la fonction rénale. Peu de temps après notre examen, l'enfant urine abondamment ; le liquide est de couleur normale et présente une assez forte proportion d'albumine.

Le 7, l'enfant a repris sa gaieté; son appétit et toutes les fonctions rentrent dans l'ordre habituel. La plaie se cicatrise à merveille. Si l'iodisme, malgré les phénomènes congestifs de la tête, des yeux, de la gorge, ne peut être prouvé, en raison surtout du résultat négatif fourni par l'amidon, il n'en est plus de même pour l'empoisonnement phéniqué, qui a dû se produire par la surface dénudée et par la respiration des vapeurs phéniquées.

Les fonctions d'élimination étant abolies au premier moment, l'acide phénique se trouve accumulé dans les centres nerveux; alors éclatent des phénomènes alarmants; on supprime le pansement phéniqué, des urines noires caractéristiques éliminent le poison, et l'on voit cesser brusquement les symptômes d'intoxication. On ne saurait rencontrer une observation plus démonstrative, qui trahisse plus nettement la grande susceptibilité des enfants à l'action toxique de l'acide phénique.

C'est là, je le répète, un fait des plus instructifs, au point de vue pratique. En effet, que vous ayez à traiter, chez un enfant, une ulcération, vu les progrès de la méthode antiseptique, votre première pensée sera pour des applications de coton phéniqué, comme l'a fait, d'une façon très rationnelle en soi, mon confrère. Eh bien, cependant, grâce au fait que je viens de vous rapporter, je déclare hautement que, à dater de ce jour, je n'aurai plus jamais recours, chez les jeunes enfants, surtout chez ceux qui n'ont pas dépassé l'âge de deux ans, à ce genre de médication, par la crainte de l'intoxication phéniquée, par la crainte de voir se produire des accidents analogues à ceux que je viens d'observer chez le petit malade en question.

Du reste, ce n'est pas la première fois que je constate des accidents produits par l'acide phénique; depuis longtemps déjà, j'avais remarqué que les petits malades que l'on traitait, comme dans le cas de fièvre typhoïde, par exemple, par des lavements phéniqués, étaient toujours — toutes choses égales d'ailleurs — plus longs à se rétablir. Il en est, en cela, de l'acide phénique comme de l'antipyrine, auquel j'ai dû renoncer, dans la fièvre typhoïde également, malgré ses avantages, pour revenir au sulfate de quinine.

En résumé, je m'interdis chez les jeunes enfants l'emploi de l'acide phénique, non seulement en lavements, mais encore sous la forme de coton phéniqué ou autre, dans le traitement de toute ulcération ; je me l'interdis aussi, même en pulvérisations chez les enfants atteints de croup, lui préférant, en raison des craintes d'intoxication, l'acide borique par exemple.

Et puisque je parle des dangers de certaines médications, j'ajouterai quelques mots sur quelques autres médicaments. En tête de tous vos livres, vous remarquerez que l'on cherche à vous mettre en garde contre l'emploi de l'opium chez les enfants. Eh bien, contrairement à cette opinion, si généralement répandue, je vous déclare, en toute sincérité, que vous n'avez rien à craindre de ce médicament, lorsque vous savez y avoir recours sagement. Ainsi, je ne crains nullement de prescrire une à deux gouttes de laudanum, même chez les petits enfants à la mamelle, à prendre dans les vingt-quatre heures. Il m'est même arrivé de donner une demi-goutte de laudanum à des petits sujets nouveau-nés, pour ainsi dire, âgés seulement en réalité de huit à dix jours, mais à la condition, bien entendu, d'en surveiller avec soin les effets.

Quant à la digitale, par contre, je ne connais pas de médicament plus dangereux, même chez les adultes et cela parce qu'il est, pour ainsi dire, voilé dans ses effets. Souvent chez de jeunes sujets de deux à trois ans, atteints de pneumonie, on prescrit la digitale à la dose de 4 à 5 gouttes dans une potion. On dit que le médicament est bien supporté, qu'il ralentit le pouls, qu'il abaisse la température ; cela est parfaitement vrai, mais à une condition, c'est d'en surveiller aussi les effets avec le plus grand soin, à la condition surtout de ne pas en continuer l'emploi, mais de savoir le suspendre au bout de quatre ou cinq jours.

Certain jour j'étais appelé auprès d'un enfant parvenu à la dernière période d'une pneumonie ordinaire. Mais le pouls était très fréquent, irrégulier; la maladie avait cependant suivi un cours parfaitement régulier, lorsque tout-à-coup, brusquement, le pouls était devenu petit, irrégulier, fréquent, en même temps le petit malade était plongé dans une prostration profonde. Et cependant on ne trouvait aucun phénomène morbide particulier, rien qui permît d'expliquer l'état dans lequel se trouvait cet enfant. Or, en réalité, celui-ci était en proie à un empoisonnement véritable par la digitale : prenant depuis deux jours une potion contenant dix gouttes de ce médicament. Dès que je sus la médication employée, il me suffit de supprimer la potion pour voir l'enfant se rétablir. . . .

Et ceci n'est pas un fait exceptionnel, je pourrais vous en citer de nombreux exemples survenus même avec la digitale la mieux préparée. Ce n'est pas que je veuille vous

engager à renoncer à vous en servir, mais ce que vous devez savoir c'est la manière de l'employer chez l'enfant, c'est-à-dire que, quel que soit le but dans lequel vous ayez prescrit ce médicament, vous devez en suspendre l'emploi au bout de quatre ou cinq jours.

II. Je voudrais maintenant vous parler des signes permettant de faire le diagnostic différentiel entre le muguet confluent, l'angine pultacée de la scarlatine et la diphthérie. Je profite pour cela du cas de muguet sur lequel j'ai appelé votre attention pendant le cours de la visite.

Il s'agit, vous le savez, d'un enfant placé dans notre salle des rougeoles. Or, certain matin, faisant la visite, j'avais été frappé, en l'examinant, de l'aspect couenneux de la gorge d'un enfant âgé de quatre à cinq ans, du produit crêmeux dont nous constations l'existence à la fois sur les amygdales, sur les piliers et sur la muqueuse buccale.

Or, la présence d'un produit surélevé, non lisse, dont le pourtour n'était pas nettement serti comme un verre de montre, par exemple, par le métal qui l'enchâsse, nous permettait de reconnaître qu'il s'agissait du développement d'un muguet confluent dans le cours d'une rougeole. En effet si nous avions eu affaire à quelque produit diphthéritique nous aurions trouvé une plaque lisse, plane, abaissée, déprimée et non surélevée, entourée d'une muqueuse périphérique soulevée la sertissant complètement. D'ailleurs, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, le diagnostic de muguet confluent était absolument confirmé.

De plus, je dois ajouter que, s'il s'était agi d'une diphthérie, le produit crêmeux, couenneux, n'aurait pas gagné aussi rapidement la muqueuse buccale, la voûte palatine, qu'elle n'envahit généralement que plus tard, à la fin. La diphthérie, au contraire, a pour propriété de s'étendre plutôt vers les voies aériennes, tandis que le muguet gagne de préférence les voies digestives.

Le muguet est assez fréquent dans la fièvre typhoïde débutant par les amygdales, s'étendant vers la bouche, présentant des plaques non serties, faciles à détacher et se dissociant dans l'eau, ce que ne peut pas faire la fausse membrane de la diphthérie.

Dans la scarlatine, on observe sur les amygdales, comme excavées, des produits épais, inégaux, élevés, limités, sans aucune tendance à s'étendre, mais restant logés dans les lacunes de l'amygdale. Or, lorsque les premiers phénomènes morbides qui caractérisent la scarlatine font défaut, il faut savoir réserver le diagnostic pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

En résumé, ou la diphthérie saute aux yeux ou bien on n'aperçoit que des points blancs sur les amygdales et alors le diagnostic restera en suspens pendant un jour ou un jour et demi; mais afin de ne pas perdre de temps, on traitera la maladie comme s'il s'agissait d'une affection diphthéritique.

Quant au muguet on peut presque toujours le diagnostiquer immédiatement. J'ajoute, en passant, que, lorsqu'il est confluent et qu'il a résisté au borax, à l'acide borique, j'emploie, en gargarismes et en badigeonnages, une solution composée, pour les petits enfants, de :

Chlorure de zinc. . . . . . . 1 gramme.
Eau alcoolisée. . . . . 1 litre.

Chez l'adulte j'élève la dose du chlorure de zinc à 4 grammes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire (1).

II

La troisième forme morbide que peut revêtir le pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire, dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui, est l'hydarthrose secondaire.

Celle-ci est plus commune, bien plus commune que l'arthrite subaiguë : dans la proportion de 23 contre 3 ou 4, d'après mes observations personnelles. Encore suis-je autorisé à croire ce chiffre inférieur à la réalité des choses, car, dans beaucoup de cas, l'hydarthrose passe inaperçue.

Son nom indique ce qu'elle est symptomatologiquement, c'est-à-dire un épanchement articulaire et rien autre. Elle diffère donc à deux titres de l'arthrite subaiguë : 1° par la bien moindre intensité des phénomènes douloureux, voire même, pour certains cas, par une absence presque complète de douleurs. Dans la plupart des cas, l'hydarthrose n'est douloureuse qu'au début, pendant un ou plusieurs jours, et modérément douloureuse ; puis elle devient indolente presque aussitôt. Il n'est pas rare, je le répète, qu'elle se développe d'une façon pour ainsi dire latente, sans provoquer de réelles souffrances. 2° Elle en diffère en second lieu et plus encore, par une abondance plus grande de l'épanchement. Ce qui caractérise essentiellement cette forme morbide, c'est l'existence d'un épanchement articulaire. Cet épanchement est moyen ou léger, suivant les cas; mais presque jamais il n'est surabondant, excessif, à la façon de certaines hydarthroses volumineuses d'autre nature.

En somme, tout se borne donc, dans cette forme, à ceci : un épanchement moyen qui se produit dans une jointure, et qui se produit pour ainsi dire à froid, soit, d'une part, sans phénomènes réactionnels généraux, et, d'autre part, avec une douleur initiale très modérée, légère ou même nulle dans certains cas.

Cette atténuation ou l'absence possible de douleurs véritables explique tout naturellement comment, dans ses formes bénignes, l'hydarthrose secondaire peut rester latente ou tout au moins ne pas préoccuper les malades, qui n'en parlent même pas à leur médecin.

C'est ainsi qu'il m'est arrivé maintes fois de découvrir sur mes malades des hydarthroses de cet ordre, qui étaient restées réellement latentes, et cela par la véritable raison qu'ils n'en avaient pas souffert. Bon nombre de ces hydarthroses, j'en suis persuadé, restent absolument ignorées, et des maladies passent inaperçues des médecins, parce qu'elles guérissent spontanément.

Ajoutons enfin, comme localisation, que cette forme d'arthropathies secondaires a un siège presque exclusif, à savoir : l'articulation du genou.

J'en aurai fini avec l'étude clinique des manifestations articulaires de la syphilis qui se produisent au cours de la période secondaire, quand je vous aurai signalé un épiphénomène qui se traduit souvent après coup.

Il n'est pas rare que les deux dernières formes d'arthropathie, — l'arthrite subaiguë et l'hydarthrose, — laissent à leur suite des lésions articulaires permanentes, qui se tra-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 209.

duisent soit par des craquements véritables dans les mouvements, soit plus souvent par une sensation toute particulière, rappelant le froissement de l'amidon. Ce sont des espèces de petits craquements multiples, donnant à la main placée sur l'article, voire même à l'oreille, la sensation que l'on perçoit en pulvérisant de l'amidon entre les doigts.

J'ai vu dans ma pratique de ville (car c'est en ville plutôt qu'à l'hôpital qu'on a l'occasion d'être consulté pour ce léger symptôme) plus d'une cinquantaine de cas assurément où des froissements articulaires de ce genre avaient succédé à des arthropathies secondaires. C'est l'articulation du genou qui est le siège le plus ordinaire de cette sorte d'arthrite sèche consécutive aux arthropathies secondaires.

L'évolution, la durée et le pronostic des arthropathies secondaires sont absolument subordonnés à une condition principale, voire presque unique, à savoir l'intervention ou la non-intervention du traitement.

Non soumises au seul traitement qui leur convienne, elles peuvent guérir, cela est vrai, et j'en aurais maints exemples à citer; mais fort souvent aussi elles persistent, elles traînent en longueur, elles récidivent une ou plusieurs fois et aboutissent parfois à atteindre une durée de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, en laissant à leur suite les lésions d'arthrite sèche que nous avons signalées tout à l'heure.

Tout au contraire, attaquées par le traitement spécifique, elles cèdent en général très rapidement et guérissent sans reliquats, par résolution.

De la rapide esquisse que je viens de vous tracer, il vous reste assurément dans l'esprit cette impression naturelle et presque forcée que ces arthropathies secondaires affectent avec le rhumatisme une ressemblance symptomatologique des plus accentuées. Il est certain qu'elles présentent avec lui les analogies les plus frappantes.

D'abord elles en ont le siège usuel : les articulations; puis elles en ont les expressions cliniques: comme lui elles se traduisent par des fluxions subinflammatoires des jointures ou par des hydarthroses. Comme lui aussi elles sont résolutives; comme lui elles laissent quelquefois dans la synoviale des altérations qui se traduisent par des craquements, des froissements articulaires, etc., etc.

On pourrait donc croire que ces arthropathies prétendues syphilitiques ne sont rien autre, en réalité, que des phénomènes rhumatismaux accidentels, développés sur des sujets en puissance de syphilis. Cette opinion a eu des partisans, témoin certaine thèse qui a été présentée à la Faculté de médecine de Paris par M. le docteur Guignard, qui a soutenu cette doctrine que les soi-disant déterminations articulaires de la syphilis vers les jointures ne sont que des manifestations de rhumatisme vulgaire, accidentel, développées au cours de la syphilis secondaire.

Il est bien certain même que des coïncidences de ce genre sont possibles et ont pu, ont dû même se produire bien des fois. Nous en avons même actuellement un exemple sur une malade de notre service, qui, au cours d'une syphilis secondaire en pleine évolution, a été affectée d'accidents de rhumatisme subaigu. Pendant plusieurs jours le diagnostic de nature de ces accidents est resté douteux pour nous. S'agissait-il d'un rhumatisme simple développé sur une femme syphilitique, ou bien de manifestations spécifiques pseudo-rhumatismales? Nous n'avons pu juger la question pendant plusieurs jours, et ce n'est, enfin, que l'analyse des phénomènes cliniques et leur évolution qui nous ont convaincu que nous avions affaire à de simples accidents de rhumatisme vulgaire, fortuitement greffés sur un ensemble de manifestations syphilitiques secondaires.

Mais, réserve faite pour les cas de ce genre, qui ne sauraient entrer en ligne de compte, il n'en reste pas moins certain que les arthropathies, dont nous venons de parler, constituent des manifestations d'origine et d'essence spécifiques.

Les arthropathies peuvent bien affecter avec le rhumatisme vulgaire des analogies objectives multiples et frappantes. Il n'importe; leur caractère spécifique ne ressort pas moins de tout cet ensemble de considérations qu'il me reste maintenant à étudier. Il ressort d'abord de certains détails empruntés à la symptomatologie propre à cet ordre de manifestations, tels que les suivants :

1° Ces arthropathies secondaires affectent presque exclusivement les grandes jointures (genoux, coudes, épaules, articulations tibio-tarsiennes, poignets) et respectent les petites jointures; ce qui constitue une opposition avec le rhumatisme vulgaire, lequel se porte avec une fréquence bien connue sur les petites articulations.

2° Elles ont une fixité qui contraste avec la mobilité usuelle ou tout au moins fréquente du rhumatisme vulgaire; c'est-à-dire que, quand elles ont affecté une jointure, elles y restent, elles s'y cantonnent sans se disséminer, sans sauter d'une articulation à une autre, comme le fait souvent le rhumatisme.

3° Elles n'affectent jamais qu'un petit nombre de jointures, une ou deux le plus souvent, quelquefois trois, bien rarement davantage, tandis que le rhumatisme tend très fréquemment à la dissémination, à une quasi-généralisation.

4° Elles ne déterminent pas la réaction générale, les sympathies organiques multiples qu'éveille si souvent le rhumatisme. Ce sont le plus souvent des affections purement locales, des arthrites, des hydarthroses sans fièvre ou bien avec fièvre modérée, éphémère, qui ne ressemble en rien à la fièvre du rhumatisme. Elles ne déterminent jamais ni cet état de sudation profuse ni cette altération des urines qu'il est si commun d'observer dans le rhumatisme.

5° Enfin elles ne retentissent jamais sur le cœur.

Voilà donc déjà un premier ordre de différences qui établissent entre les arthropathies de la syphilis secondaire et le rhumatisme un contraste des plus accentués. Ajoutons à cela maintenant d'autres considérations bien plus propres encore à attester la qualité spécifique de ces manifestations articulaires.

C'est, en second lieu, leur invasion chez des sujets syphilitiques à une certaine époque, à une époque déterminée de la diathèse, à savoir la période secondaire. C'est, en troisième lieu, leur coïncidence fréquente avec divers symptômes d'ordre incontestablement spécifique, tels que syphilides cutanées, syphilides muqueuses, céphalée, iritis, etc. Or cette coïncidence n'est-elle pas par elle-même significative?

C'est, en quatrième lieu, leur apparition endehors des causes habituelles du rhumatisme, c'est-à-dire chez des sujets qui ne sont pas exposés au froid et souvent aussi — à ne parler que de ceux-là — chez des individus non rhumatisants, ni par eux-mêmes ni par prédisposition héréditaire. C'est, en cinquième lieu et finalement, l'influence thérapeutique exercée sur elle par le traitement spécifique, qui les résout et les guérit d'une façon véritablement significative. Il les guérit en quelques jours.

Or cette influence curative de la médication spécifique constitue, dans l'espèce, un véritable critérium, et elle est attestée par de très nombreuses et d'indiscutables observations. C'est un fait vulgaire dans nos salles de voir des arthropathies spécifiques se résoudre d'une façon rapide et absolument significative sous l'influence du mercure seul ou du mercure associé à l'iodure de potassium. Nombre d'observations ont même été citées, dans lesquelles des accidents de ce genre, après être restés longtemps rebelles aux médications vulgaires du rhumatisme, ont été très rapidement soulagés et guéris par l'intervention opportune de la médication spécifique.

J'en aurais, pour ma seule part, plus d'une vingtaine à produire ici. Je me bornerai à vous raconter en quelques mots l'histoire d'un de nos confrères, médecin des plus distingués, qui se trompa sur lui-même dans un cas de ce genre, et se crut longtemps rhumatisant alors qu'en réalité il n'était que syphilitique.

Affligé de douleurs multiples de l'ordre de celles que nous venons d'étudier, ce confrère se traita pendant trois mois entiers à l'aide de tous les antirhumatismaux ordinaires, tels que sulfate de quinine, bicarbonate de soude, colchique, vératrine, bains de vapeur, douches sulfureuses, etc., etc. Aucun de ces remèdes ne lui procura le moindre soulagement. Du jour, en revanche, où l'erreur fut suspectée, l'administration des antisyphilitiques dissipa comme par enchantement ce prétendu rhumatisme, et le malade fut absolument guéri en moins de quinze jours.

Ce cas est fait pour nous tenir en garde contre les surprises auxquelles expose, en pratique, ce pseudo-rhumatisme de la vérole.

Ces diverses considérations ne sauraient laisser de doute sur la qualité des arthropathies en question. Concluons donc en disant que celles-ci ne sont que des manifestations spécifiques sur les articulations, des déterminations que la syphilis produit sur les jointures au cours de la période secondaire.

Un dernier chapitre me reste à ajouter comme complément à cet exposé : le chapitre du traitement. Celui-ci consiste ici purement et simplement en ceci : 1° administration de la médication spécifique; 2° immobilisation de la jointure affectée.

De par une expérience actuellement faite, c'est le mercure qui, en l'espèce, est le souverain remède. Prescrivez donc le protoiodure à la dose de 5 à 10 centigrammes. Souvent on lui a associé une certaine dose d'iodure de potassium, et l'on a dit s'en être bien trouvé. Je n'y vois aucune opposition, si ce n'est qu'il peut être superflu.

L'immobilisation de la ou des jointures malades est rigoureusement indispensable dans tous les cas où il existe des phénomènes de fluxion inflammatoire ou d'hypercrinie. Beaucoup de malades s'y soustraient dans les cas d'hydarthrose indolente et à faible épanchement, et n'en guérissent pas moins, comme j'en ai vu nombre d'exemples. Par prudence, néanmoins, exigez au moins quelques jours de repos, quand cela ne sera pas trop préjudiciable aux intérêts de vos malades.

Je passe sous silence tous les topiques sédatifs qui sont d'un usage banal dans toutes les affections douloureuses des jointures, quelle qu'en soit la nature. Il va sans dire qu'ici comme ailleurs il serait d'un utile emploi, ne serait-ce que pour assurer l'immobilisation des jointures.

Quant aux topiques révulsifs, aux vésicatoires notamment, je n'ai besoin d'en parler que pour modérer un peu l'ardeur avec laquelle on les prodigue généralement. Il est bien peu d'hydarthroses secondaires qui ne soient condamnées au vésicatoire *ipso facto* en leur seule qualité d'hydarthrose. C'est là une pratique peu judicieuse, car nombre d'hydarthroses guériraient à coup sûr, rien que par le traitement spécifique aidé du repos.

Le vésicatoire est loin d'être indispensable ; il doit être réservé, je pense, aux cas de résolution lente, languissante. Ceux-ci seuls le réclament.

Donc, ce qu'il y a de plus sage à faire, ce me semble, étant donné une hydarthrose secondaire, c'est de voir ce que peuvent faire sur elle le traitement spécifique, le repos, les calmants, l'immobilisation avec enveloppement d'ouate, puis, en cas d'action insuffisante ou insuffisamment rapide, recourir alors, — et alors seulement, — au vésicatoire, suivi plus tard d'une compression méthodique sur la jointure affectée.

Tel est le traitement simple que réclament les manifestations articulaires de la syphilis au cours de la période secondaire, manifestations auxquelles il est bon, je crois, de conserver le nom de *pseudo-rhumatisme secondaire* pour rappeler par ce nom même les ressemblances cliniques qu'elles affectent avec le rhumatisme et signaler implicitement, de la sorte, l'erreur clinique à éviter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté préfectoral, en date du 3 mars 1887, MM. les docteurs Leboucq et Destrem sont nommés membres de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XX[e] arrondissement de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Brunhes, professeur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'École de médecine.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — Huit candidats se sont fait inscrire pour le concours de majorat, qui doit s'ouvrir le 14 mars 1887. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Gangolphe, Goullioud, Imbert, Jaboulay, Laguaite, Montaz, Robin et Sabatier.

Le jury est composé de MM. Aubert, Clément, Colrat, Dron, Fochier, Gayet, Horand, Daniel Mollière, Ollier, Poncet, Soulier let Vincent.

— M. Duzéa, chef de clinique chirurgicale, vient de recevoir le prix de la fondation Bouchet.

— Un concours pour une place de médecin en chef de l'hospice civil d'Elbeuf s'ouvrira le lundi 6 juin 1887, à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Pour les conditions du concours, s'adresser à M. le président de la commission administrative de l'hospice civil d'Elbeuf.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Corporandy (de Nice) et de M. le professeur Leudet (de Rouen).

— M. le professeur Milne-Edwards commencera le cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le mercredi 9 mars 1887, à une heure, dans la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Il traitera de l'organisation et de la classification des oiseaux. Ce cours sera complété par des conférences pratiques faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20825

52

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les phies.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

4

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorrhoïdes, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs*, *huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels*, *eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.
F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

43

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

49

SALICOL DUSAULE — SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses*, *lavages*, etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.
DÉPÔT : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies.

77

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le **Vin iodé de Moride** est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre*; il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

16

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée-d'Antin, Paris.

72

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD — A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

90

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

86

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA**. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Pharmacie A. ROY,
3, rue Michel-Ange,
Paris, et pharmacies.
Exiger la signature. *A. Roy*

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

21

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger. *Adh. Dethan*

N° 30. — JEUDI 10 MARS 1887. 60e ANNÉE. JEUDI 10 MARS 1887. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. **».** — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après deux bons rapports, l'un de M. Charpentier, sur un mémoire de M. le docteur Queirel (de Marseille), relatif à l'influence du choléra sur la grossesse, et l'autre de M. Dujardin-Beaumetz sur un mémoire de M. le professeur agrégé Pécholier (de Montpellier) sur la jugulation de la fièvre typhoïde par la quinine et les bains tièdes (*V. Gazette des hôpit.*, 1886, pp. 735 et 1021), l'Académie a entendu une lecture de M. le docteur Doyen (de Reims) et une nouvelle communication de M. Lagneau sur le surmenage intellectuel et la sédentarité.

Le sujet de la lecture de M. Doyen est une étude du rôle des microbes dans les suppurations, la septicémie et les maladies infectieuses. De l'étude de 150 cas de suppurations diverses et de 60 cas de septicémies des plus variées, M. Doyen a tiré un grand nombre de conclusions, parmi lesquelles nous relevons particulièrement les suivantes, qui résument les points principaux de ce travail : Le pus des abcès chauds contient toujours l'un des quatre microbes pyogènes de Rosenbach. Le micrococcus tenuis est, relativement aux autres, fort rare. Ces microbes peuvent pénétrer à la fois et causer des suppurations contenant soit deux, soit trois espèces de microbes simultanément. — La pénétration des microbes dans les tissus précède toujours l'apparition des phénomènes généraux et locaux. — Sous l'action des antiseptiques, les microbes diminuent de nombre, puis disparaissent. — Expliquant difficilement certaines formes bizarres de septicémies, M. Doyen s'est trouvé amené à rechercher par où se faisait, dans les cas suivis de guérison après symptômes généraux graves, l'élimination des microbes.

La conclusion de ces recherches chez l'homme et à la suite des inoculations chez les animaux, prouve que le foie et le rein diminuent tout spécialement les microbes pathogènes ou ceux qui pénètrent dans l'économie. Il y a, dans les cas où l'élimination se fait bien, simple fièvre traumatique. — Les microbes sont-ils trop nombreux, le foie ou le rein sont-ils malades, les microbes sont retenus dans l'économie et il y a danger de mort.

Ces notions sont généralisables, d'après M. Doyen, à toute la série des maladies infectieuses et permettent de donner l'explication de bien des faits cliniques et particulièrement de la gravité des plaies ouvertes dans les mauvais états généraux, presque toujours caractérisés par certaines lésions du foie et du rein.

La communication de M. Lagneau, et les quelques explications qu'a données à sa suite M. Dujardin-Beaumetz, sur le surmenage des jeunes filles dans les écoles primaires, ont suscité à plusieurs membres l'idée de demander la nomination d'une commission qui aurait à faire un rapport à l'Académie sur cette très importante question. Nous ne pouvons qu'y applaudir.

HOTEL-DIEU. — M. DUMONTPALLIER.

De l'analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement.

En 1878, j'avais exposé devant la Société médicale des hôpitaux les avantages de l'analgésie chloroformique pendant le travail de l'accouchement. Les faits que j'ai observés depuis cette époque ont confirmé les conclusions de mes premières recherches. Il était donc tout naturel, sachant que l'analgésie est un des caractères de la période somnambulique de l'hypnotisme, que j'eusse l'idée d'étudier les résultats de l'hypnotisme expérimental chez la femme en travail.

L'occasion s'étant présentée pour moi de faire cette étude, je n'ai pas hésité. Voici dans quelles conditions a été pratiquée cette première expérience personnelle : au mois d'octobre 1886 entrait dans mon service, à la Pitié, une jeune femme de vingt-quatre ans, enceinte de six mois. Je la savais hypnotisable et, dès les premiers jours d'octobre, je déterminais facilement le somnambulisme par la pression sur le vertex, en même temps que par la suggestion verbale. La pression sur le vertex ou la suggestion employées isolément suffisaient pour produire le somnambulisme, mais les deux procédés, employés simultanément, donnaient un résultat plus rapide et plus complet.

Le somnambulisme fut d'abord mis en usage, pendant la grossesse et cela avec succès, pour calmer et faire disparaître les douleurs utérines qui se répétaient plusieurs fois par jour. Bientôt ces douleurs cessèrent complètement.

L'hypnotisme ne fut déterminé chez cette jeune femme, jusqu'à la fin de sa grossesse, que dans le but de produire un entraînement qui devait rendre plus facile et plus certaine l'hypnotisation au moment de l'accouchement.

Au commencement du neuvième mois de la grossesse, après avoir calculé, d'après l'apparition des dernières règles, que l'accou-

chement pourrait avoir lieu vers le milieu du mois de décembre, j'avais à plusieurs reprises suggéré à cette jeune femme, pendant le somnambulisme, que le travail de l'accouchement commencerait le 15 décembre et je lui avais plusieurs fois recommandé, toujours dans le sommeil provoqué, de n'accoucher qu'en ma présence.

Le 15 décembre venu, le travail n'eut pas lieu, et le toucher me permit de constater que le col utérin n'était point effacé.

La première phalange de l'index pénétrait facilement dans le col utérin mollasse, mais l'orifice interne était fermé. Il n'y avait pas de douleurs, mais l'état de la vulve et des seins autorisait à dire que le travail commencerait dans un avenir prochain. La tête du fœtus se présentait en occipito-iliaque gauche antérieure.

Le 26 décembre je quittais la Pitié pour prendre possession de mon nouveau service à l'Hôtel-Dieu où cette jeune femme devait bientôt me rejoindre. Le 28 décembre, les premières douleurs avaient commencé dans la nuit : douleurs faibles, éloignées d'abord, puis plus fortes, plus fréquentes à partir de six heures du matin, et, quand j'arrivai, à huit heures et demie, la parturiente me demandait de tenir ma promesse, de la faire accoucher sans douleur.

La tête du fœtus était engagée dans le petit bassin, en occipito-iliaque gauche antérieure. Le col de l'utérus, complètement effacé et appliqué sur la tête du fœtus, présentait une dilatation de 3 centimètres de diamètre. Les douleurs étaient assez vives, les contractions utérines bien accusées et nettement appréciables.

Le somnambulisme fut facilement déterminé par la pression sur le vertex; les contractions utérines avaient lieu toutes les six à dix minutes et avaient une durée de une minute à une minute quarante-cinq secondes. La parturiente, pendant le somnambulisme, sentait très bien les contractions utérines, mais elle affirmait que ces contractions n'étaient pas douloureuses. Venait-on à la réveiller; aussitôt que les contractions utérines avaient lieu, la parturiente souffrait, elle criait et demandait à être endormie de nouveau.

Pendant l'état de veille on constate que les contractions utérines sont plus fortes, moins longues et que l'intervalle qui les sépare n'est guère que de quatre minutes.

Il conviendrait donc de rechercher, par de nouvelles observations, si l'accouchement est plus lent pendant le somnambulisme que pendant l'état de veille. Je dis pendant le somnambulisme, parce qu'il a été constaté, dans trois observations de la clinique du docteur Karl Braun, de Vienne, que pendant la léthargie, l'accouchement s'est fait très rapidement. L'influence de l'hypnotisme sur la fréquence, sur la puissance des contractions utérines et sur la durée du travail, doit donc être réservée.

Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier dont nous rapportons l'observation, il est permis de supposer, sinon d'affirmer, que l'état de somnambulisme a diminué la fréquence et la puissance des contractions utérines, tout en prolongeant la durée de chacune des contractions. — Mais la patiente, lorsqu'elle était réveillée, réclamait l'hypnotisation, parce qu'elle ne souffrait pas, bien qu'elle se rendît parfaitement compte, dans l'état somnambulique, de la marche du travail. — « Voilà, disait-elle, une grosse douleur, voilà une petite douleur. » — Voulez-vous être réveillée? — « Oh! non, répondait-elle immédiatement, quand je dors je ne souffre pas, et quand je suis réveillée, je crie. J'ai tant souffert avant votre arrivée! »

Les contractions petites et moyennes ne réveillaient pas la parturiente, mais une très forte contraction la réveillait en sursaut, ses yeux étaient hagards et sa figure exprimait subitement une très vive souffrance. Elle pouvait cependant être endormie de nouveau, et si les douleurs n'étaient pas excessives, le réveil n'avait pas lieu. De une heure vingt minutes à sept heures du soir, le travail marchait d'une façon régulière et la parturiente réclamait toujours d'être réendormie, lorsqu'elle avait été réveillée par l'acuité d'une douleur ou par l'expérimentateur.

Il résultait donc de l'observation attentive, continue, pendant dix heures, de neuf heures du matin à sept heures du soir, que l'état somnambulique avait procuré plusieurs heures d'analgésie utérine, et cela, à la grande satisfaction de la parturiente.

A partir de sept heures vingt minutes, la pression sur le vertex et la suggestion verbale ne déterminèrent plus le somnambulisme, les douleurs étaient trop vives, — à huit heures quarante minutes, l'accouchement était terminé. — Les suites de couches furent normales et aujourd'hui, 27 janvier, cette jeune femme est bien portante. L'enfant est né dans les conditions favorables, il n'y a pas eu de menace d'asphyxie au passage; il a été mis en nourrice *quatre* jours après sa naissance.

Quels enseignements peuvent être tirés de cette observation? D'abord, il est établi par ce fait particulier que, chez une primipare, l'état somnambulique a pu déterminer pendant la première période de l'accouchement une analgésie complète, et que, pendant la seconde période, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente, — c'est-à-dire que l'analgésie cessait d'exister lorsque survenaient de très violentes contractions utérines.

Mais, dans la troisième période du travail, lors des fortes pressions de la tête sur le périnée et de l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne, l'hypnotisation a été impossible chez cette jeune femme.

Voilà ce que j'ai observé. Toutefois, une observation rapportée par le docteur Pritzl (1), assistant de Karl Braun, à Vienne, permet de penser que, dans l'état léthargique, la femme peut accoucher sans avoir conscience de l'accouchement.

Il importe donc de ne pas s'en tenir à la période somnambulique; mais de produire l'état léthargique, pour obtenir l'analgésie absolue, surtout à la fin du travail de l'accouchement.

Ces faits imposent des remarques d'ordre scientifique et d'ordre pratique.

Scientifiquement, ils démontrent que l'hypnotisation peut produire l'analgésie utérine pendant le travail de l'accouchement. — Cette analgésie, analogue à l'analgésie utérine chloroformique, est incomplète dans l'état somnambulique, parce que de violentes contractions utérines suffisent pour déterminer le réveil. — Cette analgésie peut être complète dans l'état léthargique, parce que les violentes contractions utérines ne détermineraient pas le réveil.

Dans cette dernière phase de l'hypnotisme, la femme peut accoucher sans avoir conscience de la naissance de son enfant et, si elle a souffert, sans crier, pendant le travail, elle n'a pas conservé le souvenir de la douleur, une fois réveillée.

Dans l'état somnambulique, la parturiente conserve sa conscience, elle cause avec les personnes qui l'assistent, elle mesure la durée et la force des contractions utérines, elle se rend parfaitement compte de la marche du travail et elle ne souffre pas.

Cette analgésie somnambulique est analogue à l'analgésie chloroformique obstétricale de Simpson et de Campbell, mais elle en diffère en ce que la sensibilité cutanée persiste dans l'analgésie Simpsonienne, tandis qu'elle est éteinte dans l'analgésie hypnotique.

Dans la léthargie obstétricale, les choses sont bien différentes, la parturiente paraît morte à la vie de relation : la sensibilité cutanée est abolie, la conscience n'existe plus, tous les sens sont fermés, l'analgésie utérine et péri-utérine est complète et la femme accouche sans avoir aucune conscience du travail. Dans l'état de léthargie expérimentale, la parturiente est dans un état identique à la chloroformisation chirurgicale.

Voilà pour les remarques d'ordre scientifique qui découlent de l'observation des faits. Quant aux remarques pratiques, elles se déduisent facilement : Toute parturiente ne peut être soumise à l'hypnotisation, comme toute parturiente peut être soumise à la chloroformisation obstétricale. L'hypnotisation nécessite un entraînement spécial et ce n'est pas d'emblée, sauf certains cas exceptionnels, que l'on réussira à hypnotiser une parturiente. Mais un grand nombre de femmes, hypnotisables avant le commencement

(1) Léonard, thèse, Paris, 1886, Hystérie pendant la grossesse et pendant l'accouchement. — Pritzl, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 7 nov. 1885, obs. trad. par M. Potocki, interne des hôpitaux.

du travail, pourront bénéficier de l'hyptonisme au moment de l'accouchement et pour que le résultat soit complètement satisfaisant, il faudra avoir la certitude de pouvoir produire l'état léthargique à un moment déterminé. — L'état somnambulique est insuffisant. Cependant il pourra encore être d'une grande utilité, car il suffira souvent pour déterminer l'analgésie utérine et péri-utérine dans la première période de l'accouchement et permettre ainsi à la dilatation du col utérin de suivre une progression régulière.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation.

La question des hémorrhoïdes est une question finie au point de vue de la thérapeutique. Nous ne sommes plus obligés de recourir aux opérations sanglantes d'autrefois, et 98 fois sur 100 nous les guérissons complètement par un autre moyen, par la simple dilatation, et l'on peut dire presque à toutes les périodes de leur évolution.

Cette guérison peut s'obtenir par trois mécanismes. Lorsqu'un malade se présente à vous se plaignant d'hémorrhoïdes dont il voudrait bien être débarrassé, vous n'avez pour ainsi dire pas à vous occuper des variations anatomiques qu'elles peuvent présenter et vous lui faites connaître quelle est la nature de l'opération nécessaire à pratiquer. De plus, comme en général les individus porteurs d'hémorrhoïdes, tout en en souffrant plus ou moins, peuvent continuer à vaquer à leurs affaires, aller et venir, ils se préoccupent beaucoup de la durée que le traitement exigera. A cette question, vous leur répondrez que par la dilatation cette durée ne dépassera pas, en général, huit jours, dont quatre au lit et quatre à la chambre; quelquefois même la guérison pourra être plus rapide, et cela alors même que les tumeurs hémorrhoïdales dateront déjà de plusieurs années, voire même de 6, 8, 10, 12 et 14 ans, comme j'en ai eu à traiter.

Cependant parfois les choses ne se passent pas toujours ainsi et, à ce propos, quelques mots d'explication sont nécessaires.

En effet, voici les différents modes de guérison que l'on peut observer : dans un certain nombre de cas, à la suite de la dilatation, les hémorrhoïdes sortent et ne rentrent plus, elles s'enflamment légèrement, s'atrophient peu à peu et guérissent à tout jamais. La guérison s'obtient dans ces cas-là dans l'espace de quinze jours à trois semaines, après deux ou trois jours de souffrances assez vives. C'est ainsi qu'autrefois, non par la dilatation, mais bien par d'autres procédés, on cherchait à les enflammer pour les guérir.

Dans une seconde variété, les malades ne souffrent pas, ils n'éprouvent aucune douleur, mais la durée est plus longue. Ainsi, dans ces cas-là, après la dilatation, les hémorrhoïdes sortent, puis elles rentrent pour sortir encore chaque fois pour ainsi dire que l'individu marche. Il faut alors recourir aux lotions froides, aux douches sur la région anale. Elles rentrent ainsi lentement, progressivement, et la guérison demande, dans ces conditions, pour être parfaite, une durée de cinq à six semaines.

Je vous citerai en quelques mots le fait suivant : un jour, une jeune Anglaise, fille d'un praticien distingué de Londres, qui faisait ses études à Paris, m'était amenée par une de ses compatriotes attachée à mon service hospitalier. Elle venait me consulter pour des hémorrhoïdes dont elle souffrait assez vivement par moments pour désirer que je l'en débarrassasse complètement. Je lui proposai la dilatation comme le seul moyen réellement pratique de l'en guérir radicalement et sans opération sanglante. Elle crut devoir en référer à son père, lequel, tout en approuvant l'opération et en m'en remerciant par avance, témoigna, dans sa lettre, d'ailleurs fort gracieuse, d'une incrédulité assez prononcée au sujet des résultats de la simple dilatation anale.

Or, par un hasard désolant, en pratiquant chez cette jeune femme la dilatation, je tombai sur cette seconde variété de la curabilité, c'est-à-dire sur des hémorrhoïdes sortant puis rentrant pour resortir encore à la moindre marche un peu prolongée, de sorte que l'infirmité, la gêne dont elle souffrait, étaient en réalité plus grandes après qu'avant l'opération. Cependant, grâce au traitement complémentaire par les lotions froides et par les lavements frais, la guérison complète fut obtenue, mais seulement au bout de sept à huit semaines environ.

Enfin, dans un troisième groupe, je réunirai ce que l'on peut appeler les cas exceptionnels. Vous savez que si le développement des hémorrhoïdes s'accompagne toujours de la contraction des fibres du sphincter interne de l'anus, il est des cas aussi où elles se compliquent d'un véritable prolapsus rectal, c'est-à-dire d'une paralysie du sphincter externe de l'anus. Mais, même dans ces cas-là, vous procéderez à la dilatation anale, la prudence n'étant nullement une contre-indication à cette petite opération ; et vous traiterez ensuite cette complication par les moyens ordinaires et principalement par l'électricité.

En résumé, tandis qu'autrefois on traitait les hémorrhoïdes par l'excision, par la ligature, laquelle était parfois suivie d'accidents plus ou moins graves de phlébite, tandis que les cautérisations entraînaient aussi dans certains cas de véritables dangers, si bien que j'ai à enregistrer dans ma pratique une mort survenue à la suite de cautérisations galvaniques. Par contre, je puis déclarer que je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre revers par la méthode de la dilatation, depuis quinze ans au moins que je la pratique journellement, dilatation faite bien entendu avec le spéculum, de préférence au procédé digital qui lui est très inférieur.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des névralgies.

Par le docteur L. Guesdon.

L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température.

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique comme les Pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des pilules, très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début il sera bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels on ne devra pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

(1) Dr A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre du Commerce qui communique, avec plusieurs pièces à l'appui, pour être examinée par l'Académie, une nouvelle protestation de M. le docteur Lhorach (de Rubinat, Espagne).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Béchamp qui demande que la commission nommée pour juger le différend survenu entre M. Pasteur et lui, soit convoquée.

M. le Président. La commission sera convoquée dès que M. Pasteur sera de retour.

2° Une lettre de candidature de MM. Riban et d'Arsonval, pour la section de physique et de chimie, de M. Widal (d'Alger) et de M. Masse (de Bordeaux), pour le titre de membre correspondant national et de M. le docteur José Péreira Guimaraes (de Rio-Janeiro), pour le titre de correspondant étranger.

3° Une lettre de M. Picot qui remercie l'Académie pour son élection.

4° Un travail de M. le docteur Solland intitulé : *Relation d'un cas de guérison radicale de phthisie pulmonaire ulcérée, à la suite d'un séjour prolongé dans une atmosphère sulfureuse.*

M. L. Labbé présente un travail de M. R.-E. Balanier sur l'éléphantiasis des Arabes (renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon et M. Sée).

M. le Président présente à l'Académie le buste de M. Bouchardat, dont sa famille fait hommage à la compagnie.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Leudet, associé national et directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Rouen, décédé le samedi 5 mars.

RAPPORT

Du choléra chez les femmes grosses. — M. Charpentier, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Cornil et Dujardin-Beaumetz, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Queirel (de Marseille), sur le choléra observé spécialement chez les femmes grosses, dans la dernière épidémie de cette ville.

Ce mémoire soulève une grave question, celle de l'avortement et de la mort du fœtus que l'on rencontre si souvent dans le cas de maladie infectieuse de la mère. C'est sur ce point spécial du mémoire de M. Queirel, qu'insiste plus particulièrement M. le rapporteur, qui termine son rapport par la conclusion suivante :

M. Queirel est candidat au titre de membre correspondant national, son travail est fait avec une conscience et un soin parfaits. Je vous propose donc de lui adresser des remerciements et d'insérer dans vos mémoires ce travail qui constitue à M. Queirel un titre de plus à la bienveillance de l'Académie. (Adopté.)

Jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes. — M. Dujardin-Beaumetz, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. G. Sée, lit un rapport sur un travail de M. le docteur G. Pécholier, ayant pour titre : *De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes.* Le mémoire de M. Pécholier se résumait dans la conclusion suivante : par son action antizymotique, la quinine, associée aux bains tièdes, dompte, raccourcit la fièvre typhoïde; elle la jugule, elle ne lui laisse qu'une durée moyenne de quatorze ou seize jours. Les onze faits, résumés dans ce mémoire, portent aujourd'hui à soixante-cinq au moins les cas consécutifs hâtivement guéris par ma méthode sans aucun insuccès. — M. le rapporteur termine et résume son rapport par les considérations suivantes :

On a vu avec quel succès M. Pécholier a employé son traitement. Sera-t-il toujours aussi heureux? Nous n'oserions l'affirmer et nous craignons qu'une épidémie meurtrière ne vienne modifier profondément sa statistique si favorable.

Si l'on est en droit d'espérer trouver un jour un traitement abortif de la fièvre typhoïde, je pense que ce n'est pas dans la voie de la thérapeutique médicamenteuse proprement dite, qu'on doit le chercher. Par l'étude de ses virus atténués, notre illustre collègue M. Pasteur nous a montré la nouvelle route que nous devons suivre. Lorsque nous connaîtrons mieux le bacille pathogène, lorsque l'on aura étudié avec plus de soin son mode de développement et de culture, peut-être alors trouvera-t-on le moyen d'obtenir des formes atténuées de la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Pécholier est des plus honorables et nous ne pouvons qu'encourager de pareilles études. Aussi votre commission vous propose-t-elle d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. Doyen (de Reims) lit un mémoire sur les suppurations, la septicémie et la pyohémie chirurgicales. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ranvier, Lannelongue et Cornil.)

COMMUNICATIONS

Surmenage intellectuel et sédentarité. — M. Lagneau fait une communication sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, en particulier sur le degré d'aptitude militaire des jeunes hommes plus ou moins instruits.

Des recherches statistiques auxquelles M. Lagneau s'est livré, il résulte que les jeunes gens ayant passé les examens des divers

baccalauréats, ayant obtenu des diplômes de fin d'études ou des brevets de capacité, ont une proportion d'exemptés, de dispensés ou d'ajournés, beaucoup plus élevée que celle des jeunes gens en général : que sur 1000 les bacheliers en ont 575, alors que les autres en ont 450. Ces proportions témoignent de l'inaptitude militaire beaucoup plus grande de nos jeunes gens instruits, soumis dès leur jeunesse à la fâcheuse influence de nos modes d'éducation sur le développement physique.

Il importe grandement, suivant M. Lagneau, de tenir plus compte des exigences physiologiques de l'organisme humain, de ne pas entraver le développement corporel, si fréquemment insuffisant, par un régime universitaire plus intensif que favorable au développement intellectuel.

Par suite de nos modes d'instruction, ajoute M. Lagneau, par suite aussi de l'habitat dans les villes, la portion instruite de notre population se trouve, en général, dans de mauvaises conditions biologiques. Aussi ne tarderait-elle pas à diminuer si elle ne se recrutait incessamment parmi les enfants d'ouvriers auxquels l'instruction, même supérieure, devient accessible.

M. Lagneau termine en rappelant les grandes réformes à faire dans notre régime universitaire, qu'il a déjà indiquées dans ses précédentes communications.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ revient à cette occasion sur la communication qu'il a faite à l'Académie sur ce même sujet le 14 septembre dernier. — Voici, dit-il, comment les choses se passent dans l'enseignement primaire des jeunes filles. Cet enseignement se divise en trois groupes, les cours élémentaires, les cours moyens, les cours supérieurs et les cours complémentaires.

Le temps disponible par semaine comprenant cinq jours, le jeudi et le dimanche exceptés, est de trente-deux heures et demie pour les cours élémentaires et moyens, et de trente-cinq heures pour les cours supérieurs et complémentaires. Tout ce temps est absorbé par les leçons de l'école et il n'y a aucune heure destinée aux devoirs; de telle sorte que l'enfant, qui a écouté pendant plus de six ou sept heures, doit consacrer un temps presque égal pour les devoirs. Aussi que se passe-t-il? L'enfant se couche à une heure tardive. Les jeunes filles n'auront plus un instant pour s'occuper des soins du ménage.

Ces programmes exagérés, en dehors de toute proportion avec ce que doit savoir le plus grand nombre des enfants du peuple, a d'autres conséquences plus sérieuses que le surmenage. A mesure que l'on rend l'école plus attrayante, que l'on multiplie les plaisirs et les fêtes pour la population des écoles, on éloigne un certain nombre d'enfants de la vie et de la tradition de la famille.

Dans cette lutte incessante, s'il y a quelques élèves qui arrivent, combien restent sur le carreau; sur 3 000 jeunes filles ayant le brevet élémentaire, 500 atteignent le brevet supérieur. Au commencement de l'année 1887, il y avait en France 12 747 jeunes filles aspirant aux fonctions d'institutrice, 8 567 pour la France et 4 174 pour le département de la Seine. On peut juger par là des déceptions qui attendent le plus grand nombre de ces élèves et les graves conséquences qui en peuvent résulter.

Après quelques observations présentées par MM. Javal, Gautier et Larrey, sur la demande formelle faite par M. Dujardin-Beaumetz et appuyée par ses collègues, il sera nommé une commission chargée de faire un rapport à l'Académie sur ce sujet.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES

Décret relatif au personnel de l'inspection des enfants assistés.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu la loi du 5 mai 1869;

Vu le décret du 31 juillet 1870, réglant le cadre et les conditions d'organisation de l'inspection des enfants assistés;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Article premier. — Le personnel chargé, sous l'autorité des préfets, de la surveillance du service des enfants assistés, comprend des inspecteurs, des sous-inspecteurs, des inspectrices et des sous-inspectrices.

Art. 2. — Le ministre de l'intérieur nomme les inspecteurs, les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices; il pourvoit à leur avancement d'après les règles établies par le présent décret.

Le cadre de l'inspection est fixé, pour le département de la Seine, par le présent décret; pour les autres départements, par arrêté ministériel.

Art. 3. — Les inspecteurs, dans les départements autres que celui de la Seine, sont choisis exclusivement :

1° Parmi les sous-inspecteurs ayant au moins six années d'exercice;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, ayant au moins cinq années d'exercice;

3° Parmi les inspecteurs de l'enseignement primaire;

4° Parmi les commis-rédacteurs du ministère de l'intérieur, les chefs de division des préfectures, les secrétaires en chef des sous-préfectures, des mairies et des hospices ou hôpitaux dans les villes d'au moins 30 000 âmes.

Tous les candidats devront être âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus; seuls les sous-inspecteurs pourront être nommés inspecteurs après l'âge de quarante-cinq ans.

Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront compter au moins huit ans de services publics.

Le tiers au moins des inspections qui deviendront vacantes, sera réservé aux sous-inspecteurs.

Art. 4. — Les sous-inspecteurs sont choisis, indépendamment des candidats prévus à l'article précédent :

1° Parmi les chefs de bureau et employés des préfectures, des sous-préfectures, des mairies, dans les villes d'au moins 10 000 âmes, les secrétaires et les économes des établissements de bienfaisance possédant au moins 20 000 francs de recettes ordinaires;

2° Parmi les instituteurs publics.

Les candidats devront compter au moins cinq ans de services publics, être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus.

Art. 5. — Le cadre du personnel comprend quatre classes d'inspecteurs et de sous-inspecteurs. Il y a, au maximum, un inspecteur par département, sauf dans le département de la Seine.

L'effectif maximum des trois premières classes est réglé comme suit :

Première classe : 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs.

Deuxième classe : 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs.

Troisième classe : 25 inspecteurs, 20 sous-inspecteurs.

Les classes sont personnelles.

Les traitements correspondant à chacune d'elles sont fixés comme suit :

Première classe : inspecteurs, 5 000 francs; sous-inspecteurs, 3 000 francs.

Deuxième classe : inspecteurs, 4 500 francs; sous-inspecteurs, 2 800 francs.

Troisième classe : inspecteurs, 4 000 francs; sous-inspecteurs, 2 600 francs.

Quatrième classe : inspecteurs, 3 500 francs; sous-inspecteurs, 2 400 francs.

Les inspecteurs, à l'exception de ceux du département de la Seine, et les sous-inspecteurs seront, à leur entrée dans le service, placés dans la quatrième classe du cadre.

Les inspecteurs ne pourront être promus à une classe supérieure qu'après trois ans au moins, et les sous-inspecteurs après deux ans d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

Art. 6 — Les inspecteurs et les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices reçoivent des indemnités de frais de tournées dont le maximum est fixé pour chacun d'eux par le ministre de l'Intérieur.

Les allocations accordées à ce titre devront être la représentation des frais occasionnés et ne seront délivrées aux ayants droit, sauf une provision fixée par le ministre de l'intérieur, que sur la production des justifications prescrites par arrêté ministériel.

Art. 7. — Dans les départements pourvus de 2 sous-inspecteurs au moins, un des emplois de sous-inspecteurs pourra être remplacé par un emploi de sous-inspectrice.

Pour les conditions d'âge, le traitement et l'avancement, les sous-inspectrices sont assimilées aux sous-inspecteurs ; les trois-quarts des sous-inspectrices sont choisies parmi les institutrices des écoles primaires publiques et les directrices des écoles maternelles publiques ayant au moins huit années d'exercice.

Art. 8. — Le cadre de l'inspection des enfants assistés de la Seine comprend six inspecteurs et deux inspectrices qui appartiennent de droit à la première classe du cadre.

Art. 9. — Les inspecteurs des enfants assistés de la Seine sont choisis exclusivement :

1° Parmi les inspecteurs des enfants assistés des autres départements parvenus à la première classe du cadre ou compris dans la deuxième depuis trois ans au moins ;

2° Parmi les docteurs en médecine ayant au moins dix ans d'exercice ;

3° Parmi les chefs de bureau du ministère de l'intérieur, de la préfecture de la Seine et de l'Administration générale de l'Assistance publique ;

4° Parmi les inspecteurs primaires de la Seine.

Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront être en fonctions depuis six ans au moins.

Les inspectrices des enfants assistés seront choisies exclusivement parmi les personnes qui comptent au moins huit ans de services dans l'Enseignement public.

Art. 10. — Les candidats aux emplois d'inspecteurs et d'inspectrices des enfants assistés de la Seine sont soumis aux conditions d'âge exigées par l'article 3 du présent décret.

Art. 11. — Jusqu'à ce que l'effectif des inspecteurs et des sous-inspecteurs actuellement en fonctions soit rentré dans les limites du cadre établi par l'article 5, il ne sera pourvu dans chacune des trois premières classes qu'à une promotion par 2 vacances.

Art. 12. — Le décret du 31 juillet 1870 est abrogé.

Art. 13. — Le président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Fait à Paris, le 8 mars 1887.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :
Le président du Conseil,
Ministre de l'intérieur et des cultes.
René Goblet.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

141. M. Dubief. Lésions dans la maladie de Parkinson. — 142. M. Graverry. Quelques cas de chirurgie pratique. — 143. M. Clado. De la bactérie septique de la vessie. — 144. M. Lowenthal. Étude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine en Europe. — 145. M. Mérigot de Treigny. Hernies du gros intestin. — 146. M. Cohin. Étude sur les variations des poids du corps dans la fièvre typhoïde. — 147. M. Burgé. Étude sur les paralysies et anesthésies consécutives aux attaques d'épilepsie. — 148. M. Thuau. Abcès froids tuberculeux. — 149. M. Bourgeois. La périostite et l'ostéo-périostite consécutives à la fièvre typhoïde. — 150. M. Debu. De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies opératoires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 mars 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

2e corps d'armée, M. Coroze.

3e corps d'armée, MM. Catois, Hue et Leprévost.

6e corps d'armée, MM. Simon, Parisot, Nicolas et Vautrin.

13e corps d'armée, M. Cénas.

18e corps d'armée, MM. Guillaud, Martinet, Chappelle, Bergonié et Ferré.

— M. Arnaud, élève du service de santé militaire, attaché à l'hospice mixte de Montpellier, reçu docteur en médecine, est nommé médecin stagiaire à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session extraordinaire pour le lundi 21 mars 1887. La durée de cette session sera de trois jours.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Coreil est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Labussière, démissionnaire.

— A la suite du concours ouvert le 14 février dernier, M. Gasselin, interne en pharmacie de quatrième année à l'Hôtel-Dieu, a été nommé pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chuffart, médecin aide-major de première classe, professeur agrégé (section de médecine) à la Faculté de l'État de Lille.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1886-1887 s'ouvriront, à la Sorbonne, le mercredi 16 mars 1887. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Friedel ouvrira le cours de chimie organique, le mercredi 16 mars, à une heure et demie, et le continuera, le mercredi à la même heure, et le vendredi à dix heures et demie. Il traitera des fonctions chimiques et étudiera les composés de la série grasse.

M. le professeur X... ouvrira le cours de botanique, le mercredi 16 mars, à midi et demi, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le professeur Hautefeuille commencera le cours de minéralogie, le jeudi 17 mars, à deux heures trois quarts, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Il étudiera les caractères généraux des métaux et les principales espèces minérales.

M. le professeur Lippmann ouvrira le cours de physique, le samedi 17 mars, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie, le vendredi 18 mars, à trois heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

M. le professeur Yves Delage ouvrira le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le samedi 19 mars, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il étudiera les Tuniciers et les Vertébrés.

— M. le docteur H. Picard, commencera un cours d'urologie, 13, rue Suger, le lundi 14 mars, à cinq heures, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours essentiellement pratique comprendra 6 ou 7 leçons.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20843

N° 31. — SAMEDI 12 MARS 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 12 MARS 1887. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL LAENNEC. — M. FERRAND.

L'exercice du langage et l'aphasie; lésions anatomiques et schéma (1).

VIII

Lésions de l'aphasie. — Étant connus les centres et les trajets que l'exercice du langage parlé, écrit ou mimé met en jeu, il est évident qu'une lésion fonctionnelle ou organique portant sur l'un quelconque de ces éléments devra entraver, suspendre ou détruire les fonctions auxquelles cet élément correspond ou prend part.

La rareté des cas simples où l'un seulement de ces éléments est atteint, explique les incertitudes qui ont régné longtemps sur ce sujet ; mais aujourd'hui, avec les progrès qu'a fait l'anatomie pathologique du système nerveux central, avec la possibilité que nous avons de reproduire expérimentalement un grand nombre de ses lésions, avec l'analyse que nous fournissent les études physiologiques, et les pratiques de la suggestion, nous pouvons plus hardiment aborder ce problème.

1. Supposons d'abord une lésion de M, c'est-à-dire du centre de coordination motrice du langage articulé. C'est en effet la lésion la plus fréquemment observée, celle que Bouillaud et Broca ont reconnue et à laquelle M. Charcot a imposé le nom de lésion de l'*aphasie motrice*. Ce point M a d'ailleurs un siège parfaitement défini dans le cerveau. Dans les circonvolutions nombreuses qui en sillonnent la surface, il occupe le pied de la troisième circonvolution frontale, au voisinage de la scissure de Sylvius et de l'insula de Reil.

Or tous les actes qui se rapportent au langage et qui impliquent la mise en jeu de ce centre, vont se trouver plus ou moins altérés ou suspendus par cette lésion, selon sa gravité.

Et comme ce centre est l'agent de coordination de la parole, tous les modes de parole vont se trouver atteints : la parole réflexe ou en écho (*a*AM), la parole volontaire spontanée (*c*AM), la réponse à une question (*a*A*c*AM), la lecture réflexe (*v*VM) et comprise (*v*V*d*VM), la lecture par le toucher (*t*KM) et la traduction des gestes en paroles (*t*K*x*KM).

Les fonctions conservées sont : la compréhension de la parole (*a*A*c*), la dictée réflexe ou comprise (*a*AE ou *a*A*c*AE), l'écriture intelligente spontanée (*d*VE), la compréhension de l'écriture (*v*V*d*), la copie de l'écriture (*v*V*d*VE). De même sont conservées toutes les relations avec la mimique et les manifestations qui s'y rattachent.

Le malade de notre service, dont j'ai rapporté plus haut l'observation, était bien un type de cette forme d'aphasie. Il entendait ce qu'on lui disait, en saisissait le sens, pouvait le lire des yeux et le comprendre à la lecture, l'écrire lui-même, mais il ne pouvait rien prononcer, du moins au début de sa maladie. Tous les gestes étaient conservés. Sa physionomie témoignait de son intelligence, la parole seule lui manquait.

L'aphasie motrice n'est pas toujours à ce point entière et absolue. Lorsqu'elle est en voie de guérison, elle peut présenter les faits les plus curieux, qui sont comme une analyse des diverses propriétés et des divers éléments du centre moteur lui-même. Certains sujets, par exemple, après avoir été totalement aphasiques, reprennent l'usage de la parole et cependant restent incapables d'exécuter une lecture à haute voix. Quelques autres ont gardé la faculté de chanter les paroles qu'ils ne peuvent dire. Chez d'autres enfin ce sont certains mots réflexes, plus familiers que tous les autres qui ont survécu au naufrage. La lecture de la musique est parfois dans ce cas. Enfin, dans d'autres cas encore, le sujet, incapable de lire les mots qu'il voit écrits, peut cependant répéter ceux qu'il entend dire.

Dans ces diverses circonstances, il est évident que le centre de coordination motrice n'est pas détruit mais seulement altéré partiellement, et que, parmi les associations motrices qu'il est apte à effectuer, quelques-unes demeurent possibles ou recommencent à le devenir; ou encore de nouvelles associations s'effectuent pour remplacer les anciennes et la suppléance s'établit sous l'influence de l'effort et de l'usage.

2. Supposons maintenant une lésion de E, c'est-à-dire du centre de coordination motrice graphique, de l'écriture en un mot. Bien qu'elle soit rarement isolée, cette lésion se rencontre encore et a été assez observée pour qu'on ait donné le nom spécial d'*agraphie* au trouble qui en résulte, et qu'on ait pu lui attribuer, comme siège à peu près certain, un point voisin du précédent, vers la base de la deuxième circonvolution frontale du cerveau, un peu au-dessus du

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 217.

centre de coordination motrice de l'articulation du langage.

Tous les actes qui se rapportent aux manifestations de la pensée par l'écriture et qui nécessitent l'activité de ce centre, vont être plus ou moins altérés ou suspendus par cette lésion. L'écriture réflexe (*v*VE), l'écriture intelligente spontanée (*d*VE), l'écriture en copie comprise (*v*V*d*VE), la dictée réflexe (*a*AE), la dictée comprise (*a*A*e*AE), l'écriture après perception par le toucher (*t*KE) et la traduction du geste en écriture (*t*K*x*KE).

Les fonctions conservées sont : la compréhension de l'écriture (*v*V*d*), la lecture à haute voix, réflexe ou comprise (*v*VM ou *v*V*d*VM). Ainsi s'explique cette singularité, bien étonnante au premier abord, d'un malade qui peut lire et ne peut écrire, ni même copier ce qu'il lit; à moins qu'il ne copie le texte qu'il a sous les yeux, comme on copie les lignes d'un tableau, mais sans pouvoir les coordonner, comme on le fait, sachant écrire. Dans ce cas sont conservées encore toutes les manifestations du langage par la parole et les relations avec la mimique et ses manifestations.

On peut citer, comme exemple de ce cas, le fait de Pitres, dans lequel une hémiplégie droite, sans aphasie, sans altération de l'intelligence, le sujet capable de parler, de lire, ne pouvait écrire, pas même le mot *Bordeaux* qu'il devait bien connaître cependant, eu égard à sa profession de négociant en vins. Le malade reconnaissait bien les lettres du mot en question, les épelait, les retrouvait dans une page d'écriture; mais ne pouvait les écrire lui-même, au moins de la main droite; car, en s'exerçant un peu, il était arrivé à écrire de la main gauche. Pour ce qui est de copier, il le pouvait faire, à la condition de copier les caractères d'imprimerie avec leur forme spéciale et l'écriture cursive en écriture cursive, c'est-à-dire qu'il dessinait son écriture et ne pouvait l'écrire graphiquement.

Dans certains cas, la main gauche, même dressée, ne peut suppléer la droite. Le plus souvent, comme dans le cas actuel, elle la supplée en effet. Parfois la main gauche écrit, mais d'une écriture renversée et, comme on l'a dit, *spéculaire* ou en miroir. Enfin les agraphies se sont montrées partielles comme les aphasies, surtout quand les sujets marchent peu à peu vers la guérison.

3. Une lésion de G aurait sans doute les mêmes conséquences au point de vue de l'expression par la mimique ; elle rendrait impossibles la mimique réflexe ou le geste involontaire (*t*KG), la mimique intelligente spontanée (*x*KG), la mimique comprise et réfléchie (*t*K*x*KG), le geste réflexe après audition ou après vision (*a*AG, *v*VG), enfin la mimique intelligente après lecture (*v*V*d*VG).

Mais cette variété d'aphasie ou plutôt d'amimie ne saurait nous arrêter, n'ayant pas encore été observée isolément.

IX

Après la lésion des centres de coordination motrice, vient celle des centres de collection sensorielle verbale.

4. La première est la lésion de A, ou du centre de collection des sensations auditives verbales. Elle a, pour conséquence immédiate et nécessaire, un état dans lequel le sujet entend la parole comme un bruit ou même comme un son, mais ne l'entend point comme un signe du langage : ce qui a valu à cet état le nom de *surdité verbale*.

Les fonctions abolies dans ce cas sont toutes celles qui impliquent la participation du centre A. Telles sont : la compréhension de la parole (*a*A*c*), l'exercice de la parole comprise (*c*AM), la parole réflexe (*a*AM), la dictée réflexe (*a*AE) et le geste réflexe peut-être (*a*AG). La dictée comprise (*a*A*c*AE) est plus impossible encore, ainsi que la mimique de la dictée comprise (*a*A*c*AG).

Les fonctions conservées sont : l'écriture volontaire (*d*VE), la faculté de copier (*v*V*d*VE) et peut-être aussi la parole volontaire par un trajet probablement indirect et qui emprunte les autres centres de collection sensorielle (*d*VM ou *x*KM).

Dans certains cas où le centre A n'est probablement pas totalement détruit, les malades ont conservé le langage réflexe ou le récupèrent peu à peu ; c'est le trajet *a*AM qui est demeuré ou qui redevient praticable dans une certaine mesure.

Dans ce cas encore, si le sujet est un auditif, c'est-à-dire de ceux qui ne se représentent les mots que par le son qu'ils produisent, l'oblitération du centre A ne lui permettra guère de se servir des autres centres K et V. Mais si c'est un visuel ou un moteur, c'est-à-dire s'il se représente les mots par la forme graphique qu'ils affectent, ou par le mouvement qu'il lui faut effectuer de la langue et des lèvres pour le prononcer, dans ce cas le sujet, quoique ne pouvant parler de lui-même ou répondre à une question, pourrait traduire en paroles le langage écrit ou mimé. Mais comme la grande majorité des hommes paraît être auditive avant tout, et se former une idée des mots par le son qu'elle sait leur appartenir, il en résulte que la surdité verbale entraîne communément l'impossibilité de comprendre aussi bien l'écriture que la parole.

On a observé aussi, dans le cas de lésion de A, des surdités verbales partielles ou incomplètes, les unes bornées à une seule langue par exemple, chez un sujet polyglotte, d'autres n'intéressant que certains groupes des mots à l'exclusion de tous les autres, d'autres encore limitées à la musique. Rien de plus curieux sans doute que cette surdité musicale chez un sujet qui a gardé la pleine audition des mots et *vice versa*.

Ce qu'il y a de plus remarquable chez le malade atteint de surdité verbale, c'est qu'il répond à la question qu'on lui pose, mais répond tout à côté de la question, et ne paraît nullement se douter que ses réponses n'ont pas de sens ou du moins n'ont aucun rapport avec la question qui lui est posée. C'est ainsi que le défaut de la collection auditive verbale fait que la sensation transmise au centre psychique est totalement altérée, sans que les collections kinesthétique et visuelle puissent suppléer totalement à son insuffisance ou à son défaut.

Cette lésion de A ou du centre de collection auditive en vue de la compréhension ou de l'exercice de la parole, n'est pas une hypothèse; elle a été observée et son siège paraît bien déterminé dans le cerveau. Elle occupe une assez large place, le long de la scissure de Sylvius, sur la première circonvolution temporale, au-dessous du centre visuel.

5. La lésion du centre de collection des sensations visuelles verbales ou lésion de V vient après la lésion de A. Elle a pour effet nécessaire un état dans lequel le sujet voit seulement les caractères tracés sur le papier, sans doute, mais comme des linéaments noirs sur un fond blanc et nullement comme un signe de langage. C'est pourquoi on a donné à cet état le nom de *cécité verbale*.

Toutes les fonctions auxquelles participe le centre V sont abolies dans ce cas : la compréhension de l'écriture (*v*V*d*), l'écriture réflexe aussi bien que l'écriture intelligente (*v*VE

et dVE), l'écriture comprise et la faculté de copier ($vVdVE$), enfin la lecture réflexe à haute voix ou par gestes (vVM ou vVG), ainsi que la lecture à haute voix comprise ($vVdVM$) et la lecture mimée comprise ($vVdVG$).

On n'a pas encore bien précisé jusqu'ici quelles sont, dans ce cas, les fonctions conservées intactes; mais il semble que toutes celles qui relèvent de la parole entendue sont intactes, ainsi que celles qui relèvent de la mimique : la parole volontaire (cAM), la réponse à la parole entendue et comprise ($aAcAM$).

Les cécités verbales partielles se rencontrent plus souvent que les surdités verbales partielles. Sans doute on comprend que la lecture et l'écriture réflexes soient à la rigueur au moins partiellement conservées chez les sujets atteints de cécité verbale, mais il n'en est pas moins curieux de voir des sujets, atteints de la cécité des mots, être encore capables de distinguer les syllabes, et d'autres, incapables de lire les syllabes, garder la possibilité d'épeler les lettres une à une. Quelques malades ont seulement gardé la vision nette des chiffres, chez d'autres encore, ce ne sont plus que les chiffres arabes qui sont lus et non les chiffres romains. Certaines gens peuvent lire un mot écrit et ne peuvent le prononcer sans le voir écrit sous leurs yeux; d'autres peuvent reconnaître le mot à sa forme d'ensemble et sont incapables de le lire et même de l'épeler.

Ces variétés singulières des troubles résultant de la cécité verbale tiennent à ce que la plupart des gens sont surtout des auditifs et quelque peu des moteurs; or, chez les sujets atteints de cécité verbale, la collection de l'image visuelle ne peut se former assez, pour se transmettre au centre psychique ou pour se réfléchir sur les autres centres, mais il est probable qu'elle est seulement ébauchée, ou que, tout au moins, elle est perçue assez pour rappeler, dans le centre auditif ou dans le centre moteur, l'image verbale correspondante et se réfléchir ainsi, par l'intermédiaire des autres centres sensoriels, sur les centres psychiques et moteurs. Telle est du moins l'explication que donne Fräenkel de ces faits singuliers.

On comprend en effet que si le sujet est un auditif, c'est-à-dire capable surtout de se représenter les mots par le son qu'ils produisent, la sensation visuelle bien qu'insuffisante à déterminer à elle seule une image verbale, réveille dans le centre auditif la collection sensorielle qui lui est habituellement associée. Et c'est ce dont notre schéma permet de se rendre compte assez facilement. La sensation transmise de v en V, arrêtée en V par la lésion, réveille cependant en A la collection sensorielle à laquelle elle est habituellement associée et par l'intermédiaire de ce centre se transmet aux centres psychiques et aux centres de coordination motrice.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, le siège du centre V est aussi à peu près déterminé dans le cerveau, c'est-à-dire qu'il paraît occuper, au-dessus du centre A, cette partie de la deuxième circonvolution pariétale qui borde la scissure de Sylvius.

6. Je ne dirai rien du centre K et de sa lésion, ce centre demeurant tout hypothétique et sa lésion n'ayant pas été distinguée jusqu'ici. On peut toutefois présumer que cette lésion déterminerait une *akinesthésie verbale*, autrement dit l'impossibilité de réunir les sensations motrices en un groupe significatif, aussi bien que de comprendre la signification du langage mimé

X

J'arrive maintenant à l'étude des troubles qu'apporte, à l'exercice de la parole, une lésion des foyers psychiques. Dans ce centre B, nous avons placé les foyers mnémoniques et les foyers imaginatifs, qu'il est impossible de séparer au point de vue anatomique ou physiologique pur, mais seulement au point de vue psychologique. Du reste, dans les observations recueillies jusqu'ici, si les auteurs ont assez nettement fait la séparation entre les centres de coordination motrice et les centres de collection sensorielle, ils ont le plus souvent confondu ces derniers avec les centres de mémoire et d'imagination.

Comme on le voit, nous ne sommes plus ici sur un terrain physiologique aussi sûr que pour ce qui regarde les centres précédents. Néanmoins il est quelques faits qui suffisent à prouver qu'il y a des amnésies verbales distinctes des aphasies par surdité ou par cécité verbale.

Telle est, par exemple, cette observation, dans laquelle le sujet est représenté considérant les mots « comme un candidat embarrassé fait d'une substance à reconnaître dans un examen de sciences naturelles ». Cet homme, observé par Broca, tournait, retournait, plaçait sous diverses inclinaisons, à des distances variées, la feuille qui portait le mot qu'on lui donnait à lire, tentait un essai d'épellation, et hasardait une interprétation, rarement juste, d'ailleurs. Et la contradiction, loin de provoquer de sa part de l'irritation ou de la résistance, comme il arrive chez l'aphasique non psychique, le laissait désarmé et consentant. Mis en face de mots retournés, il les replaçait dans le sens convenable; il les voyait donc, en tant que mots, et les jugeait comme tels, mais il ne les reconnaissait pas pour les avoir jamais vus, ou du moins ne les retrouvait qu'avec un souvenir des plus vagues.

Ces aphasies par amnésie semblent devoir se distinguer aussi, suivant que le souvenir perdu est celui des mots parlés, celui des mots écrits, celui des gestes; ce qui permet de les classer en aphasie par amnésie auditive, aphasie par amnésie visuelle, et aphasie par amnésie kinesthésique.

Dans les cas où l'aphasie a un tel siège, il est clair que les manifestations purement réflexes des divers modes de langage sont conservées intactes. Elles peuvent même être accrues suivant la loi générale qui veut qu'un centre nerveux, privé ou débarrassé des centres qui lui sont supérieurs, voie s'accroître son influence réflexe ou automatique. Les fonctions des centres de collection sensorielle et de coordination motrice sont donc entières. Mais ces mêmes fonctions ne peuvent s'exécuter avec la participation des centres psychiques; aussi le langage, tout en restant possible chez de tels sujets, est-il néanmoins gravement mutilé et mutilé du côté de ses éléments les plus nobles et les plus élevés. De sorte que l'intelligence et la personnalité semblent être plus gravement atteintes chez les sujets ainsi atteints partiellement en apparence, que chez ceux qui, frappés dans leur centre moteur d'articulation, ont perdu absolument toute parole.

Quant aux aphasies qui résulteraient d'une lésion des centres imaginatifs, elles sont, avons-nous dit, absolument problématiques et d'ailleurs ces centres sont physiologiquement si voisins des centres de mémoire qu'il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de tracer entre eux des limites. Nous ne nous y arrêterons donc pas davantage.

XI

Les aphasies que nous venons d'étudier sont celles qui résultent de la lésion des foyers nerveux chargés de concourir à l'exécution de la parole, il nous reste à dire quelques mots des aphasies qui résultent d'une lésion des filets nerveux ou des conducteurs qui réunissent ces centres. C'est ce qu'on a nommé les *aphasies de conductibilité*. Quelques-unes des variétés possibles de ce genre d'aphasie sont connues et un plus grand nombre certainement reste à observer.

La première, la plus fréquemment observée de ces sortes d'aphasie, est celle qui résulte d'une interruption du conducteur AM, c'est-à-dire entre le centre de collection sensible et le centre de coordination motrice. Or, cette lésion abolit toutes les manifestations réflexes de la parole, et le langage parlé volontaire, au moins en partie. Sont conservées au contraire la compréhension de la parole, la lecture et la copie.

Une seconde forme encore assez fréquente est l'aphasie qui résulte d'une lésion pratiquée sur A*c*. Cette forme représente la seconde variété d'aphasie sensorielle, la première étant celle que nous avons étudiée sous le nom de surdité et de cécité verbale. Il y a dans ce cas suspension de la parole et altération du langage volontaire. Les manifestations réflexes de la parole sont intactes, et l'écriture reste possible, bien que souvent altérée.

La troisième variété d'aphasie sensorielle est celle qui résulte d'une lésion sur le trajet *a*A. Il y a alors perte de tous les modes réflexes du langage et de la dictée. Le langage volontaire est au contraire conservé ainsi que tous les modes graphiques. On peut se rendre compte de ces divers effets, en suivant sur le schéma tous les trajets fonctionnels qui passent par le segment *a*A, ce sont ceux qui sont altérés, tandis que ceux qui ne passent pas par ce segment sont conservés.

Ballet, dans sa thèse sur l'aphasie, à laquelle j'emprunte la description de plusieurs de ces variétés, en signale d'autres encore sur lesquelles je ne crois pas utile d'appeler votre attention, parce qu'elles sont plus schématiques que démontrées. Nul doute enfin que quelques-unes de ces lésions de conducteurs n'ait pour effet de rendre ataxiques les manifestations de la parole et de l'écriture, notamment les trajets qui passent par le centre kinesthésique.

XII

Maintenant que nous connaissons le fonctionnement des centres législateurs de la parole, et celui des trajets qui mettent ces centres en correspondance, maintenant que cette analyse a été poussée plus avant et tout au moins confirmée par les données de la pathologie, n'avons-nous pas quelques conséquences à en tirer relativement à la psychologie de la parole?

C'est là un terrain sur lequel il nous est bien permis de jeter la sonde, un point de vue qu'il n'est pas mauvais d'envisager, à condition qu'il ne nous fera pas oublier les faits que nous avons constatés, mais les conservera en leur appliquant un sûr et précieux contrôle.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit, chemin faisant, de la parole intérieure, de son mode de production, de sa tendance et de ses différents degrés d'extériorisation.

Je me garderai d'autre part d'aborder, même incidemment, le grave problème de l'origine de la parole. Mais il me semble qu'un fait général se dégage de cette étude : c'est que les centres législateurs de la parole sont des foyers nerveux, dont l'adaptation à cette fonction résulte de l'usage qu'on leur apprend d'en faire, et qu'ils n'exercent point cette fonction naturellement et en l'absence de toute éducation.

Une autre conséquence intéressante à déduire de notre étude, c'est que ces foyers cultivés par l'éducation dans l'un des hémisphères cérébraux, l'hémisphère gauche, restent inactifs et inertes dans l'hémisphère droit, jusqu'à ce qu'un accident, survenu dans les premiers, oblige les seconds à venir les suppléer; ce qu'ils ne peuvent faire d'ailleurs qu'au moyen d'une éducation nouvelle. C'est en ce sens que nous sommes droitiers de la parole, comme du reste du corps, et qu'une éducation spéciale peut nous rendre gauchers on indifféremment l'un et l'autre.

Enfin, il est remarquable aussi que cette analyse des fonctions du langage en général et de la parole en particulier, explique comment, l'appareil une fois dressé et éduqué par l'usage et la répétition de l'usage, la parole s'exerce bien souvent d'une façon automatique et sans le concours immédiat et actif de l'intelligence qui a dû nécessairement travailler à cette éducation. Au moyen des divers centres de collection sensorielle verbale, de conception psychique verbale et de coordination motrice verbale, la parole s'exécute et s'exprime par la voix, par le graphique ou par le geste, sans que l'intelligence proprement dite ait à y prendre part pour ainsi dire. Celle-ci ne se révèlerait positivement que dans les manifestations par le langage des aptitudes qui lui sont propres, c'est-à-dire, dans l'énoncé des abstractions ou des généralisations, et encore dans l'expression qu'elle donne par ses formules au sentiment et à la volonté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Kyste du cou. — M. **THOMAS** (de Tours) adresse une observation dans laquelle il s'agit d'un kyste sanguin uniloculaire du cou, développé chez une femme de cinquante-trois ans. Une partie de ce kyste étant adhérente à la veine jugulaire, il ne put l'extraire en totalité. Sept mois après, il y eut une récidive, et cette fois, le kyste était multiloculaire. M. Thomas pense qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une tumeur d'origine congénitale.

Hystérectomie vaginale. — M. **RICHELOT**, à propos de la communication faite par M. Terrier, dans la dernière séance, sur l'hystérectomie vaginale, rappelle que la question opératoire est maintenant jugée, et qu'il ne reste plus qu'à élucider la question de récidive.

Sur onze opérations qu'il a faites pour cancer, M. Richelot a eu quatre décès attribuables, selon lui, à la ligature à laquelle il a renoncé. Ces quatre insuccès ne prouvent donc rien au point de vue de la valeur réelle de l'hystérectomie vaginale.

La cinquième malade a eu une récidive après cinq mois; le ligament large étant déjà atteint au moment de la première opération. Les six autres sont encore actuellement bien portantes et sans récidive. La plus ancienne date de neuf mois. Il ne faut donc rien préjuger au point de vue de l'avenir.

Dans un de ces cas, M. Richelot a vu apparaître, après deux mois, un bourgeon épithélial sur la cicatrice, il a gratté ce bourgeon et il n'est rien revenu. Pour éviter ces récidives, M. Richelot conseille l'excision préventive de la paroi vaginale, la plus voisine de la base du col. C'est ce qu'il a fait chez sa dernière malade, femme âgée de cinquante-deux ans, et opérée le 27 février der-

nier. Le décollement de la vessie n'offre aucune difficulté. Une fois l'utérus abaissé, il faut dégager la vessie et prendre la paroi antérieure du vagin, pour la réséquer. La résection en arrière est beaucoup plus facile, la paroi postérieure se séparant très aisément du rectum.

Restauration de la voûte palatine et du nez. — M. POLAILLON lit un rapport sur deux procédés opératoires de restauration de la face dus à l'ingénieuse initiative de M. E. Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce. L'un a été appliqué à la restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine disparue, l'autre à la restauration du nez.

Ils ont été mis en pratique chez un soldat qui, dans une tentative de suicide, s'était tiré un coup de feu à travers la face et chez lequel la balle, après avoir enlevé les parties médianes des deux maxillaires, abrasé *toute la partie de la voûte palatine antérieure aux deux dernières molaires de chaque côté,* détruit les cartilages, les os propres du nez, avait enlevé une grande étendue des parties molles de la lèvre supérieure, presque toutes celles du nez et quelques-unes des régions voisines.

A la place de la bouche et du nez on voyait un vaste hiatus au fond duquel on apercevait l'arrière-gorge, la langue divisée et le maxillaire inférieur fracturé.

Le procédé opératoire suivi par M. Delorme, pour la restauration de la voûte palatine, a consisté d'abord : 1° en la taille de deux lambeaux labio-jugaux à base externe adhérente qu'il a réunis sur la ligne médiane; 2° en un accolement du bord supérieur de ces lambeaux réunis au bord antérieur avivé de ce qui restait de la voûte palatine. Cela fait, M. Delorme fit donner à ces lambeaux une direction horizontale par un appareil prothétique habilement construit par M. Gillard. Mais alors, cette pièce de prothèse n'était plus recouverte en avant; M. Delorme libéra le bord libre de sa lèvre supérieure par une incision transversale, le ramena au contact de la lèvre inférieure et pour combler l'espace compris entre le bord antérieur des tissus que le dentier transformait en voûte et le bord dégagé de la lèvre supérieure, il libéra aux dépens des tissus des joues et des régions malaires deux grands lambeaux de 4 centimètres de hauteur dont la base s'arrêtait près des tragus. Il les réunit sur leurs bords par de nombreuses sutures.

Pour restaurer le nez, M. Delorme s'adressa à un procédé non moins original. Partant de ce principe, que, pour que l'appareil de soutien d'un nez autoplastique soit bien toléré, il faut que celui-ci repose, non sur des surfaces cruentées ou muqueuses, mais sur des surfaces épidermiques, il constitua d'abord la base de la cavité de la pièce de soutien par une surface cutanée, tendue, fournie par deux lambeaux jugo-malaires, réunis par glissement, sur la ligne médiane; plus tard, il reprit dans les mêmes régions jugo-malaires, deux lambeaux carrés circonscrits par des incisions partant des angles internes des deux paupières, s'étendant jusqu'aux bords externes des paupières par des incisions verticales, descendant de ces derniers points pour se continuer avec des incisions horizontales, répondant au niveau de la partie inférieure du nez.

Ces lambeaux à base interne, presque médiane, furent rabattus, de façon à présenter leur surface cruentée en dehors; l'intervalle qu'ils laissaient libre en haut fut comblé par un lambeau frontal triangulaire rabattu et cruenté également en dehors. Ces lambeaux jugo-frontaux furent suturés au catgut; sur leur surface, M. Delorme appliqua un lambeau brachial qui se prolongeait sur les pertes de substances jugo-frontales. Ce lambeau s'étant mortifié, M. Delorme fit des greffes dermo-épidermiques sur sa coque nasale et il obtint le résultat désiré.

Tumeur vasculaire de l'ombilic. — M. POLAILLON fait un second rapport sur une observation de M. Colombes (de Lisieux). Il s'agit d'une tumeur érectile de l'ombilic chez une femme de trente-six ans. M. Colombes fut appelé pour une hémorrhagie grave due à l'ulcération de cette tumeur. Il arrêta cette hémorrhagie par l'application d'une pince de Péan. L'hémorrhagie s'étant reproduite, il appliqua une pince beaucoup plus bas sur la tumeur, laissa cette pince à demeure qui tomba après quelques jours, et la cicatrisation se fit très bien.

M. TRÉLAT met en doute le diagnostic d'angiome, cette tumeur, dans ce cas, n'étant pas congénitale.

Tétanos. — M. TERRILLON communique un cas de tétanos chronique qu'il a eu à soigner l'année dernière. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, qui fit une chute de cheval et n'eut qu'une légère plaie de la joue. Cette plaie guérit en huit jours. A partir de ce moment, le médecin qui soignait ce jeune homme constata l'existence d'un léger trismus. Celui-ci augmenta les jours suivants; le troisième jour, on vit apparaître une légère asymétrie de la face. M. Terrillon fut alors appelé à lui donner ses soins. Il constata tout d'abord les signes ordinaires de la paralysie faciale. Mais, en y regardant de plus près, il s'aperçut qu'il s'agissait d'une contracture des muscles de la face du côté gauche. La mâchoire pouvait à peine s'entrouvrir. Il soumit ce malade au traitement suivant : repos et immobilité dans un lit bien chaud, 4 grammes de chloral par jour. Chaque fois que le malade essayait d'ouvrir la bouche, il avait des crises douloureuses; cependant il se nourrit bien, le soir sa température monte à 38 degrés. Les muscles de la nuque furent atteints à deux reprises. Au dix-neuvième jour, alors que l'état restait stationnaire, ce jeune homme mourut subitement après avoir pris une tasse de lait. M. Gosselin a publié un cas analogue dans la *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 65.

M. SCHWARTZ dit que les Allemands ont publié des cas analogues sous le nom de tétanos de la tête. Ces cas se sont tous terminés par la mort. On y relève également cette contracture hémilatérale sur laquelle a insisté M. Terrillon.

Traitement des abcès de la fosse ischio-rectale par l'incision simple ou procédé de Foubert. — M. BAZY lit une note sur ce sujet.

Ces abcès chauds de la fosse ischio-rectale, au lieu d'être traités par une grande incision comprenant le sphincter anal et le rectum dans toute la hauteur de l'abcès, en d'autres termes comme une fistule borgne externe, peuvent être traités par une petite incision de 2 centimètres de long au plus faite au périnée. Les conditions de la guérison dans ces cas sont : 1° la désinfection aussi complète que possible de la cavité à l'aide d'irrigations prolongés; 2° la mise en place d'un tube pénétrant dans la cavité de l'abcès jusqu'au fond, tube qu'on raccourcit peu à peu au fur et à mesure des progrès de l'accolement des parois; 3° enfin une aseptie aussi complète que possible de la région.

Grâce à ce moyen on peut guérir, en dix ou douze jours, des abcès qui mettent deux et trois mois à guérir quand ils sont traités comme une fistule borgne externe : ajoutons qu'on n'intéresse pas le sphincter anal, dont l'incision peut laisser à sa suite de l'incontinence des matières liquides et des gaz. M. Bazy cite, à l'appui de sa note, deux observations où la guérison a été obtenue en douze et dix jours, et où elle s'est maintenue.

Extrophie de la vessie. — M. RICHELOT présente une petite fille de six ans qu'il a opérée d'une extrophie de la vessie. Il aviva d'abord sur une certaine étendue les grandes et les petites lèvres et les sutura après les avoir rapprochées. Il parvint ainsi à recouvrir la partie inférieure de la vessie. Pour recouvrir la partie supérieure, il emprunta deux lambeaux latéraux; l'un de ces lambeaux fut placé sur la vessie, face cutanée en arrière, face cruentée en avant; l'autre fut placé sur ce premier lambeau, face cruentée en arrière, face cutanée en avant. La cicatrisation se fit rapidement et aujourd'hui la vessie est presque complètement recouverte. Il ne reste plus qu'une petite partie à combler c'est, en somme, un résultat très satisfaisant.

M. BERGER fait observer que cet enfant, comme tous les petits malades atteints d'extrophie de la vessie, présente un écartement des pubis de 3 centimètres et demi à 5 centimètres. C'est pour cette raison que les Allemands ont proposé d'abandonner les restaurations autoplastiques pour les remplacer par a symphyséo-

tomie postérieure ou même par l'ablation de la vessie, opérations graves. L'observation de M. Richelot montre que c'est un tort d'abandonner les procédés autoplastiques.

M. RICHELOT n'a pas fait la symphyséotomie parce qu'il avait de quoi faire les lambeaux. Il ajoute que les procédés autoplastiques sont infiniment moins dangereux.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

Pince pour l'hystérectomie. — M. DOYEN présente une pince destinée à pincer le ligament large dans l'hystérectomie vaginale.

Ablation du corps thyroïde. — M. ANGER présente un corps thyroïde qu'il a enlevé récemment sur un jeune homme de dix-huit ans. Il s'agit d'une hypertrophie simple qui s'était développée avec une extrême rapidité, en moins de trois mois.

Le malade asphyxiant sous l'influence du chloroforme, M. Anger dut faire instantanément la trachéotomie, le malade est mort le lendemain.

Les liquides qu'il prenait passaient par la canule trachéale. Il est donc probable que ces liquides ont pénétré dans le poumon et déterminé l'asphyxie. L'autopsie n'a pu être faite.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Concours pour un emploi de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira, le 23 mai prochain, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de chimie, appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

En exécution de la décision ministérielle en date du 4 février 1881, les pharmaciens-majors seront seuls admis au concours.

Les épreuves sont déterminées ainsi qu'il suit, conformément au programme approuvé le 6 avril 1878 et inséré au *Journal militaire officiel* (1878. Partie supplémentaire, n° 20, page 280). Elles auront lieu d'après le mode d'exécution fixé par ledit programme.

1° Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique;

2° Une ou plusieurs préparations officinales du formulaire des hôpitaux militaires. Leçon d'une heure sur les développements théoriques que comportent ces préparations;

3° Épreuve relative aux problèmes d'hygiène ou de recherches toxicologiques qui peuvent se présenter dans l'armée;

Rapport relatant les faits survenus pendant l'expertise et les conclusions à en tirer (quatre heures seront consacrées à cette épreuve);

4° Épreuve orale et pratique sur la comptabilité de la pharmacie.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Les pharmaciens militaires qui désireront prendre part au concours devront adresser immédiatement, au ministère de la guerre (direction du service de santé), une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mars 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Heydenreich.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Bancel, Baraban et Brault.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Larché, Gairial, Huguin, Lambotin, Gayot, Mougin, Moreau, Melcion, Achart, Lévy, Ficatier, Mosimann, Grizou et Ducluzaux.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Thomas, Schwartz, Gaudier et Dapremont.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Dupau et Saint-Ange.

— Par décret, en date du 7 mars 1887, ont été nommés ou promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Raoult, Servier et Pallé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Laurens.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Bories.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Aron, Picqué et Aubry.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Forést, Blainsing, Ingigliardi, Poirson, Gauthier, Joanny, Lannes, Romant et Bernard.

Au grade de pharmacien-principal de deuxième classe. — M. Schaeuffelé.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Masse.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Deiss, Serres, Gaillard, Monin, Robert et Thibault.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 18 avril 1887, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seul admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du 7 mars au 2 avril 1887 inclusivement.

Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 9 mai 1887, à midi et demi. Tous les élèves sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du 21 mars au 30 avril 1887 inclusivement.

— L'ouverture du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année beaucoup plus tard que les années précédentes. Elle vient d'être définitivement fixée au jeudi 22 septembre 1887. La session durera jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Ferdinand d'Arit, professeur d'ophthalmologie, qui a succombé à Vienne (Autriche), lundi dernier 7 mars 1887, à l'âge de soixante-quinze ans.

— M. le docteur Poirier, agrégé, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires mardi prochain 15 mars 1887, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, jeudi prochain 17 mars 1887, à midi, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Seront admises : 1° les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1886; 2° les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1887, l'examen d'admission à la clinique.

Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, mardi prochain 15 mars, de trois à quatre heures de l'après-midi au secrétariat de la Faculté.

— *Muséum.* — M. le professeur Bureau fera sa première herborisation publique dimanche prochain, 13 mars 1887, à Versailles, dans les bois de Trianon.

Le départ aura lieu à midi de la gare Montparnasse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20857

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, ce 15 mars 1887.

C'est aujourd'hui que l'Académie de médecine va engager la discussion du rapport sur l'inspectorat des Eaux minérales. Ce n'est pas la première fois que cette question revient devant ce corps savant. Soulevée à plusieurs reprises dans les rapports généraux de la commission permanente des Eaux minérales, elle a été, notamment en 1873, l'objet d'un vif débat qui se termina par l'expression des vœux suivants : que l'inspectorat soit maintenu dans ses dispositions fondamentales ; que la nomination des inspecteurs par le ministre ait lieu sur une double liste de présentation dressée par le comité d'hygiène et par l'Académie de médecine ; que les médecins exerçant dans chaque station soient réunis une fois l'an en commission consultative, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires, en un mot toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station.

En ce qui concerne le maintien des médecins inspecteurs, le comité consultatif d'hygiène publique s'était déjà catégoriquement prononcé dans une conclusion ainsi formulée : « Le seul système d'inspection médicale vraiment efficace et qui doive être maintenu est celui de l'inspection permanente, locale et personnelle. »

Consultée de nouveau par le ministre, sur le point de savoir s'il convient de maintenir l'inspectorat, contre lequel s'élèvent des réclamations de plus en plus vives, et dans l'affirmative, quelles réformes il y aurait lieu d'apporter dans le recrutement du personnel de l'inspection et dans le fonctionnement de ce sercice, l'Académie a chargé la commission permanente des Eaux minérales de rédiger le projet de réponse à faire au ministre. Tel est l'objet du rapport lu il y a quinze jours par M. Vidal au nom de la commission. Nos lecteurs en connaissent déjà les conclusions ; nous allons essayer aujourd'hui d'en exposer les motifs.

Le premier motif est la nécessité de la surveillance des établissements thermaux. Plusieurs des rapports de 1884 contenaient des plaintes très sérieuses contre les propriétaires, les concessionnaires et les compagnies fermières qui négligent l'exécution de leurs cahiers des charges ou tentent de se soustraire aux obligations du traitement gratuit des indigents et des petits fonctionnaires auxquels est concédée la gratuité. M. Vidal, lui-même, dans son rapport général sur l'exercice de la même année, signalait l'état de discrédit où sont tombés la plupart des établissements thermaux en Angleterre faute d'une surveillance et d'une direction médicale compétente. La nécessité d'une surveillance exercée au nom de l'État est comprise, d'ailleurs, par tous les médecins, même par ceux qui réclament la suppression de l'inspectorat actuel.

La nécessité de cette surveillance étant admise, comment doit-elle être exercée ? Deux systèmes sont en présence, qui divisent les opinions : le système de l'inspection permanente par un médecin inspecteur résidant — c'est le système actuel, mais avec des modifications indispensables dans son mode de fonctionnement, — et celui de l'inspection régionale.

Pour le premier système, la commission convient que, dans l'état présent, avec les restrictions de plus en plus étroites auxquelles sont réduites les attributions de l'inspecteur, il est notoire que l'inspection locale ne rend plus aujourd'hui les services qu'elle rendait autrefois, que le rôle de l'inspecteur est presque annihilé.

Relativement à l'inspectorat général ou régional, proposé par la commission de révision de la législation sur les Eaux minérales, dont M. J. Rochard a été le rapporteur, la commission, tout en étant d'avis qu'une inspection supérieure est nécessaire pour donner à l'inspectorat local l'appui dont il a besoin pour la sauvegarde des intérêts qui lui sont confiés, a pensé que cette surveillance pouvait s'exercer à moins de frais et être moins compliquée. Cette inspection supérieure ne pourrait être mieux exercée, suivant elle, que par le comité consultatif d'hygiène, à qui il appartiendrait de régler les attributions des délégués auxquels seraient confiées les fonctions d'inspecteurs régionaux et de les désigner à la nomination du ministre.

Un troisième système que la commission a eu à examiner est celui de l'inspection collective par les médecins de la localité, mise en pratique à Aix en Savoie sous l'ancien régime et proposée depuis comme modèle.

La commission, faisant passer avant les intérêts professionnels, — qu'elle ne croit pas aussi compromis qu'on a bien voulu le dire, — les intérêts des malades, examine ce système au point de vue de l'assistance médicale des indigents.

Comme la commission extra-parlementaire de révision de

la législation des Eaux minérales, la commission académique, frappée des difficultés et de la presque impossibilité pratique du service bénévole, considère comme également inapplicable l'expédient proposé dans le rapport de M. Rochard, consistant à faire nommer par le préfet, dans toute station aujourd'hui soumise à l'inspection, un médecin chargé de donner des soins aux indigents et à toutes les personnes qui sont admises à jouir de la gratuité des eaux, choisi de préférence parmi les médecins résidant toute l'année dans la localité. Mais, dit le rapport, n'est-ce pas encore un privilège, une sorte « d'estampille administrative » semblable à celle qui signalait au public le médecin inspecteur, — ce grief contre lequel s'élèvent avec tant d'énergie les adversaires de l'inspectorat, — que vous allez reconstituer de nouveau en faveur d'un ou plusieurs médecins, à l'exclusion des autres.

Le dernier point étudié par la commission est le recrutement et la nomination du personnel médical de l'inspectorat. Elle s'est arrêtée à l'idée de donner une double origine au personnel des deux ordres d'inspecteurs, en attribuant, au comité consultatif, le droit de proposition des candidats à l'inspectorat régional et en réservant à l'Académie le même droit pour l'inspectorat local, résidant.

Tel est l'ensemble du projet proposé par la commission et qui est résumé dans les conclusions.

Ce projet qui est, dans ses dispositions principales, à peu près le même que l'Académie avait élaboré en 1873, est, comme on peut le voir, loin de donner satisfaction aux protestations presque unanimes du corps des médecins consultants auprès des stations thermales et d'une grande partie de la Presse médicale. Nous ne pourrions, en ce qui nous concerne, que nous en référer à ce que la *Gazette des hôpitaux* a déjà dit à cet égard dans différents articles écrits à l'occasion de cette première discussion (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1873 pp. 1, 105, 113, 137, 161, 185, 257, 281 et 297).

Notre conclusion sommaire était celle-ci : L'inspectorat des Eaux minérales est une création qui doit tomber, et parce que (telle qu'elle fonctionne actuellement, sans autorité, ni sanction) elle n'est capable de rendre aucun service, et qu'elle constitue un monopole et un procédé de concurrence injustifiable vis-à-vis des praticiens exercant près des Eaux minérales. Est-ce à dire que, dans notre opinion, l'État doive se désintéresser de toute surveillance et de tout contrôle en matière d'exploitation des établissements thermaux? Assurément non. C'est donc moins l'abolition de l'inspectorat que nous réclamons que sa transformation par la substitution, à l'état de choses actuel, soit d'un inspectorat général régional, confié à des médecins ne pratiquant point auprès des stations thermales, soit d'un contrôle collectif exercé par la réunion des médecins de chaque station constitués en commission de conseil et de surveillance. Le rapport propose un système qui réunit et combine les trois procédés. L'un des trois au moins est de trop.

Que sortira-t-il de la discussion qui va s'engager? Tout ce qu'on peut prévoir jusqu'à présent, c'est une lutte entre le système de la commission académique et celui de la commission extra-parlementaire dont M. Rochard a été l'organe. Quant à dire quelle sera l'issue de cette lutte, nos prévisions ne vont pas si loin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Méningite cérébro-spinale tuberculeuse.

L'histoire du malade dont je vais vous parler aujourd'hui est d'autant plus intéressante que l'affection qui l'a emporté — complication d'une maladie chronique ancienne — a débuté sous nos yeux qui ont pu la suivre jusqu'à la fin.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, entré le 17 du mois dernier et couché au n° 19 de la salle Jenner. Ouvrier passementier, phthisique depuis deux ans environ, il était venu à l'hôpital parce que, depuis quelque temps, il était plus souffrant. Nous l'avons examiné et nous avons trouvé une grosse caverne au sommet du poumon gauche, avec adhérences à la paroi thoracique, démontrées par une rétraction prononcée de la région sous-claviculaire; des signes caverneux en arrière également, et des râles sous-crépitants dans toute la hauteur des deux poumons gauche et droit. Cet homme avait aussi de la fièvre, la température s'élevait à 39°. Cependant, en somme, il n'avait rien d'autre que sa phthisie, quand il est arrivé et jusque dans les premiers jours qui suivirent son entrée.

Mais, tout à coup, le 24, il se plaignit pour la première fois d'une grande difficulté d'uriner, laquelle, persistant encore dans la soirée, nécessita le cathétérisme. Le lendemain et les jours suivants il en fut de même, et la dysurie persista jusqu'à la fin. En même temps la température, qui, le 23 au soir, était encore de 39 degrés, commença à s'abaisser; le lendemain, elle était à 38°,2 le soir; le 25 à 38 degrés. Le 26, il y avait rétention complète des urines et, dès la nuit, le délire apparaissait, délire bruyant, loquace, mais sans agitation musculaire, sans trémulation, ni cris, ni sueurs. Le malade, dans son délire, se bornait à parler constamment et à chanter sans faire grand tapage. Ce même jour, la température tombait, le soir, à 37°,6 et le lendemain à 37 degrés. A partir de ce moment, l'apyrexie était définitive, — un seul jour, le 29, nous avons trouvé 38 degrés.

Le 27, nous observions en plus une certaine raideur des muscles du cou, dorsaux et sacro-lombaires.

De pareils phénomènes, survenant au cours d'une phthisie pulmonaire très avancée, ne pouvaient laisser aucun doute, ils étaient d'un diagnostic facile : nous avions affaire à une méningite tuberculeuse cérébro-spinale et non purement cérébrale. En effet, en plus de cette raideur de la colonne cervico-dorso-lombaire, il avait présenté comme symptôme nerveux très précoce, antérieur à son délire mais concomitant de la dysurie, une douleur musculaire profonde dans les mollets, douleur augmentant par la pression des doigts sur la masse des muscles. En résumé donc, les deux premiers symptômes, dans l'ordre chronologique, avaient été : 1° une douleur profonde dans les membres; 2° la rétention d'urine. Puis la maladie évoluant, nous avons constaté le phénomène de la raie méningitique, le nœud musculaire; le délire a continué tel qu'il était les premiers jours, interrompu par des périodes de tranquillité, mais sans stupeur ni somnolence. D'ailleurs, aucune paralysie partielle, pas de troubles oculaires; apyrexie complète, pouls ralenti. Le délire n'a fait place au coma que le dernier jour et quelques heures seulement avant la mort, qui a eu lieu le 5 de ce mois. La veille, la température s'était abaissée à 36°,4.

L'autopsie a pleinement confirmé le diagnostic de méningite cérébro-spinale tuberculeuse; mais avant d'en parler,

il est nécessaire d'insister sur l'évolution clinique de cette affection.

L'irrégularité de cette méningite, chez l'adulte, constitue la règle; et ce nouveau cas, le cinquième que j'observe depuis trois ans, en est une nouvelle confirmation. Elle est fondamentale, car jamais la méningite cérébro-spinale de l'adulte ne réalise le type régulier de celle de l'enfant.

Ainsi, chez notre malade, pas de prodromes, début de la maladie par une douleur musculaire et le délire sans maux de tête, ni vomissements, ni très grande constipation (le ventre était seulement très rétracté), ni paralysies partielles, ni cris encéphaliques, ni fièvre, — dans les cinq cas que j'ai observés depuis trois ans, trois ont été absolument apyrétiques, — ni alternatives de rougeur et de pâleur de la face. Vous voyez combien cette affection chez l'adulte, comparée à ce qu'elle est chez l'enfant, présente d'anomalies. Qu'y a-t-il eu en somme chez cet homme? Des troubles de la miction, du délire, de la contracture et c'est tout.

Quand j'ai étudié pour la première fois cette maladie, j'ai montré que, pour se reconnaître au milieu de ces anomalies et en faire le diagnostic, il fallait établir des types dans ses irrégularités. C'est ainsi que l'observation m'a montré les trois variétés suivantes :

1° Une forme de méningite qui, dans certains cas, est moins anomale que les autres et se rapproche ainsi de la méningite des enfants. Elle est très exceptionnelle chez l'adulte; je l'appelle la forme normale;

2° Une forme latente caractérisée, soit par l'absence de symptômes positifs jusqu'à la mort, soit par l'apparition, deux ou trois jours seulement avant la mort, des phénomènes cérébraux;

3° Une forme anomale proprement dite. Mais celle-ci est complexe, et nous devons établir trois subdivisions : *a*) un type lent et rémittent, dans lequel la maladie marche par poussées durant de cinq à six jours, suivies de rémissions, de sorte que le mal peut durer un mois et même davantage; *b*) un type à début brusque, insolite, par une attaque d'épilepsie ou par une aphasie subite, après quoi — mais pas toujours immédiatement — apparaissent les symptômes de la méningite; *c*) un type brusque également, mais à début délirant; c'est celui que notre malade a réalisé, c'est aussi le plus fréquent et le plus trompeur en raison de l'apyrexie qui l'accompagne, en raison aussi de ce que le délire représente dans tous ses traits le *delirium tremens*. Ceci n'a pas été le cas de notre malade, mais bien celui des deux individus que j'ai soignés l'année dernière. Tels sont les différents types de la méningite cérébro-spinale tuberculeuse chez l'adulte.

Je reviens maintenant à l'autopsie de notre malade. La lésion méningitique est caractérisée par un exsudat purulent, verdâtre, et par des granulations. Ces dernières sont remarquables par leur confluence sur la face convexe de l'hémisphère gauche, notamment vers la partie moyenne; un peu aussi au niveau du bord supérieur, etc. Les mêmes lésions se rencontrent sur la face interne de la dure-mère et sur la pie-mère, avec prédominance au niveau du renflement cervical et du renflement lombaire.

Quant au poumon gauche, nous avons trouvé au sommet une caverne grosse comme une pomme, et une autre plus petite dans le lobe inférieur. Le lobe supérieur était adhérent à la paroi thoracique, comme nous l'avions diagnostiqué du vivant du malade. La caverne inférieure, par sa proximité de la plèvre, était en voie de donner lieu à un pneumo-thorax, si le malade avait vécu quelque temps encore. Enfin, du côté de la vessie, il existait une cystite purulente produite par le cathétérisme répété pendant sept jours, mais développée sous l'influence de la méningite.

Par opposition au cas que je viens d'étudier, nous avons au n° 2 de la salle Jenner un homme de trente-huit ans qui nous présente ce qu'on doit appeler la forme normale de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. Il a été apporté dans nos salles, dans un état d'inconscience absolue, qui persiste d'ailleurs encore aujourd'hui. D'après les renseignements qu'on nous a fournis, nous avons appris que cet homme était malade depuis dix-huit jours. Pendant les dix premiers, il s'est plaint de grands malaises, courbatures et maux de tête permanents. Puis l'état s'est aggravé dans les jours suivants par l'adjonction du délire, le malade divaguait et ne reconnaissait plus les siens.

Après examen, le diagnostic a été : infiltration tuberculeuse du sommet du poumon gauche, sans caverne, et méningite tuberculeuse avec raideur du cou, ventre un peu rétracté, apyrexie; sauf le jour de l'entrée où la température était de 38 degrés, nous avons eu successivement 37°,5, 37°,8 et 37°,2 aujourd'hui même.

Depuis son arrivée à l'hôpital, la raideur du cou a gagné les muscles du dos. D'ailleurs ni contracture, ni paralysie partielle, sauf depuis deux jours seulement, un peu de paralysie des releveurs de la paupière droite. Aucun autre trouble oculaire, pas de vomissements, légère constipation, aucun trouble de la sensibilité, ni somnolence, ni coma.

Donc : forme normale durant depuis vingt jours, avec période prodromique, un peu de paralysie partielle, rétention d'urine; et cependant nous trouvons encore deux anomalies fondamentales : l'absence de fièvre et de vomissements.

En résumé, d'après les phénomènes, cette méningite se rapproche beaucoup plus de la méningite des enfants, malgré ces deux anomalies, et si je lui donne le nom de forme normale, c'est par comparaison avec les autres formes de méningite chez l'adulte.

On a dit que la méningite tuberculeuse était rare chez l'adulte; c'est une erreur absolue. En comptant ce second malade, voici 6 cas que j'observe en l'espace de trois ans. Elle est commune, au contraire, et son premier maximum de fréquence a lieu entre vingt et trente ans; le second entre trente et quarante ans. De plus, on observe, de temps à autre, des cas isolés à cinquante, à soixante et même à soixante-dix ans. Quant au sexe, la différence de fréquence est colossale, cette fréquence étant infiniment plus grande chez l'homme que chez la femme.

Quelques mots, avant de finir, sur le traitement : la thérapeutique la plus rationnelle, quand on a le temps d'intervenir, est : 1° de combattre la constipation par le calomel à dose purgative; 2° de combattre les phénomènes cérébro-spinaux, par l'iodure de potassium, à haute dose, et seul s'il n'y a pas d'agitation, associé, au contraire, au bromure de potassium, si le délire se complique d'agitation; 3° d'appliquer des révulsifs : ventouses sèches sur les membres inférieurs, grands vésicatoires sur la nuque descendant entre les épaules, que l'on pansera avec l'onguent napolitain; le vésicatoire a surtout pour but une absorption mercurielle, énergique et rapide.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Statistique chirurgicale pour l'année 1886.

L'hôpital Saint-Joseph, construit à Plaisance, débute d'une manière modeste, mais heureuse, quant aux résultats atteints. Il ne contient actuellement que 52 lits, divisés par parties égales pour la médecine et la chirurgie.

Les constructions, très saines, ont la forme de quatre petits pavillons très isolés et contenant chacun 13 lits seulement. C'est ce qui nous a permis de pratiquer dans l'année un nombre d'opérations assez considérable et de perdre seulement deux de nos opérés.

Voici quelle est la statistique de nos seuls opérés :

Maladies de la tête et du cou.

4 adénites strumeuses considérables. Ablation.

1 phlegmon du cou sous-sterno-mastoïdien.

1 épithélioma du cuir chevelu.

2 uranoplasties et staphylorrhaphies. Guéries complètement.

1 myxosarcome de la nuque.

1 épithélioma du cou.

1 épulis.

1 sarcome du maxillaire supérieur. Ablation.

1 cancroïde de l'angle interne de l'œil, pénétrant dans l'orbite. Autoplastie.

1 cancroïde de la base du nez et de la paupière supérieure. Autoplastie.

4 cataractes : 3 succès, 1 demi-succès.

2 énucléations pour ophthalmie sympathique.

2 entropions des deux paupières.

1 ectropion. Autoplastie, guérison.

1 canthoplastie.

1 conjonctivite diphthéritique. Cornée gauche perforée. Entropion opéré.

6 kératites ulcéreuses.

2 rétrécissements des voies lacrymales.

2 lupus du nez. Scarifications.

1 éléphantiasis du nez. Autoplastie avec un lambeau de peau pris sur le bras.

Maladies du thorax et du sein.

9 amputations du sein et ganglions de l'aisselle.

2 abcès du sein.

1 pneumotomie pour gangrène pulmonaire. 1 mort.

1 kyste hydatique du dos.

1 thoracoplastie (opération d'Estlander).

1 anthrax du dos.

1 ablation de corps étranger du sein.

Maladies de l'abdomen.

5 ovariotomies. 1 mort par volvulus, le quatrième jour.

2 hernies étranglées. Guéries. 1 était congénitale, avec ectopie testiculaire.

4 fistules à l'anus. 1 ne fut pas opérée.

1 anus iliaque.

1 péritonite tuberculeuse. Laparotomie pour étranglement interne. Guérie.

1 kyste sanguin du mésentère. Ouvert, non guéri.

1 obstruction du cœcum par matières. Massage de l'intestin.

1 kyste hydatique du foie. Ouvert, guéri.

2 hydrocèles. Teinture d'iode.

Maladies du membre supérieur.

1 luxation de l'épaule réduite.

1 séquestre de l'humérus.

1 balle dans la main.

4 phlegmons de bras et avant-bras.

1 abcès froid. Grattage.

1 ganglion strumeux de l'aisselle. Ablation.

2 panaris profonds.

1 rétraction de l'aponévrose palmaire. Disséquée.

2 kystes riziformes du poignet. Ouverture et grattage.

1 ostéo-arthrite fongueuse du poignet. Curage du carpe. Guérison totale.

1 cancroïde de l'épaule.

Maladies du membre inférieur.

1 luxation de la rotule en dehors. 1 du gros orteil.

4 amputations : 1 de jambe pour conicité physiologique du moignon, 1 de cuisse, 2 de jambe.

4 ablations de séquestres.

1 abcès osseux.

2 épanchements sanguins très vastes. Ouverts.

1 orteil en marteau. Résection de l'articulation des première et deuxième phalanges.

2 onyxis.

2 abcès froids : 1 de la fosse iliaque, 1 de la cuisse. Éther iodoformé.

3 tumeurs (dont 1 myxome du creux poplité).

1 kyste synovial du creux poplité. Disséqué.

1 hémoarthrose du genou. Ponctionnée.

3 résections de la hanche. Coxalgie.

1 désarticulation de la hanche.

2 résections cunéiformes du genou pour ankyloses angulaires.

1 adénite scrofuleuse inguinale. Grattage.

1 corps étranger de la jambe.

2 ostéites tuberculeuses évidées : 1 du grand trochanter, 1 de l'extrémité supérieure du tibia.

1 exostose sous-unguéale.

1 phlegmon diffus de la cuisse. Mort le soir de l'entrée.

Cette énumération comporte un total de 113 opérés, sur lesquels nous n'avons eu que deux morts : l'une, un cas de pneumotomie pour abcès gangréneux, l'autre, une ovariotomie. A l'autopsie, on trouva trois anses intestinales roulées en volvulus, mais pas de péritonite. On peut voir que nous n'avons pas eu un seul accident septique.

Le total des malades fut de 170 environ. Tous ceux qui ne figurent pas dans la statistique n'avaient pas à subir d'opérations. Parmi ces derniers, il en mourut quatre, arrivés dans un état incurable.

En 1885, il avait été pratiqué quatre-vingt-huit opérations dont trois avaient été suivies de mort : 1 splénotomie, 1 résection du coude, mort par infection purulente ; 1 suture de la rotule chez un tabétique, mort avec du délire nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Angine de poitrine. — M. GÉRIN ROZE rappelle que M. Huchard a confirmé l'opinion émise par M. Potain, à savoir que l'angine de poitrine est due à l'ischémie cardiaque résultant du

rétrécissement des artères coronaires, et qu'après Bouillaud, il a obtenu de bons résultats de l'iodure de potassium ou de l'iodure de sodium. Jusqu'ici rien de nouveau. Mais ce qui appartient plus particulièrement à M. Huchard, c'est l'étude des troubles du côté de l'estomac.

M. Gérin Roze ne pense pas que ces troubles gastriques puissent être rattachés à l'ischémie cardiaque.

M. HIRTZ fera prochainement une communication sur un cas d'angine de poitrine avec autopsie, dans laquelle on a trouvé les lésions de l'aortite aiguë, sans aucune altération des artères coronaires.

Rapports de la dilatation de l'estomac avec l'ostéomalacie. — M. COMBY fait une communication sur ce sujet. Il rapporte l'observation d'un homme de soixante-six ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour des troubles dyspeptiques.

L'examen direct de l'estomac révèle l'existence d'une grande dilatation. Cet homme a été rachitique dans l'enfance et en porte les traces. Il a toujours eu pour habitude de manger beaucoup et vite. C'est donc un exemple d'estomac forcé. Outre le rachitisme, il présente des signes d'autres altérations osseuses, en particulier une cyphose de la colonne vertébrale, une courbure du radius; en résumé, tous les signes d'une ancienne ostéomalacie. Il ne porte pas de traces de syphilis.

M. Comby établit une relation pathologique entre les lésions osseuses de ce malade et les troubles gastriques. Voici, selon M. Comby, la filiation des accidents : mauvaise hygiène alimentaire dans l'enfance, rachitisme conséquence d'une nutrition défectueuse, guérison du rachitisme, disparition des accidents gastriques; retour de ces accidents à un âge avancé et apparition de nouvelles altérations osseuses, non plus de rachitisme, mais de l'ostéomalacie; guérison de cette dernière, persistance de la dilatation stomacale.

M. RENDU ne croit pas, comme M. Comby, que l'ostéomalacie soit la conséquence de la maladie de l'estomac, puisque l'ostéomalacie est guérie et que la maladie de l'estomac persiste.

M. COMBY fait observer que l'ostéomalacie est une maladie qui peut guérir vite, tandis que l'affection de l'estomac, affection essentiellement chronique, continue à évoluer.

M. RENDU dit que la marche des deux accidents n'a pas été parallèle, comme cela arrive quand l'un des accidents est la conséquence de l'autre.

Examen du sang. — M. HAYEM présente un petit microscope destiné à pratiquer facilement l'examen du sang, si important au point de vue du diagnostic et du pronostic d'un grand nombre de maladies.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. — M. BALZER fait une communication sur les injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis. (Voyez *Compte rendu* de la Société de biologie, 1886.) Ces injections sont devenues tout à fait inoffensives depuis l'emploi, comme véhicule, de la vaseline liquide médicinale.

Voici la formule employée par M. Balzer :

Calomel. . . . . 1 gr. 50.
Huile de vaseline. . . . . 15 grammes.

Il fait quatre injections de 10 centigrammes, à quinze ou vingt jours d'intervalle.

Les seuls accidents à craindre sont des abcès. Voici la statistique de M. Balzer :

51 femmes ont été traitées par ce moyen; 7 seulement ont eu 4 injections, les autres 2 ou 3. Le total des injections a été de 107, sur lesquelles il y a eu 15 abcès. Ceux-ci sont dus, soit à une faute opératoire, soit à l'exagération du système adipeux. Ces abcès n'offrent aucun danger et ne doivent pas faire renoncer à ces injections.

M. DU CASTEL fait observer qu'il y a là une méthode générale, puisqu'on peut employer différentes poudres mercurielles. Cette méthode est évidemment très efficace. Quelques auteurs ont signalé des stomatites mercurielles internes et rebelles. Il fit lui-même une injection d'oxyde jaune sur un malade et il détermina une stomatite ulcéreuse très accentuée. Aussi hésitera-t-il à faire des injections sur des malades présentant des accidents buccaux. M. du Castel a fait des expériences comparatives avec le calomel et l'oxyde jaune. Celui-ci détermine moins de douleur et moins d'inflammation locales; aussi préfère-t-il l'injection d'oxyde jaune au 20me, aux injections de calomel.

M. BALZER admet que les douleurs, les stomatites, les abcès sont des complications dont il faut tenir compte et dont il faut prévenir les malades. Mais le grand avantage de cette méthode est la sécurité qu'elle donne; on est sûr au moins que les malades sont traités, ce qui n'a pas lieu avec les anciennes méthodes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 mars 1887, M. Fontaine, aide-médecin de la marine, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 12 mars 1887, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Hébert, Cosson, Bréchot, Guérin, Lefebvre, Marquet, Féraud, Lasson, Bonnaud, Beckerich, Couëtoux, Paul, Pilven, Marionelli, Roy, Dufourg, Ganivet, Bergougnoux, Poix, Noguès, Ferré, Vetelet, Nourry et Merveilleux.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. les aides-pharmaciens, pharmaciens universitaires de première classe Bouyé, Boureau, Régnier, Parat, Passerieux, Dautour, Valacca et Mège.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Le concours pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux, s'est terminé par la proclamation de MM. Olive (68 points), Pérochaud (62 points) et Leduc (61 points). Ce résultat, vivement contesté par une partie de l'assistance, a donné lieu à des manifestations hostiles au jury et favorables à M. Leduc.

— *Facultés de médecine.* — Sont promus : 1° de la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Combal et Moitessier, de Montpellier. — 2° De la troisième à la deuxième classe : MM. les professeurs Beaunis, Feltz et Hecht, de Nancy ; Castan, de Montpellier. — 3° De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Tédenat, Lannegrâce et Chalot, de Montpellier; Charpentier, Heydenreich et Weiss, de Nancy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Jaccoud est nommé assesseur du doyen.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, agrégé, a été appelé à l'exercice à partir du 1er mars 1887.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Villeneuve, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Pirondi, nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Douteau, licencié ès sciences naturelles, pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. André, chef de clinique médicale, est chargé, à titre gratuit, d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique.

M. Laulanié est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Toussaint, d'un cours de physiologie.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le vendredi 15 avril 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, le lundi 14 mars 1887, à midi, et sera clos définitivement, le mercredi 30 du même mois, à trois heures.

— M. le docteur Passant, médecin en chef du Dispensaire de salubrité, a fait don, à la Préfecture de police, de la précieuse bibliothèque d'ouvrages sur la prostitution, la syphilis et les affections qui s'y rapportent, qu'il avait reçue par legs de son savant prédécesseur, M. le docteur Clerc.

— M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (première section), en remplacement de M. Béclard, décédé. Il siègera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité de médecine et de pharmacie.

— Sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de, *Arles :* M. le docteur Talon; *Tarascon*, M. le docteur Martin.

— M. le docteur Firmin, médecin du lycée Charlemagne, est nommé membre de la Commission consultative des bibliothèques populaires communales et libres.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Labonnardière (de Grenoble), Métadier et Puydébat (de Bordeaux).

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles reprendront le mercredi 16 mars 1887; elles auront lieu dans l'ordre suivant, et les étudiants n'y seront admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

A. *Sciences naturelles.* — M. J. Chatin, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, l'étude de la reproduction et du développement dans la série animale.

M. Pruvot, maître de conférences, fera les mardis, au laboratoire de zoologie, à midi, et les samedis, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à onze heures et demie, des conférences de zoologie.

M. Vesque, maître de conférences, surveillera les lundis et les jeudis, à midi, des exercices pratiques, sous la direction du professeur. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

M. Vélain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à neuf heures, des conférences sur diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardi, mercredi, vendredi et samedi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures et demie. Le mardi, à une heure, dans la salle des conférences, conférence de géographie physique.

B. *Sciences physiques.* — M. Mouton, maître de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis à neuf heures, et les vendredis à huit heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Pellat, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par MM. les professeurs de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis à huit heures (Annexe du laboratoire de physique).

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera, les mardis et samedis de chaque semaine à dix heures et demie (salle du rez-de-chaussée, escalier 2), des conférences de chimie. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis à cinq heures dans le laboratoire.

M. Salet, maître de conférences, continuera à traiter de la chimie organique, les mardi et samedi de chaque semaine, à trois heures et demie, dans la salle des conférences. Il commencera au 1er mai l'étude de la spectroscopie et de la photochimie, dans son laboratoire.

M. Riban, maître de conférences, fera au laboratoire de chimie, le lundi à onze heures, une conférence pratique d'analyse qualitative, et le mercredi, à trois heures, une conférence d'analyse quantitative; les travaux auront lieu tous les jours de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis à neuf heures et les vendredis à huit heures. Manipulations de chimie, le mercredi de une heure à cinq heures, pour les candidats à l'agrégation, le jeudi de une heure à cinq heures pour les professeurs des collèges.

— M. le docteur Fournel ouvrira le lundi 28 mars 1887, à cinq heures, un nouveau cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Lager, 4, et le continuera tous les jours, excepté le jeudi, à la même heure.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire, par M. le docteur B. Marfan, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, un volume in-8. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Steinheil.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Le tome XXXIV de la première série, le tome XXIII de la deuxième série, la première partie du tome XVII de la troisième série, la deuxième partie du tome XII de la quatrième série et la deuxième partie du tome I de la cinquième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau; et Victor Masson.

Ueber die Principien des zeitgemassen, Kriegswundverbandes, von docteur C. Langenbuch, Sanitäts-Rath und dirigenger Arzt des Lazarus-Krauken und Diaconissenhausses zu Berlin. In-8° pp. 34. — Berlin, 1887, August Hirschwald.

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La prostitution à Paris, par le docteur A. Corlieu, 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène des maternités, résultats de huit années d'observation à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux), par le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine, etc. Grand in-8, de 72 pages avec deux plans, couronné par l'Institut (Académie des sciences). — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement rationnel, curatif et préventif de la fièvre jaune, par M. le docteur Chabassu, médecin principal de la marine en retraite. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20878

66

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis 1878 avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas, on obtient une boisson théiforme très agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

THÉ DU DOCTEUR DUFAU

AUX STIGMATES DE MAIS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris.

23

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50 105, r. de Rennes, PARIS et Phies.

C. Freyssinge

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : **2** FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

08

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

16

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.** MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et tles phies.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement. 60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins. F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

85

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

43

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les Véritables Pilules Moussette par l'entremise des Pharmaciens.

77

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le **Vin iodé de Moride** est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre*; il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

14

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Préparés par E. MOUSNIER, *pharmacien à Saujon.*

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Régulateur de la circulation, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Catarrhe, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Phie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

33

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau,** même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60;** *et par la poste,* **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux.

143

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

5

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. J. Rochard a ouvert la discussion sur l'inspectorat médical des Eaux minérales. Rapporteur de la Commission extra-parlementaire, instituée en 1883 pour l'étude de cette question et l'élaboration d'un projet émanant de l'administration (le projet des inspecteurs régionaux), M. Rochard, ainsi qu'il était aisé de le prévoir, a pris la défense de ce projet, contre celui de la commission académique. Il repousse l'inspectorat local et permanent, comme absolument inefficace pour son but principal, la surveillance que réclame la gestion des établissements thermaux, comme insuffisant pour le service des indigents et au-dessous de ce qu'on aurait été en droit d'en attendre, au moins d'une manière générale, au point de vue des rapports scientifiques. M. Rochard a vivement critiqué, enfin, dans le rapport de la commission, le système de nomination proposé pour les trois ordres de médecins qui devraient constituer son système complexe, les inspecteurs régionaux, les inspecteurs locaux et leurs adjoints.

La discussion continuera mardi prochain, la parole a été retenue par M. de Ranse.

M. Mesnet, au commencement de la séance, a communiqué un fait extrêmement intéressant de somnambulisme naturel, en observation en ce moment, chez un malade de son service de l'Hôtel-Dieu. Ce fait en lui-même et les considérations cliniques, psychologiques et médico-légales qu'il implique, ne sauraient être résumés en quelques lignes. Nous lui consacrerons une place dans l'un de nos prochains numéros.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Des kystes multiples de l'appareil génital interne et du bassin, en particulier des kystes sarcomateux.

Depuis que nous avons décrit, dans notre *Traité d'hystérotomie abdominale* (1), les grandes tumeurs kystiques de l'utérus sous les noms d'utéro-cystiques et de fibro-cystiques, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer d'autres qui ne présentaient pas moins d'intérêt, telles que les kystes hydatiques, les adénomes et les sarcomes kystiques. Nous reviendrons sur ces diverses variétés; nous nous contenterons aujourd'hui de quelques considérations sur les kystes sarcomateux multiples, en citant à l'appui un exemple qui nous paraît digne d'intérêt. On verra, en lisant cette observation, que, non seulement l'utérus peut être envahi par cette sorte de dégénérescence, mais qu'il peut l'être en même temps que les ligaments larges et la totalité du tissu cellulaire pelvien.

Au mois de novembre dernier, nous étions appelé en même temps que notre éminent collègue, M. le docteur Félizet, auprès de Mme K..., âgée de quarante-sept ans. Cette malade portait, dans l'abdomen et dans le bassin, une tumeur volumineuse, dont le début avait été reconnu huit mois auparavant et dont le développement avait été tellement rapide que trois ponctions, faites à intervalles rapprochés, avaient été nécessaires pour permettre à la malade de respirer et de garder ses aliments, tant la distension abdominale était extrême. Il était facile, en tenant compte des bosselures reconnaissables par le palper abdominal et le toucher vaginal combinés, de constater que la tumeur était en grande partie formée par des kystes aréolaires, qui entouraient l'utérus de toutes parts et entraînaient son élévation du côté de l'abdomen. Il était facile aussi, en tenant compte de l'hérédité (la mère étant morte de cancer axillaire), non moins que de la marche rapide de la tumeur et des métrorrhagies abondantes, de supposer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, mais il était impossible de dire s'il s'agissait de sarcomes, d'épithéliomes ou même d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de tumeurs kystiques végétantes du péritoine.

L'incision exploratrice seule pouvait permettre de donner au diagnostic la précision désirable. Mais il était à craindre que les forces fussent beaucoup trop épuisées pour que la gastrotomie puisse être tentée et que la tumeur elle-même puisse être enlevée en totalité. Dans ces conditions fâcheuses, je n'acceptai d'intervenir que sur l'invitation expresse des collègues qui avaient soigné la malade, et sur la volonté formelle de la famille.

Le 11 novembre 1886, assisté de mon collègue Félizet et des confrères exercés qui me prêtent habituellement leur concours, j'incisai les parois abdominales du pubis à l'épigastre et je mis à nu une énorme masse kystique multilobée, à parois minces, recouvertes d'adhérences longues, fibreuses, que je disséquai et sur lesquelles j'appliquai des pinces et plusieurs ligatures. Les parois de ces lobes étaient friables, montraient, par transparence, un liquide sanguinolent et étaient parcourues par des veinules et des veines grosses, nombreuses, très dilatées. En raison de leur multiplicité, j'ouvris immédiatement, avec le bistouri, une ving-

(1) *De l'hystérotomie abdominale*, par Péan et Urdy, 1873.

taine de ces loges, en disposant autour d'elles des serviettes et des éponges pour empêcher le liquide qu'elles contenaient de passer dans le péritoine. L'écoulement qui en résulta diminua un peu le volume de la tumeur, mais comme elle restait encore beaucoup trop volumineuse, je recourus au morcellement pour enlever toute la partie extérieure et pour bien voir toute la partie profonde. Ce morcellement put être fait, sans perdre de sang, grâce au pincement préalable avec des pinces à mors longs, droits ou courbes.

Lorsque la masse principale de la tumeur fût enlevée, nous vîmes que les ovaires, les trompes et l'utérus étaient accolés à sa surface. Les ovaires étaient hypertrophiés, allongés, remplis de corps jaunes et de foyers hémorrhagiques.

Les trompes, longues chacune de 30 à 40 centimètres, étaient remplies de sang noir (variété d'hématocèle, que nous avons souvent observée dans les tumeurs de l'utérus et de ses annexes); elles étaient sinueuses, dilatées, et avaient le volume du bras d'un nouveau-né. Leur section, faite avec le bistouri, montra qu'elles étaient remplies de sang noirâtre et de caillots. Quant à l'utérus, il était bosselé, hypertrophié, et avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Il adhérait à la partie inférieure de la portion abdominale de la tumeur et paraissait enclavé sur ses deux faces par la portion pelvienne, également kystique. Son fond, proportionnellement plus volumineux que les autres parties, était jaunâtre et libre; le reste de son corps était partout entouré de masses kystiques, qui s'étendaient à travers les ligaments larges et le tissu cellulaire du bassin, jusque dans les replis du cœcum et de l'S iliaque qui étaient soulevés par eux. La multiplicité de ces kystes, les prolongements qu'ils envoyaient manifestement au-dessous de la tunique péritonéale qui recouvrait les faces antérieure et postérieure de l'utérus, rendaient l'ablation de cette masse pelvienne, en apparence, impossible. Mais, comme la seule chance de guérison ne pouvait être obtenue qu'à ce prix, je fis le pincement progressif des replis péritonéaux, en allant de l'S iliaque vers les ligaments larges et l'utérus. Grâce à ce pincement, je pus enlever par dissection et par morcellement tous les kystes du ligament large et du bassin jusqu'à la partie latérale gauche de l'utérus et jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Je pinçai ensuite le col de l'utérus, à ce niveau, puis je l'incisai, après avoir fait l'évidement conoïde du col, l'avoir lié en deux parties, puis, réduit, avoir saupoudré la surface restante avec l'iodoforme et avoir suturé entre elles les diverses tuniques avivées et rapprochées avec six fils métalliques, coupés au ras.

Le corps excisé montra que sa tunique péritonéale était décollée par de nombreux kystes dont les uns plongeaient en avant et en arrière dans le tissu cellulaire du bassin, dont les autres distendaient les ligaments larges et se prolongeaient jusqu'au cœcum. Tous ces kystes étaient plus larges, plus profonds encore que ceux du côté opposé, ils ne purent être enlevés également qu'en ayant recours à notre procédé de pincement et de morcellement.

La dissection et l'ablation en furent faites, en ménageant le plus possible la portion saine du péritoine qui partout se trouvait décollée et flottante sur une assez grande étendue. Lorsque la tumeur fut enlevée, les pinces furent retirées, une vingtaine de ligatures perdues furent appliquées au fond du bassin. Nous imaginâmes alors d'utiliser les portions restantes du péritoine pariétal, aussi bien en avant, depuis le pubis, que sur les côtés, et en arrière, du côté des fosses iliaques et du mésentère, pour les suturer l'un à l'autre, de façon à faire au-dessus du moignon utérin une sorte de plancher péritonéal au-dessous duquel nous passâmes, au moyen d'une pince engagée à travers le cul-de-sac vaginal, un tube de caoutchouc fenêtré dont l'une des extrémités vint sortir au dehors, vers l'angle inférieur de la plaie hypogastrique, en dehors de la vessie, tandis que l'autre extrémité libre restait dans le vagin. Il résulta du soin que nous mîmes à fermer toute la cavité péritonéale au-dessus du tube que les liquides de la vaste plaie ne purent passer dans l'intérieur de la séreuse, tandis qu'ils trouvaient une grande facilité à sortir par le vagin, grâce au gros tube à drainage. La toilette du péritoine fut faite avec soin et la plaie des parois abdominales fermée par des points de suture de soie superficiels et profonds à anses séparées.

L'opération avait duré deux heures. Il y avait tout lieu de croire qu'une réaction intense se produirait les jours suivants et entraînerait la malade dont les forces étaient épuisées; il n'en fut heureusement rien; sauf le troisième jour où la température s'éleva à 40 degrés et le pouls à 130, le reste du temps la température ne dépassa guère 38 degrés et le pouls 100.

A partir du vingtième jour, le liquide qui s'écoulait par le tube devint de moins en moins abondant et, au bout d'un mois, il était si bien tari que nous pûmes retirer ce corps étranger.

La coupe de l'utérus montra que non seulement le péritoine avait été décollé sur les deux faces par les kystes multiples, mais encore que la tunique musculaire présentait d'autres cavités kystiques aréolaires, indépendantes, dont quelques-unes avaient le volume d'une mandarine et qui avaient contribué pour une large part à donner à l'organe un volume aussi insolite.

Il suffit de lire cette observation pour voir qu'il s'agissait d'une variété de kystes multiples de l'utérus, de ses annexes et du bassin, extrêmement rare.

Aussi eûmes-nous soin de prier M. le professeur Cornil de vouloir bien examiner au microscope la nature de ces singulières productions. Ces pièces lui parurent tellement intéressantes que non seulement il voulut bien nous envoyer la description qui va suivre, mais encore qu'il figura la disposition réciproque qu'occupaient tous les éléments constituants.

« Tout le petit bassin, dit-il, était rempli de kystes végétant sur le péritoine et développés dans les ligaments larges et même dans les parois de l'utérus hypertrophié. Ces derniers, prenant leur point de départ dans la paroi musculeuse de l'utérus, faisaien saillie à l'extérieur de cet organe, sous le péritoine qu'ils soulevaient. Ces kystes, en nombre considérable et d'assez gros volume pour la plupart, remplissaient non seulement le petit bassin, mais la cavité abdominale. Leur paroi était friable; ils se déchiraient facilement et ne paraissaient pas formés par une membrane dense, dure et fibreuse, comme la plupart des kystes de cette région, qu'ils prennent leur point de départ dans les ovaires ou dans les trompes et les ligaments larges. Cette friabilité est expliquée par la structure du tissu qui forme leur paroi. Le contenu des kystes consistait soit en un liquide séreux, transparent, soit en un liquide teinté par le sang, soit en du sang pur.

Les coupes des kystes de la paroi utérine ont montré que la paroi de ces kystes, très épaisse, est partout parcourue par des vaisseaux dilatés. Au niveau de la partie la plus épaisse de cette paroi, on voit deux petits kystes contenant des cellules rondes, globules blancs du sang.

La surface du grand kyste est limitée par une ligne onduleuse par places et formant des saillies et des enfoncements. En examinant la paroi de ce grand kyste, on voit qu'elle s'amincit en un point. Le tissu de cette paroi se continue autour de trois autres cavités kystiques. Chacune d'elles est entourée de toutes parts par le même tissu qui est relativement moins épais, mais qui est également très vascularisé. Autour de cet ensemble de kystes entourés de leurs parois, le tissu cellulo-musculaire de l'utérus se montre avec ses caractères normaux.

Les coupes pratiquées sur les autres kystes et en particulier sur ceux des ligaments larges ont montré les mêmes dispositions. Partout la paroi limitante de ces kystes était formée par un tissu vasculaire, se colorant bien par le carmin. Le tissu constituant la paroi plus ou moins épaisse des kystes présente partout la structure du sarcome.

Ce tissu sarcomateux est caractérisé par des cellules fusiformes possédant des noyaux ovoïdes, pressées les unes contre les autres au milieu de fibrilles minces et peu apparentes. Il est parcouru par des vaisseaux en grand nombre, dilatés, contenant des globules en circulation. La paroi de ces vaisseaux est tellement mince qu'elle se confond avec le tissu du sarcone qui les limite. Ces

vaisseaux sont très friables et laissaient facilement passer à travers leurs parois le sang qu'ils contenaient. La surface interne de la paroi n'est pas limitée par un épithélium. Elle présente seulement des cellules fusiformes. Les éléments, qui sont libres dans la cavité des kystes et qui sont restés adhérents par places à la surface interne de la paroi, consistent dans des globules rouges et des globules blancs. Quelquefois on y trouve aussi des cellules fusiformes détachées ou des cellules rondes. »

Comme on le voit, l'examen histologique a présenté dans le cas actuel un intérêt tout particulier, en démontrant qu'il s'agissait de néoplasies sarcomateuses à forme kystique aréolaire bien différentes de ces sarcomes massifs qui ne contiennent dans leur intérieur qu'un petit nombre de cavités remplies de liquide. Il prouve donc que, dans des cas exceptionnels, le sarcome peut être presque exclusivement kystique, c'est-à-dire être composé d'une infinité de loges à parois minces, étalées, friables, au point qu'elles se déchirent aisément au cours de l'opération, tellement vasculaires que les foyers d'hémorrhagies interstitielles s'y établissent de toutes parts.

Il semblerait même, au dire de Cornil, que la structure de ces néoplasmes montrât leur origine, leur friabilité faisant qu'elles se laissent déchirer, leur vascularisation facilitant l'extravasation du plasma sanguin et du sang avec ses globules. Comme la surface interne de ces kystes ne présentait pas de revêtement épithélial, comme elle est formée simplement par les cellules du sarcome, on ne peut les comparer avec les kystes proligères pauci ou multiloculaires qui ont leur point de départ dans les ovaires, et cela explique pourquoi, au lieu de se développer dans les organes glandulaires, ils se développent dans le tissu conjonctif. La récidive aura-t-elle lieu dans cette variété de sarcome aussi facilement que dans les sarcomes massifs peu kystiques? Cela est possible, bien qu'actuellement, quatre mois après l'opération, il n'y ait rien d'apparent et que la malade jouisse d'une excellente santé. Cela tient peut-être au soin que nous avons mis à enlever la totalité des tissus suspects.

Nous aurions pu faire suivre cette observation de considérations cliniques détaillées pour montrer comment, pendant la vie, on pourrait reconnaître ces tumeurs des autres variétés de kystes bénins et malins de l'utérus et de ses annexes, mais ce travail dépasserait les limites que nous nous sommes imposées ici et nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir dans nos travaux ultérieurs.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Plaie de l'abdomen produite par une balle de revolver.

(Observation recueillie par M. Chabry, interne du service.)

L'étude des lésions produites, sur les tissus de l'économie, par des balles de revolver, est aujourd'hui facile à faire.

Autrefois, dans les campagnes, les disputes se terminaient par des coups de poing ou de bâton; aujourd'hui tous les cultivateurs ont un revolver en poche et, pour peu qu'une rixe s'engage, l'arme est armée et le feu commence, souvent même les assistants se mêlent à la querelle et prennent fait et cause pour l'un des assaillants.

Comme la manœuvre de cette arme est plus compliquée que celle des pistolets ordinaires, les accidents causés par la maladresse sont aussi fréquents que ceux qui sont l'effet d'une aggression.

Cinq individus ont été reçus au mois de janvier dernier à l'Hôtel-Dieu de Clermont, deux avaient été blessés à la main, un au pied, un quatrième avait reçu une balle dans un œil, le cinquième fait le sujet de l'observation que nous publions.

Si le projectile n'est pas situé profondément, s'il occupe les parties molles, si le doigt peut le sentir, son extraction n'offre aucune difficulté, une incision le met facilement à découvert, une pince ou un davier suffisent pour le retirer; dans le cas contraire, il est plus prudent de s'abstenir, le corps étranger peut sortir seul, son séjour dans l'économie est d'ailleurs inoffensif.

On peut en dire autant pour les os des membres, s'ils sont situés sous la peau, sauf à employer le ciseau ou le trépan pour les dégager, si l'ouverture a besoin d'être agrandie, mais il n'en est pas de même pour les cavités splanchniques et surtout pour la tête, en raison de l'importance de l'organe contenu dans la cavité crânienne.

Il y a quelques années, on conduisit à l'Hôtel-Dieu de Clermont, un jeune homme qui s'était tiré dans l'oreille droite un coup de revolver; le nerf facial avait dû être atteint par le projectile, car il existait de ce côté une paralysie de la face; peut-être n'était-il que comprimé, il était donc important de le dégager. On sentait le corps étranger avec l'extrémité d'un stylet; deux tentatives furent faites pour l'extraire, elles n'eurent aucun succès.

M. Fleury crut devoir ajourner une troisième opération, dans l'espoir de voir le tissu osseux ramolli par l'inflammation, que devait provoquer le corps étranger. Au bout de quinze jours une nouvelle tentative fut faite, elle fut aussi inutile que les précédentes.

Quarante-huit heures après, une hémiplégie se manifesta du côté opposé, sans avoir été précédée par aucun symptôme d'inflammation, ni de congestion. Était-elle l'effet d'un épanchement de sang ou de sérosité? on pouvait espérer la voir diminuer comme on l'observe généralement; il n'en fut rien.

Le blessé vécut encore deux mois et succomba à une phlébite de la veine crurale droite et à de nombreux abcès qui en furent la conséquence.

A l'autopsie, nous trouvâmes l'hémisphère cérébral du côté droit complètement induré; une encéphalite légère avait dû en être la cause, nous ne pouvions évidemment l'attribuer qu'au traumatisme provoqué par les tentatives d'extraction qui avaient été faites sans succès à trois reprises différentes.

L'hiver dernier, un jeune homme avait voulu se suicider en se tirant un coup de revolver dans une oreille, on sentait le projectile au niveau de l'apophyse mastoïde.

M. Fleury chercha à l'extraire avec une pince à chicots, mais toutes les tentatives furent inutiles, il dut y renoncer dans la crainte de déterminer des accidents de nature à compromettre les jours du malade. Au bout de quelques jours, la balle sortit seule, elle s'était tellement aplatie sur l'os qu'il était facile de comprendre l'impossibilité dans laquelle on avait été de la saisir avec les mors de la pince.

Au mois de décembre de l'année dernière, une discussion fort intéressante a eu lieu à la Société de chirurgie au sujet d'une opération fort remarquable, faite par M. Pozzi à un jeune homme qui avait eu l'intestin et la vessie traversés par une balle de revolver.

Bien que les tentatives d'extraction doivent offrir en général peu de chances de succès, on comprend, à la rigueur, qu'en présence d'une blessure qui peut entraîner la mort, on puisse y recourir; mais faut-il pour cela des circonstances toutes particulières et on peut dire exceptionnelles.

Une condition essentielle, c'est que l'inflammation ne se soit pas développée, car exposer la séreuse péritonéale enflammée au contact de l'air, c'est courir à une mort à peu près certaine, comme nous ne l'observons que trop souvent à la suite de l'opération de la vessie, si l'étranglement remonte à plusieurs jours.

Chez le malade dont nous publions l'observation, on aurait pu

croire qu'un épanchement de matières intestinales était la cause des douleurs si vives qu'il éprouvait; mais comme elles ont cédé presque instantanément à une piqûre de morphine, la question fut tranchée, et le danger immédiat éloigné.

La péritonite n'est survenue qu'au bout de vingt-huit heures, le projectile avait traversé de part en part une anse de l'intestin grêle; mais aucun liquide n'étant sorti par les ouvertures qu'il avait faites, on pouvait espérer qu'en raison des adhérences qui se produisaient son calibre serait conservé et que le cours des matières se ferait comme par le passé.

Les désordres qui existaient dans la portion d'intestin contenue dans la cavité pelvienne étaient plutôt le point de départ des accidents et la cause de la mort, la laparotomie abdominale eût été plutôt de nature à les aggraver qu'à les faire cesser. La balle, après avoir divisé l'intestin, avait pénétré dans le mésentère et blessé une des branches de l'artère mésentérique inférieure, car le sang était épanché dans le méso-rectum; on l'a retrouvée dans l'excavation pelvienne, elle avait le calibre 9.

Dans la nuit du 13 au 14 février 1887, le nommé H... (Pierre) est frappé d'une balle de revolver. Le blessé, qui est vigoureusement constitué, est âgé de vingt-huit ans; la douleur fut peu accentuée sur le moment, il put gagner sa chambre avec le secours d'un bras, mais à peine arrivé chez lui, il se plaignit si vivement qu'on le fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où il arriva à six heures du matin.

On observe, au côté droit de l'ombilic, une petite plaie arrondie d'un centimètre de diamètre, elle a été produite, nous dit-il, par une balle de revolver tirée presque à bout portant.

Les vêtements du malade sont tachés de sang, ils se composent d'une blouse, d'un pantalon, d'une chemise et d'un gilet de laine.

La douleur qu'il éprouve est très aiguë, sa figure est atterrée, le pouls très petit, il ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse, le ventre est ballonné, assez rond et douloureux à la pression, une péritonite paraît donc imminente. L'intestin est-il perforé? un épanchement de matières s'est-il fait dans l'abdomen? Tout devait le faire supposer; il n'a pas vomi, cependant, mais comme il est enrhumé, la toux augmente ses souffrances.

On lui pratique une piqûre de morphine, et, au bout de quelques minutes, tous les accidents disparaissent; il peut alors raconter, au juge d'instruction, tous les faits qui se sont accomplis et la cause de la rixe qui a précédé sa blessure.

La plaie n'offre rien de particulier, on évite de la sonder; un cataplasme arrosé de laudanum, quelques pilules d'opium seront administrés, si la douleur reparaît; mais le calme qui a suivi la piqûre persiste toute la journée et la nuit suivante.

Le lendemain matin (15 février), lorsque l'on pouvait espérer une issue favorable, H... accuse une douleur très vive à l'épigastre, le ventre est ballonné, le pouls fréquent et faible (130 pulsations à la minute, température 38° 8/10e), la respiration thoracique, (onctions avec de l'onguent napolitain, associé à de la belladone), opium et glace à l'intérieur. Malgré cette médication des symptômes de péritonite s'accentuent dans la journée, ils persistent la nuit et le lendemain jusqu'à trois heures, où le coma se manifeste, prélude de la mort.

L'autopsie a été pratiquée au bout de vingt-quatre heures.

Il n'existe aucun épanchement dans la cavité abdominale, le péritoine est rouge et enflammé, des adhérences récentes et molles unissent entr'elles des anses de l'intestin grêle. On trouve sur celle qui correspond à la paroi de l'abdomen deux ouvertures, une très petite arrondie, une seconde plus grande et à bords irréguliers; elles n'ont donné issue à aucun liquide et n'auraient pas gêné le cours des matières contenues dans sa cavité, si les adhérences que l'on observait étaient devenues plus consistantes. Le mésentère qui correspond à la partie malade est percé d'un trou qui se termine en cul-de-sac.

Un épanchement de sang assez abondant s'est fait dans l'excavation pelvienne, il occupe le méso-rectum.

Il est probable que le projectile, qui a le calibre 9, a divisé une des branches de l'artère mésentérique inférieure et s'est logé dans le petit bassin où on l'a retrouvé.

Cette hémorrhagie a dû accélérer la mort.

L'autopsie a suffi pour prouver l'inefficacité qu'aurait eue la laparotomie abdominale et l'inutilité d'une suture intestinale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre de l'instruction publique, demandant, au nom de son collègue, le ministre de l'agriculture, l'avis de l'Académie sur les propriétés de la *Kœmis Kœtzing*, dont il lui a été envoyé des échantillons. (Renvoyé à l'examen de M. Guyon.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Albert Robin, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. Cette lettre est accompagnée de l'exposé des travaux scientifiques de M. A. Robin (Renvoyé à la section);

2° Une lettre de M. E. Hardy, qui s'inscrit comme candidat pour la même section, avec une notice sur ses travaux scientifiques (Même section);

3° Un mémoire manuscrit de M. P. Pourquier (de Montpellier), intitulé : *Une nouvelle méthode d'atténuation du virus de la variole ovine* (Comm. : MM. Mathias-Duval, Leblanc, Ricord);

4° Le compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de Revin (Ardennes), en 1886, par M. le docteur Séjournet. (Comm. de l'hygiène de l'enfance.)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Sarrazin, correspondant de l'Académie.

Surmenage intellectuel. — M. PERRIN présente, à l'occasion du procès-verbal, les remarques suivantes au sujet de la communication de M. Lagneau, sur le surmenage scolaire. Il appelle l'attention de son collègue, sur l'usage qu'il a fait des comptes rendus du recrutement. M. Lagneau a totalisé les chiffres des exemptions, pour une période de dix ans (1873-1883), et il a déduit de ce total la conclusion que voici : Pour 1000 conscrits 477 ont été classés dans le service actif, 63 dans le service auxiliaire, en tout 540 sur 1000, 460 étant exemptés, dispensés ou ajournés : 460 représentent 46 p. 100. C'est sur ce chiffre que porte ma critique. Ce chiffre est relatif à trois portions du contingent, tout à fait différentes, et dont on ne peut faire un total. Les ajournés, qui sont en petit nombre et qui présentent un développement insuffisant, sont examinés à nouveau et le plus souvent incorporés l'année suivante. Les dispensés, qui représentent le plus gros chiffre, n'ont rien de commun avec le surmenage intellectuel... Le seul chiffre qui importe au cas particulier, c'est celui des exemptés pour infirmités. Il est beaucoup plus élevé que celui qui a été produit par M. Lagneau. Il oscille entre 10 et 11 p. 100. La plupart des exemptions sont motivées par des causes qui ne relèvent ni de près ni de loin du surmenage intellectuel. On peut affirmer, d'après ces documents, qu'il y a moins de 5 p. 100 d'exemptions, pour infirmités qu'il serait possible d'attribuer au surmenage.

M. LAGNEAU fait observer à M. Perrin que les documents statistiques qu'il a exposés ne sont nullement erronés. Il a eu soin de ranger dans des catégories distinctes les dispensés pour divers motifs. Quant à la proportion des jeunes gens exemptés pour informités étrangères au surmenage intellectuel, elle a été indiquée.

M. LE PRÉSIDENT, au nom du Bureau, propose de composer la Commission du surmenage comme il suit : MM. Lagneau, Dujardin-Beaumetz, Larrey, Bergeron et Proust. L'Académie adopte.

LECTURE

Étude médico-légale sur le somnambulisme. — M. MESNET lit sous ce titre une observation que nous résumerons ailleurs.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales.

La parole est à M. J. Rochard.

DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

M. J. ROCHARD. C'est avec un profond regret que je me vois forcé de combattre quelques-unes des conclusions du rapport de M. Vidal, dont j'ai admiré d'ailleurs le fond, le talent et la modération avec lesquels il a été rédigé ; mais il est de mon devoir de défendre le travail de la Commission extra-parlementaire de 1883 pour la revision de la législation sur les Eaux minérales, dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur.

L'administration soumit à la Commission un projet consistant à supprimer l'inspectorat permanent, à confier ses fonctions administratives et scientifiques à quatre inspecteurs chargés chacun d'une région thermale, et à remettre à des médecins rétribués par l'État le soin des indigents.

La Commission, après long examen, s'est ralliée à ce projet. C'est donc tout à la fois le plan de l'administration, l'expression de la majorité de la Commission et l'œuvre personnelle du rapporteur que je viens défendre.

Sur un grand nombre de points nous sommes d'accord. Les deux Commissions sont d'avis qu'il est indispensable de surveiller les stations thermales, et que cette surveillance ne peut être exercée que par des médecins.

Il est encore un second point sur lequel nous nous entendons, c'est sur la manière défectueuse dont cette surveillance est exercée aujourd'hui. Seulement si nous sommes d'accord sur le fait en lui-même, nous ne nous entendons plus sur les moyens d'y porter remède. M. Vidal pense que si l'inspection locale est devenue illusoire, cela tient à ce qu'on a amoindri ses attributions. Je suis convaincu que cela tient aux vices même de l'institution. La surveillance n'a jamais été, n'est pas et ne peut pas être exercée par les inspecteurs. Dans les grandes stations, le médecin inspecteur qui, prenant ses attributions au pied de la lettre, s'aviserait de vouloir s'immiscer dans les affaires de l'établissement, faire des observations aux propriétaires, porter des plaintes à l'autorité, se heurterait à des résistances telles qu'il n'aurait plus bientôt qu'à quitter la place.

Admettons que l'inspecteur se borne aux questions de détail, qu'il se contente de surveiller le fonctionnement intérieur de l'établissement, qu'il fasse des observations aux employés et qu'il adresse des plaintes à l'autorité, alors ce serait pis encore. Il ameuterait contre lui tout ce petit personnel qui lui déclarerait une guerre à mort. Tous les petits intérêts de clocher se coaliseraient contre lui et la position ne serait plus tenable. Vous penserez tous comme moi que la surveillance et le contrôle attribués par les règlements à l'inspecteur des Eaux sont incompatibles avec l'exercice de la clientèle.

Je passe au service des indigents. Le chiffre des malades qui font usage des eaux, à titre gratuit, était de 15 500 à l'époque où je rédigeais mon rapport. Dans ce nombre les stations de Vichy, de Bagnères de Bigorre, de Cauterets, en reçoivent à elles trois 5769. Est-il admissible que les inspecteurs puissent voir 2000 indigents en deux mois et est-il sérieux de leur imposer à titre gratuit une pareille obligation ?

Reste la troisième attribution, celle qui concerne les rapports. La collection des rapports est là dans nos archives, je n'apprendrai rien à personne en disant qu'ils sont bien rarement consultés ! J'ai eu l'occasion d'y avoir recours et j'ai pu me convaincre que ce sont là, en général, des documents d'une assez médiocre valeur.

Voilà quelles sont les raisons qui ont porté la Commission extra-parlementaire à proposer la suppression de l'inspectorat local. Cette Commission extra-parlementaire a voulu le remplacer par un contrôle plus élevé, plus indépendant et partant plus efficace.

Entre autres reproches que M. Rochard fait au rapport de M. Vidal, est celui qui concerne le mode de nomination proposé pour les différents degrés de la hiérarchie : inspecteurs régionaux émanant du Comité consultatif d'hygiène, inspecteurs locaux désignés au choix du ministre par l'Académie de médecine, inspecteurs adjoints par la commission consultative des médecins de la station thermale. Ne craint-il pas que cette différence d'origine n'amène entre eux des divergences, des antagonismes, des conflits, contraires à l'intérêt du service ?

Le système de M. Vidal repose tout entier sur la gratuité. C'est là le point faible du projet de la commission. Il n'est pas digne de l'État de se faire rendre gratuitement des services par des gens que rien n'y oblige et il n'est pas moral de les payer par des privilèges. Sous ce rapport la Commission extra-parlementaire se trouvait dans des conditions plus avantageuses que la commission académique qui n'avait pas qualité pour engager les finances de l'État. Elle était compétente pour traiter cette question, c'est ce qu'elle a fait.

L'Académie est maintenant au courant de la question : c'est à elle de choisir.

— D'après l'ordre d'inscription, la parole serait à M. de Ranse. Mais vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

— 151. — M. Loriot. Contribution à l'étude de la pelade. — 152. M. Bruneau. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. — 153. M. Tournissont. Des déviations aortiques dans le mal de Pott. — 154. M. Baret. État de la mémoire dans les vésanies. — 155. M. Gaboriau. Contribution à l'étude des spasmes professionnels. — 156. M. Didier. Contribution au traitement des angiomes. — 157. M. Lasne. Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite. — 158. M. Carmona. Sein douloureux. — 159. M. Legros. Étude critique sur les causes de la mort rapide et soudaine chez les goutteux. — 160. M. Clovis. Quelques réflexions sur l'éruption de la variole. — 161. M. Péraud. Étude historique et clinique de la fièvre de lait. — 162. M. Roger. Action du foie sur les poisons. — 163. M. Dusseaud. De l'asthme d'origine nasale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 12 mars 1887, ont été désignés pour les hôpitaux militaires thermaux, dont les noms suivent :

Vichy. — MM. Ducelliez, médecin principal de deuxième classe ; Alphant et Eichinger, médecins-majors de première classe ; Bouchereau et Rémy, médecins-aides-majors de première classe ; Boué, pharmacien-major de première classe ; Choisel, pharmacien-major de deuxième classe.

Bourbonne-les-Bains. — MM. Mutin, médecin principal de deuxième classe ; Péchaux et Forgues, médecins-majors de première classe ; Marignac et Marlier, médecins-aides-majors de deuxième classe ; Karcher, pharmacien-major de deuxième classe.

Bourbon-l'Archambault. — MM. Ribard, médecin-major de première classe ; Lasalle, médecin-aide-major de première classe.

Barèges. — MM. Schaumont, médecin-principal de deuxième classe ; Thomas et Huchart, médecins-majors de première classe ; Pelletier et Girardeau, médecins-aides-majors de première classe ; Fischer, pharmacien-major de deuxième classe.

— Le mardi 15 mars 1887, a eu lieu le dépouillement du scrutin pour l'élection, au Conseil supérieur de l'instruction publique, d'un représentant des Facultés de médecine ; ce dépouillement a donné le résultat suivant : MM. Brouardel, 157 voix ; Wannebroucq, 2 voix ; bulletins blancs, 2.

Le nombre des suffrages exprimés étant de 159, la majorité absolue est de 80. En conséquence, la commission déclarant que M. Brouardel a obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, l'a déclaré élu membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été de l'année scolaire 1886-1887, commenceront mardi prochain 22 mars 1887 sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de trois heures à cinq heures de l'après-midi, à l'École pratique, nº 2, rue Vauquelin.

Les inscriptions seront reçues, de midi à quatre heures du soir, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du lundi 14 mars au samedi 26 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, des inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le mercredi 13, le jeudi 14 et le vendredi 15 avril prochain, à 8 heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. A la fin de la séance d'ouverture, l'Assemblée fixera l'heure de la réunion suivante.

Ordre du jour : — 1º Correspondance ; — 2º Présentation de membres nouveaux ; — 3º Résumé des travaux de l'année, par M. le secrétaire ; — 4º Observation de laryngite hémorrhagique, par M. le docteur Garel (de Lyon) ; — 5º Traitement du catarrhe du sinus maxillaire, par M. le docteur Schiffers (de Liège) ; — 6º Considérations cliniques sur l'obstruction de la trompe d'Eustache, par M. le docteur Miot (de Paris) ; — 7º Traitement chirurgical de la phthisie laryngée, par M. le docteur Héring (de Varsovie) ; — 8º Quelques considérations cliniques sur la rhinite atrophique, par M. le docteur Noquet (de Lille) ; — 9º Observation d'otite moyenne sub-aiguë. — Granulie aiguë ; mort, par M. le docteur Ménière (de Paris) ; — 10º Glottes supplémentaires, par M. le docteur Gouguenheim (de Paris) ; — 11º Otorrhée compliquée, par M. le docteur Delie (d'Ypres) ; — 12º Classification des muscles du larynx, par M. le docteur Moura (de Paris) ; — 13º Observation de chancre induré de la fosse nasale droite, par M. le docteur Moure (de Bordeaux) ; — 14º Rougeole ; otite moyenne purulente, abcès mastoïdien, par M. le docteur Baratoux (de Paris) ; — 15º Des pressions exercées sur le tympan, au point de vue du diagnostic, par M. le docteur Miot (de Paris) ; — 16º Kystes du larynx, par M. le docteur Garel (de Lyon) ; — 17º Tumeur du thyroïde, par M. le docteur Aigre (de Boulogne-sur-Mer) ; — 18º De la vue rhinoscopique antérieure, par M. le docteur Cresswell Baber (de Brighton) ; — 19º Lymphatiques du larynx, par M. le docteur Poirier (de Paris) ; — 20º Présentations de malade et d'instruments, par MM. les docteurs Miot, Garel.

— M. le professeur Tarnier commencera son cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, lundi prochain 21 mars 1887, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Rémy, professeur agrégé, chargé de cours, commencera le cours de physiologie, lundi prochain 21 mars 1887, à trois heures de l'après-midi dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du vendredi, consacrées aux démonstrations, auront lieu dans les nouveaux bâtiments de l'École pratique, rue de l'École-de-médecine, au pavillon nº 8.

— M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, lundi prochain 21 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Kirmisson, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, mardi prochain 22 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Landouzy, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie générale, mercredi prochain 23 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Les conférences auront pour objet, l'étiologie, la pathogénie, la séméiotique, etc.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le jeudi 24 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Albert Robin, professeur agrégé, commencera ses conférences d'anatomie pathologique, le vendredi 25 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis, mercredis et samedis suivants à la même heure.

Le cours aura pour objet : l'anatomie pathologique générale ; les lésions de nutrition des éléments anatomiques et du milieu intérieur.

— M. le docteur Fournel ouvrira le lundi 28 mars 1887, à cinq heures, un nouveau cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, et le continuera tous les jours, excepté le jeudi, à la même heure.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4º, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par le docteur F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Deuxième fascicule : *Complications des lésions traumatiques, lésions inflammatoires.* 1 vol. gr. in-8º. Prix : 6 francs. — Le premier fascicule paru : *Lésions traumatiques et leurs complications*, se vend 7 francs. — Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887. — Paris, F. Alcan.

Précis d'histologie, par H. Frey, professeur à l'Université de Zurich. Deuxième édition revue et augmentée, publiée sur la troisième édition allemande, par le docteur L. Gautier. 1 vol. in-18 de VIII-403 pages, avec 227 gravures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Savy.

La Névrose. *Étude clinique et thérapeutique. Dyspepsie. Anémie. Rhumatisme et Goutte. Obésité. Amaigrissement*, par le docteur M. Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. 1 vol. in-8º. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Les procédés opératoires en histologie végétale. Guide pour les études de microchimie, par Louis Olivier, docteur ès sciences. In-8º de 44 pages. — Prix : 1 fr. 75. — Paris, F. Savy.

Le Mariage au point de vue de l'hérédité, par le docteur Battesti. 1 vol. in-18. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20878

34

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin, dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

23

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES DU Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.

Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.

Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Enrouement, Asthme, Fièvre :

TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.

Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :

SIROP D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ.

Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux, de Soude, de Fer, de Manganèse**, etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*

Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr CHURCHILL : **Swann**, pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05cgr; Goudron, 0,07cgr 1/2, Baume de tolu, 0,07cgr 1/2.

DOSES : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

53

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

33

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

56

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Injecteur rectal gazogène du Dr DIBOT pour le traitement préconisé par le Dr BERGEON.

Prix, **25** fr.; remise, 20 p. 100.

Phie LEBRUN, 47, rue Lafayette, Paris.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

32

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

33

VARICES, HÉMORRHOIDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

L'Hamamelidine Logeais (à la dose de 25 gttes dans un demi-verre d'eau sucrée, 3 ou 4 fois par jour, une demi-heure avant le repas, s'emploie avec succès contre les *Varices* et les *Hémorrhoïdes*.

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

La **Mixture Logeais** agit aussi d'une façon rapide dans la *Métrorrhagie* et la *Varicose de la gorge.*

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

61

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du Rempart.

N° 34. — SAMEDI 19 MARS 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 19 MARS 1887. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Lésions cardio-vasculaires d'origine gastrique.

Dans l'une de nos dernières revues (du 26 février 1887), nous avons résumé les résultats des savantes études cliniques et anatomo-pathologiques de M. le docteur Ulrich Schnell sur les lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. Quelque temps avant nous assistions à une leçon clinique de M. Potain, dans laquelle l'éminent professeur entretenait son auditoire de quelques cas de lésions cardiaques d'origine gastrique. Il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ces deux ordres de faits, révélant, les uns et les autres, la production de lésions secondaires ou deutéropathiques analogues de l'organe central de la circulation, sous l'influence de deux états morbides primitifs différents.

Le sujet qui a servi de texte à cette leçon, était une femme âgée de trente-deux ans, très nerveuse pendant son enfance, qui s'était d'ailleurs bien portée jusque-là, lorsqu'il y a cinq ou six ans elle fut prise d'accidents gastriques : anorexie, digestions lentes, pénibles, s'accompagnant de douleur à la région épigastrique et de régurgitations fréquentes, mais n'allant jamais jusqu'au vomissement. Ces troubles gastriques, dont l'origine paraissait se rattacher à des troubles utérins survenus eux-mêmes à la suite d'une grossesse, d'abord modérés, s'étaient graduellement accrus ; et, en s'accroissant, ils avaient fini par amener, à des intervalles variables d'abord, puis très rapprochés, une nouvelle série d'accidents morbides, qui la déterminèrent à venir demander l'assistance de l'hôpital.

Cette femme, entrée dans le service de la clinique de la Charité, le 12 janvier, rapportait que, depuis quelque temps, elle éprouvait, quelques minutes après chaque repas, un grand malaise, consistant principalement en une sorte de congestion de la face, accompagnée de palpitations, d'oppression et d'un état d'angoisse qui donnait l'impression d'une gravité particulière. Ayant été témoins, un matin, à la visite, d'un de ces accès, M. Potain et ses assistants constatèrent qu'elle avait la face rouge, vultueuse, qu'elle était en proie à une agitation violente, ne pouvant pas tenir en place. Elle se plaignait d'une céphalalgie intense et d'une atroce névralgie dentaire ; elle éprouvait, en outre, une angoisse gastrique et précordiale extrême ; sa respiration était accélérée, elle étouffait, bien que la sonorité de la poitrine restât normale, ainsi que le murmure vésiculaire. Enfin les battements du cœur étaient fréquents, mais sans aucun bruit de souffle ; on constatait seulement que le deuxième bruit était très accentué au niveau de l'artère pulmonaire. La mensuration du cœur, pratiquée à ce moment, donnait une augmentation sensible de volume, comparativement aux moments de calme. Cet état dura quelques heures ; puis le calme se rétablit jusqu'au repas suivant.

C'est ainsi que les choses se passaient tous les jours.

Le lendemain, à la visite, la malade étant à jeun, on la trouva le visage calme, l'air reposé, respirant régulièrement, le cœur revenu à son volume normal. L'accentuation du claquement pulmonaire avait disparu. En un mot, tout semblait être rentré dans l'ordre.

Ces accidents, d'apparence très graves, se reproduisant invariablement dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après chaque repas, et cessant dans l'intervalle des digestions, il n'y avait pas à mettre en doute leur subordination au travail même de la digestion.

A côté de cette malade, il y avait en même temps dans le même service, un homme qui présentait des phénomènes analogues. D'une apparence vigoureuse, habituellement bien portant, quoique nerveux aussi, cet homme avait été atteint, il y a deux ans, d'un rhumatisme articulaire aigu qui avait déterminé quelques accidents du côté du cœur. Depuis cette époque, il était devenu dyspeptique.

La dyspepsie détermine aussi chez lui une série de phénomènes morbides réflexes. Ses digestions lentes, pénibles, s'accompagnent de renvois, de gonflement de l'estomac, d'oppression, d'essoufflement, de palpitations. En même temps, il est pris de migraine, de bourdonnements d'oreille, de troubles de la vision, de phosphènes, d'amblyopie, pouvant aller quelquefois jusqu'à la cécité, enfin de vertiges suivis parfois de chute.

Bien qu'ayant la même origine, les accidents réflexes ou à distance, provoqués par les troubles gastriques, diffèrent assez notablement, comme on le voit dans ces deux cas. Presque exclusivement d'ordre cardiaque ou cardio-pulmonaire chez la femme, ils sont plutôt cérébraux ou d'ordre nerveux chez l'homme.

Laissons pour le moment de côté les phénomènes d'ordre

cérébral : congestions, migraine, vertiges, troubles sensoriels, de beaucoup les plus communs et dont M. Potain a fait dans cette leçon un tableau presque complet, pour ne nous occuper ici que des phénomènes un peu moins communs, et par conséquent moins connus, qui ont surtout attiré notre attention, les phénomènes cardio-pulmonaires, que nous avons eu plus particulièrement en vue de rapprocher des lésions cardio-vasculaires, d'origine nerveuse.

Il est très fréquent, dit M. Potain, de rencontrer de la dyspnée chez les dyspeptiques. On est naturellement porté à l'attribuer le plus souvent à l'état de distension de l'estomac par les aliments et par les gaz qui résultent du travail de la digestion et au refoulement du diaphragme. Mais il ne faudrait pas exagérer l'importance de cette cause toute mécanique. Il n'est pas rare de voir une grande distension de l'estomac qui n'est accompagnée d'aucune dyspnée, comme on voit aussi le phénomène inverse, une dyspnée intense, sans dilatation notable de l'estomac. La dyspnée tient beaucoup plus souvent à un acte réflexe qu'à un effet mécanique, et elle peut atteindre parfois jusqu'aux proportions de véritables accès de suffocation, avec constriction du larynx et spasme glottique, s'accompagnant d'angoisse précordiale, de refroidissement des extrémités et pâleur générale, qui font craindre, dans quelques cas, une mort imminente.

Quant aux troubles cardiaques proprement dits, ils sont de deux ordres, des palpitations et la dilatation transitoire du cœur.

Les palpitations s'accompagnent d'irrégularités dans le rythme des mouvements du cœur qui sont tantôt accélérés, tantôt, au contraire, ralentis. La dilatation du cœur, pendant les accès de dyspnée, se fait le plus ordinairement dans les cavités droites. On constate alors que la matité précordiale est augmentée et que la pointe du cœur est fortement déviée en dehors. La main, appliquée sur la région précordiale, perçoit un choc présystolique. L'auscultation du cœur fait entendre le bruit de galop. Le pouls est petit, faible, mou, dépressible, le plus souvent fréquent, quelquefois ralenti comme il a été dit plus haut. Le malade éprouve de l'angoisse, un malaise général, et assez souvent la douleur précordiale qu'il ressent se propage jusqu'au bras gauche, comme dans l'*angor pectoris*.

La durée de ces crises est d'une demi-heure, de trois quarts d'heure et quelquefois davantage, c'est-à-dire celle de la période la plus pénible de la digestion. Sitôt que les troubles digestifs sont passés, la crise cardiaque cesse et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine digestion.

Ces troubles, dans le plus grand nombre de cas, sont transitoires. Ils diminuent graduellement, à mesure que sous l'influence d'un régime approprié les troubles digestifs sont eux-mêmes amendés. Ils finissent par disparaître complètement avec la dyspepsie qui en était la cause. Cependant il ne faudrait pas trop compter sur ce bénéfice. Il est des circonstances où, par leur répétition fréquente, ces accidents finissent par devenir persistants. Le cœur, au lieu de revenir sur lui-même après chaque crise et de rentrer dans les conditions normales, dans les intervalles des digestions, finit par rester dilaté, sa pointe déviée ; le pouls reste petit, mou ; on constate un beau jour les signes d'une insuffisance tricuspidienne, et la circulation devenant de plus en plus troublée, on finit par voir apparaître des symptômes d'asystolie. Il survient des œdèmes, de l'ascite, etc.

Mais, lorsque la dyspepsie est convenablement traitée, ces accidents sont curables. La malade dont nous avons résumé ci-dessus l'histoire est un exemple de cette curabilité. A la suite du régime et du traitement que l'on avait institué dès le principe, l'état de son estomac s'étant considérablement amélioré, ses crises cardiaques avaient cessé de se reproduire. Ayant pendant quelque temps interrompu son régime, troubles gastriques et troubles réflexes cardiaques étaient revenus. Depuis qu'elle a repris son régime et son traitement les crises ne se sont plus reproduites.

M. Potain a rappelé, à cette occasion, l'histoire d'une dame qu'il a été appelé récemment à voir en consultation et qui, au premier aspect, semblait être arrivée à la période ultime d'une maladie de cœur. Son examen ne lui ayant rien révélé de sérieux dans cet organe et l'interrogatoire de la malade l'ayant mis sur la voie d'une affection gastrique, il conseilla le régime lacté qui fut suivi au bout de quelque temps d'une cessation complète des accidents gastriques et des accidents cardiaques qui en étaient la conséquence.

Les herpès génitaux. Herpès progénital vénérien récidivant.

Devant la confusion croissante qui est résultée de la succession des doctrines dermatologiques, en ce qui concerne l'herpès en général et plus particulièrement le groupe des lésions des organes génitaux compris sous la dénomination commune d'herpès génital, MM. Diday et Doyon ont entrepris, par une nouvelle étude clinique et critique de ce sujet, faite en commun, de projeter la lumière sur ses obscurités. Tâche difficile sans doute, mais qui n'était pas au-dessus de ce que l'on avait le droit d'attendre de leur expérience respective, l'un en syphiliographie, l'autre en dermatologie, et de leurs efforts réunis.

Partant de ce principe que toute théorie, faite pour durer comme tout code pratique fait pour servir, vit de distinctions, de même que dans un ordre de faits plus général les médecins ont senti la nécessité d'une sorte de segmentation nosologique dans l'histoire de chaque affection, en traitant, non de la cystite, de la dyspepsie ou de l'ictère, mais des cystites, des dyspepsies, des ictères, MM. Diday et Doyon commencent par déclarer qu'ils vont traiter des herpès génitaux et non de l'herpès génital. Éloigner tout ce qui a été compris et décrit indûment sous ce titre et établir des distinctions légitimes entre les faits qui doivent être rangé dans un même groupe, tel a été leur premier soin.

Le résultat de ce premier travail a été d'établir deux classes dans les herpès génitaux : l'une qui comprend cinq sous-ordres : les éruptions pemphigineuses et pemphigoïdes dont nous n'aurons pas à nous occuper ici ; l'herpès irritatif ; l'herpès diphthéroïde ; l'herpès névralgique ; l'herpès féminin vulgaire ; la deuxième ne comprenant qu'une seule espèce morbide d'un cachet spécial : l'herpès progénital récidivant. C'est celui qui fait plus particulièrement l'objet de ce travail. Aussi passerons-nous rapidement sur les herpès de la première classe.

Herpès génitaux du premier groupe ou faux herpès.

Sous le nom d'herpès génital féminin, irritatif, on a décrit un herpès vulvaire qui n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une affection locale provoquée par une irritation quelconque de la région. Deux traits séparent, suivant MM. Diday et Doyon, cet herpès irritatif de l'herpès vénérien récidivant, dont il sera spécialement question plus

loin et avec lequel plusieurs observateurs l'ont confondu : c'est d'abord la fièvre qui le précède habituellement, et, en second lieu, la nature du rapport de date et d'intensité de la douleur locale avec l'éruption. Dans l'herpès irritatif, la douleur initiale va en augmentant au fur et à mesure que l'éruption apparaît. Dans l'herpès vénérien, au contraire, le prurit cesse aussitôt que l'éruption se manifeste. Cet herpès est une éruption vésiculaire, à vésicules presque toujours groupées, se convertissant d'une façon rapide soit en croûtelles, soit en érosions miliaires ou composées; c'est de plus une affection aiguë, assujettie à une évolution fixe, à une terminaison rapide.

L'herpès génital pseudo-membraneux ou diphthéroïde, décrit d'après une monographie de M. Bruneau, est une forme à part ou plutôt une variété de l'herpès génital féminin, dont le qualificatif indique assez l'espèce spéciale.

L'herpès génital névralgique, de M. Mauriac, ou zona de l'appareil génital, est une des variétés les plus intéressantes, éminemment susceptible, — indépendamment de l'attention qu'elle mérite pour son compte, — d'éclairer plusieurs points importants de la pathogénie des herpès génitaux.

L'herpès phlycténoïde, décrit par M. Delétang, proviendrait de deux ordres de causes : soit d'élimination par la peau de micro-organismes sous forme d'exsudat fibrinogène; soit des déchets organiques (ptomaïnes), soit des alcaloïdes (zoamines vésicantes), substances qui, se formant normalement dans l'économie par le processus ordinaire de la vie des tissus, peuvent, chez les sujets arthritiques, quand une circonstance quelconque (émotion, froid, excès) met obstacle à leur expulsion par leurs émonctoires naturels, se frayer d'autres voies d'élimination et engendrer ainsi la vésication.

Herpès progénital vénérien récidivant.

L'herpès progénital vénérien récidivant, qui, morphologiquement, peut être donné comme le type de l'herpès génital, est essentiellement caractérisé par une dermatose le plus souvent vésiculeuse, parfois érythémateuse, toujours circonscrite à un point limité de l'appareil génital. Cette dermatose survient à la suite d'une maladie contagieuse de cet appareil (chancre, chancrelle ou blennorrhagie) et s'y reproduit ultérieurement, sans nouvelle cause semblable, par reprises multipliées, indéfinies, en quelque sorte, le plus souvent égales en durée et séparées les unes des autres par une période d'intégrité absolue du tégument. Éruption évoluant en cinq périodes, une période d'ensemencement, germination, éclosion, floraison ou période d'état, dessiccation; série d'éruptions consécutives, tels sont les deux traits distinctifs et caractéristiques de l'affection dont il s'agit.

En tant que lésion locale, l'herpès des parties génitales n'entraîne, chez l'homme comme chez la femme, qu'un pronostic bénin, ses récidives sont également sans gravité. A part la perturbation que cette éruption apporte dans les relations sexuelles, surtout conjugales, tous les inconvénients se rapportent aux inquiétudes exagérées qu'elle jette dans l'esprit des malades, inquiétudes telles, que, malgré toutes les observations les plus judicieuses et les plus sincères que le médecin puisse leur opposer, elles dégénèrent en véritables tortures morales. C'est donc au point de vue des incessantes récidives qui entretiennent chez ces malades une semblable situation psychologique, que le pronostic prend une certaine importance et que s'impose l'indication d'intervenir soit par des moyens prophylactiques, soit par une véritable médication curative.

En présence d'un herpès progénital, l'intervention du médecin consiste : à l'empêcher de s'établir; à rendre chacune de ses poussées aussi peu onéreuse que possible; à prescrire les soins et les médications de tout ordre les plus propres à éloigner ses retours; à employer, contre lui, dans les cas qui le comportent, la médication curative que l'art a en sa possession; enfin à combattre le découragement qu'engendrent les persistants retours. En termes plus simples, toutes les indications peuvent être groupées sous ces quatre chefs : traitement préventif; traitement palliatif; traitement curatif; traitement moral.

Le traitement préventif consiste à rendre plus sûrs les coïts d'aventures (ceci est surtout affaire de police sanitaire); à détourner autant que possible d'un danger prévu.

Le traitement palliatif. En tant que lésion locale, le traitement de l'herpès génital est des plus simples : les topiques émollients, de simples astringents peuvent intervenir efficacement dans la forme aiguë. L'eau blanche très affaiblie, une solution de tannin ou d'alun, l'eau étendue de vinaigre de toilette, d'alcool camphré, le vin aromatique, la poudre d'amidon, de bismuth, de talc, amènent la cicatrisation d'un groupe d'herpès.

S'il s'agit de véritables ulcérations menaçant d'avoir une certaine durée, MM. Diday et Doyon donnent la préférence au nitrate d'argent, mais employé avec ménagement, convenablement affaibli, soit en dissolution (de 4 à 8 décigr. dans 20 grammes d'eau), soit incorporé dans 20 grammes de vaseline. De quatre à six applications, répétées de huit à douze heures d'intervalle, doivent suffire.

Le traitement curatif comporte plusieurs ordres de moyens. On peut se proposer plusieurs buts : 1° de faire avorter l'herpès en détruisant à fond l'un des foyers de récidive que chaque éruption successive représente; 2° de rendre moins sensible la partie du tégument qui en est le siège; 3° de détourner la fluxion par des agents dérivatifs; 4° de rendre aussi peu fréquentes et aussi peu actives que possible les causes occasionnelles de répétition de l'herpès; 5° de modifier l'organisme dans le sens de la reconstitution; 6° enfin de s'attaquer directement à la cause diathésique.

La première de ces six indications, toute rationnelle qu'elle paraisse, a encore besoin d'une étude aux yeux de MM. Diday et Doyon; ils osent à peine y convier les praticiens. « Car, disent-ils, sur cette région où tout vestige est compromettant, produire une perte de substance à cicatrice indélébile, en vue d'un résultat problématique, qui n'intéresse en rien d'ailleurs la santé, ce n'est un essai engageant ni pour l'opérateur, ni pour l'opéré. » Considérant que les germes de l'herpès récidivant, ayant une longue incubation, doivent siéger entre les couches du corps muqueux tégumentaire, ils proposent de chercher à détruire ces germes ainsi que l'éruption actuelle, en appliquant sur le siège de celle-ci un vésicatoire camphré, qu'on pansera immédiatement avec une solution de sublimé.

Le traitement curatif des récidives, par modification de texture du tégument, le durcissement, la tannification de la région tégumentaire où l'herpès s'enracine, semble être une méthode dictée par la nature. Quoiqu'elle ne soit pas absolument sans effet et qu'on ne doive jamais se priver sans motifs du secours qu'elle prête, MM. Diday et Doyon avouent que la médication tannifiante ne remplit guère les espérances que l'on a fondées sur elle. Employée avant la

première apparition de l'herpès, au moment où l'accident vénérien qui lui donne naissance n'est pas encore déclaré, il est assez présumable, disent-ils, qu'elle concourrait à en entraver le développement, mais une fois l'herpès établi, il devient par lui-même un obstacle à l'action et au succès des topiques siccatifs.

La méthode dérivative, tentée sous toutes ses formes et par tous les moyens et avec la plus persévérante énergie, a été toujours sans résultat. Il n'y a aucun espoir de succès à fonder sur elle, pas plus que sur la dérivation naturelle par une maladie intercurrente.

L'hygiène préventive de l'herpès ou prophylaxie des causes occasionnelles, consisterait moins dans une continence absolue ou constante, qu'en un user très réservé.

En cherchant à rétablir la santé générale par la régularisation des échanges nutritifs aussi bien que par les moyens reconstituants proprement dits, on parvient souvent à améliorer l'herpès récidivant et à enrayer ses retours offensifs. On obtient le même résultat en combattant par les moyens appropriés les états dyscrasiques, en imminence ou en action, qui, cachés sous l'apparence banale d'une anémie ou d'une asthénie, exercent parfois une influence directe sur la genèse et sur la marche de l'herpès, tels que le diabète, une maladie chronique de l'appareil génito-urinaire, les désordres des fonctions génitales surtout chez la femme, enfin les affections du système nerveux.

L'indication essentielle dans le traitement de l'herpès en question, c'est celle qui a pour but d'en combattre les récidives, d'en empêcher les incessants retours. La médication qui, jusqu'à présent, a donné les résultats les plus satisfaisants entre les mains de MM. Diday et Doyon, est l'usage des eaux minérales sulfureuses et en particulier des eaux sulfureuses chlorurées sodiques d'Uriage. C'est dans cette station qu'ils ont les premiers signalé l'heureuse appropriation de cet élément hydrominéral à la cure des récidives de l'herpès. Seules, ajoutent-ils, ces eaux ont pu enrayer, chez la plupart des herpétiques qu'ils ont observés, le retour des accès d'herpès génital, après qu'ils avaient vainement fait usage de toutes les médications conseillées en pareil cas. Les résultats obtenus paraissent attribuables tout à la fois à l'action dérivative de ces eaux, prises en boisson à dose purgative, à leur pouvoir modificateur des fonctions de la peau et à leurs propriétés reconstituantes.

THÉRAPEUTIQUE

La Pancréatine dans l'entéro-colite chronique endémique des pays chauds (1).

Par le Dr E. Bertrand, Professeur à l'École navale de Brest.

La pancréatine est entrée dans le traitement de l'entéro-colite chronique des pays chauds, en 1878, à la suite des essais que le professeur Bertrand entreprit à Saint-Mandrier et du mémoire qui les fit connaître (2).

C'est parce qu'il avait été témoin des échecs fréquents de la pepsine que, voulant transformer à l'aide d'un agent intestinal des substances qui, comme le lait, sont *principalement* digérées dans l'intestin, il eut l'idée de recourir à ce ferment digestif.

La constatation des lésions du pancréas dans la diarrhée endémique, faite par MM. Layet, Talairach, Lenoir, Laitière, Barrallier, Quétand et Bosch et par lui-même, confirma son espoir en l'heureuse issue de cette tentative à laquelle l'épreuve clinique répondit par des résultats qui, certes, ne furent pas un insuccès.

Trois malades couchés dans les lits nos 21, 22 et 30 furent choisis parmi ceux dont les selles, mal liées et incomplètement digérées en apparence, offraient, au microscope, le plus de résidus intacts. Plusieurs médications venaient d'être instituées, sans que la moindre amélioration s'en fût suivie pour eux. On prescrivit la pancréatine avec le régime lacté pur ou mixte et, pour que l'expérience fût concluante, on supprima toute espèce de traitement pharmaceutique autre que celui-là.

Le travail de quelques pages qui fut écrit à cette occasion appréciait ainsi les effets de la thérapeutique en question :

« Il me paraît ressortir des observations précédentes que, sous l'influence du traitement, quelque court qu'il ait été :

1° L'aspect des déjections s'est heureusement modifié chez les numéros 30 et 22. Elles sont devenues, de jour en jour, plus homogènes, mieux liées, colorées uniformément. Leur piqueté a disparu ; elles ont cessé d'être mousseuses. Il n'en a pas été de même chez le no 21, dont les selles deviennent, notamment le 29 janvier, plus abondandes, plus claires, entièrement liquides, tout en restant spumeuses. Le microscope nous donne la raison de ce fait en nous montrant dans les selles la présence de poils du pain. Le malade auquel le pain est rigoureusement interdit a donc fait un écart de régime, et l'intolérance de l'intestin s'est traduite chez lui par un flux diarrhéique plus abondant.

2° Que les aliments prescrits ont été mieux digérés, puisque chez nos trois malades, l'examen microscopique montre que, dans leurs déjections, la caséine, abondante au début, tend à disparaître ; que la quantité des globules graisseux diminue également; que les fibres striées deviennent de plus en plus rares et que les grains de fécule ne s'y montrent presque pas. Le lait, la viande, le riz, ont donc, plus complètement qu'autrefois, subi la digestion intestinale.

3° Que le poids des malades a augmenté. Bien que ses selles ne présentent à l'œil nu aucune modification favorable, le no 21 gagne 3 kilogrammes du 27 janvier au 15 février. Le poids du no 22 augmente de 2k,700 du 27 janvier au 8 février. Enfin à cette époque le no 30 pèse 51 kilogrammes. Il a donc gagné 500 grammes, ce qui est peu en apparence, mais beaucoup en réalité, si l'on songe qu'à l'époque où la pancréatine a été prescrite, ce malade portait encore une ascite abondante entièrement disparue depuis.

4° Que les forces se sont relevées et que cette amélioration accusée par les trois malades, a pu faire croire à l'un d'eux, le no 21, qu'il pouvait impunément enfreindre les prescriptions et adopter un régime fantaisiste. »

Pas plus alors qu'aujourd'hui, l'auteur de ce travail ne considérait la pancréatine comme *une panacée nouvelle*, puisqu'il terminait par ces lignes :

« Telles sont les conclusions qui me sont inspirées par des faits dont je ne voudrais point exagérer l'importance : je les donne pour ce qu'ils valent. Je m'empresse de dire que je ne les crois point probants, parce qu'ils ne sont pas assez nombreux, parce que l'observation n'a été ni assez longue, ni peut-être assez rigoureuse; mais je les déclare très encourageants.

Je ne ferais point de la pancréatine un agent curatif de la diarrhée de Cochinchine, mais un auxiliaire du régime dans cette maladie. Je voudrais, en d'autres termes, donner aux malheureux diarrhéiques, une substance qui leur permît de digérer assez pour qu'ils *eussent le temps d'attendre* la réparation si lente de leurs lésions intestinales.

La diète lactée est encore, entre les mains des médecins de la marine, l'arme la plus puissante dont ils disposent contre la terrible endémie. Or, combien de malades ne digèrent pas ou digèrent mal le lait! Si les faits venaient à montrer que, grâce à la pancréatine, ils le digèrent mieux, cette substance serait-elle donc à dédaigner?

(1) *Archives de Médecine navale*, février 1887.

(2) L.-E. Bertrand. *De la pancréatine dans la diarrhée chronique de Cochinchine. Arch. de méd. nav.*, mai 1878.

A l'expérience seule il appartient de prononcer; et, si j'ai voulu faire connaître les résultats de ces essais sommaires, c'est moins pour poser, sous mon nom, une question de priorité que pour signaler une voie qui peut conduire à quelque chose de bon et d'utile. »

Bien souvent, depuis cette époque, nous avons administré la pancréatine à des diarrhéiques chroniques, et, bien souvent aussi, nous avons obtenu par elle des amendements rapides graduellement transformés en une guérison solide. Il nous est arrivé d'échouer, c'est incontestable; on ne nous croirait pas si nous prétendions le contraire et on aurait raison. Mais quelle médication ne compte que des triomphes, quand elle ne s'attaque pas, de parti pris, qu'à des états pathologiques demandant à guérir... sans elle?

Plusieurs fois, nous l'affirmons, nous avons, par la pancréatine Defresne, fait digérer le lait, alors que les malades le rendaient en gros grumeaux dans leurs matières alvines. Ce résultat vaut qu'on le note, si l'on réfléchit à la mortalité qui pèse sur les sujets dont le tube digestif ne tolère pas le lait, et l'on a le droit de dire que le médicament capable d'accomplir cette transformation est un remède utile.

La dyspepsie gastro-intestinale ne manque jamais à l'appareil symptomatique de l'entéro-colite coloniale; il est donc presque toujours possible d'y employer la pancréatine avec de sérieuses chances de réussite, d'autant plus que ce ferment agit tout à la fois sur les albuminoïdes, les fécules et les graisses. C'est l'*indication générale*.

L'*indication spéciale* est dans la *lientérie* macroscopique ou microscopique *du lait*.

Féris a fait, à propos du traitement de l'entéro-colite endémique par la pancréatine, une remarque critique qui est exacte : « Lorsque le médecin prescrit un gramme de pepsine ou de pancréatine, son but n'est pas seulement, dit-il, de dissoudre par ce moyen certains principes alimentaires, car le résultat serait bien faible, puisqu'à cette dose on agit à peine sur 15 ou 20 grammes d'albumine. Mais il compte que le ferment déterminera surtout une excitation physiologique sur les glandes qui sont destinées à le sécréter.

Donc, nous n'aurons pas ici, tant s'en faut, ce repos si complet de l'appareil digestif que nous donne la peptone Defresne (1).

Cette réflexion concorde avec une observation que nous avons faite depuis longtemps : l'apparition d'un peu de sang et de mucus dans les selles de malades soumis à l'usage de la pancréatine.

C'est un fait exceptionnel, mais il devait être enregistré et nous l'avions rapporté à l'irritation fonctionnelle de la muqueuse sous l'influence du ferment. Aussi, depuis cette époque, voyons-nous, dans les incidents subaigus dysentériformes de l'entéro-colite chronique, une contre-indication temporaire à la prescription de la pancréatine.

Quand on prescrit la pancréatine au cours de la diète lactée pure, il faut la diviser en plusieurs doses à prendre dans la journée avec le lait. Nous savons que ce liquide doit être consommé par petites quantités; mais comme, alors, l'ingestion en est répétée fréquemment, l'estomac n'est jamais complètement vide et la pancréatine peut y rencontrer, réalisées, les conditions du suc gastrique *mixte*, conditions qui, nous l'avons dit, ne lui sont pas défavorables comme l'a démontré M. Defresne (2).

Si ce ferment digestif est ordonné pendant la phase du régime mixte, il doit être pris aux repas, au milieu ou à la fin plutôt qu'au commencement, et cela pour la raison que nous venons d'indiquer.

Dans ces deux séries de circonstances, il sera toujours bon, ainsi que le conseille M. E. Giraud, de neutraliser l'excès d'acide stomacal par des doses convenables de bicarbonate de soude, chez les malades qui offrent les symptômes de la dyspepsie acide.

Les modes d'administration sont nombreux. Presque toujours, nous nous sommes servis de la poudre facile à doser à l'aide de la petite cuiller (1) dont sont munis les flacons de pancréatine Defresne; on la donne seule ou mélangée à diverses substances telles que phosphate de chaux, etc., et on la fait prendre dans une petite quantité de liquide, lait ou bouillon.

Les pilules de pancréatine Defresne sont des préparations *officinales* dont on assure la conservation par un enrobage à la stéarine et au sucre.

L'élixir, dont chaque cuillerée représente 25 centigr. de pancréatine, ne doit pas être prescrit à nos malades chez qui l'alcool est contre-indiqué.

Les doses de pancréatine à administrer dépendent de la quantité d'aliments dont se compose le régime. Elles varient généralement entre 50 centigrammes et un gramme par repas. Nous n'avons jamais dépassé la dose de 1 gramme pour la journée.

(1) *In* Thèse citée d'E. Giraud, p. 77.

(2) V. Defresne. *Études expérimentales sur la digestion*, Paris 1880.

(1) Elle contient 25 centigrammes de poudre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Tétanos céphalique. — **M. TERRILLON**, depuis sa dernière communication sur ce sujet, a trouvé une description de Rose dans la quelle l'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic au début. Il y a des cas où on observe d'abord de la paralysie faciale, puis de la contracture. La cause est attribuée par Rose à une lésion sur le trajet des nerfs craniens. Cette description répond absolument au cas communiqué dans la dernière séance par M. Terrillon.

M. SCHWARTZ fait observer que la paralysie faciale dans ces cas de tétanos est admise par un certain nombre d'auteurs. Il croit qu'il y a là une erreur d'interprétation et qu'il s'agit bien plutôt d'une contracture unilatérale. C'est là d'ailleurs un fait à étudier aussi bien que les différences qui peuvent exister entre le tétanos dysphagique et le tétanos hydrophobique.

M. TERRILLON croit qu'il faut établir une distinction entre le tétanos hydrophobique et le tétanos dysphagique.

De l'emploi de l'ouate de tourbe pour pansements. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait une communication sur l'ouate de tourbe. Cette ouate a été présentée par M. Redon au dernier congrès. La tourbe a été d'abord employée sous la forme de poudre. M. Redon a pensé qu'on pourrait en tirer une matière textile analogue à l'ouate ou à l'étoupe. Il a, en outre, trouvé moyen de faire passer l'ouate de tourbe à une température telle qu'elle devient tout à fait aseptique. M. Lucas-Championnière a fait des expériences avec cette ouate. Il l'a d'abord essayée sur quatre malades atteints de gangrène sénile. L'odeur infecte que présentaient ces malades a très vite disparu. Le premier essai a été favorable. M. Lucas l'a alors appliquée à tous ses pansements antiseptiques. Il place directement sur la plaie de la gaze iodoformée, la poudre antiseptique dont il a fait connaître la composition, du mackintosch et, par-dessus le tout, cette ouate de tourbe. Celle-ci se tasse moins que l'ouate ordinaire. En outre elle s'imprègne des substances environnantes; elle absorbe les liquides qui ne se putréfient pas à son contact. M. Lucas-Championnière laisse ces pansements trois et quatre jours au lieu de les changer toutes les quarante-huit heures. L'aseptie des plaies est complète. Il a récemment enlevé seize loupes sur la tête d'un homme. Il a laissé ce pansement quatre jours. Il a trouvé au milieu de cette masse des caillots sanguins qui étaient absolument intacts. Même résultat à la suite d'une amputation de sein. Il a enlevé un sarcome sous-péritonéal. Il a laissé ce pansement neuf jours. La guérison était déjà complète.

Dans quelques cas au lieu de l'employer comme dernière pièce

de pansement, il l'a employée comme topique, surtout dans des pansements d'abcès. Il en a obtenu de très bons résultats.

Ce pansement a sur les autres l'avantage d'être peu coûteux et de pouvoir, par conséquent, être employé à profusion. Son prix n'est que la moitié du prix de l'ouate ordinaire. M. Tarnier a dépensé 25 000 francs d'alcool en une année pour laver ses salles à la liqueur de Van Swieten. Si donc on a une substance peu coûteuse, il y a un grand intérêt à la préconiser. Le poids de l'ouate de tourbe est celui de l'ouate ordinaire. Sa propriété absorbante est des plus remarquables. On peut la préparer avec toutes les substances antiseptiques.

Quels sont ses inconvénients? D'abord la coloration qui empêche de voir aussi bien les liquides qui se sont écoulés. Elle est un peu brunâtre et, placée à la surface des plaies, elle est un peu irritante, elle détermine des démangeaisons sur la peau. Tous ces inconvénients sont très légers.

En résumé, M. Lucas-Championnière pense que cette ouate de tourbe rendra de grands services à la chirurgie. Elle permet de réaliser de sérieuses économies. Elle est appelée à jouer un rôle considérable dans la chirurgie d'armée. Elle ne s'altère pas et peut être conservée longtemps dans les magasins. Enfin il y a de nombreux usages hygiéniques à en tirer.

M. BERGER a adopté l'ouate de tourbe dans son service. Il en a obtenu de bons résultats comme moyen de protection extérieure. Il a constaté, comme M. Lucas-Championnière, que l'ouate de tourbe absorbe très bien les liquides des plaies. Il lui reconnaît les inconvénients signalés par M. Lucas-Championnière. Les malades qui transpirent sont colorés en noir. Elle s'effrite trop facilement et le lit d'un malade ainsi pansé se remplit d'une sorte de poussière fine qui est assez gênante.

M. TRÉLAT dit que ces substances ne valent que par leur élasticité, leur pouvoir d'absorption et la modicité relative de leur prix. Le but qu'il cherche surtout dans les pansements est de les faire aussi rares que possible. Il arrive à ce résultat en se servant de la gaze iodoformée, de la charpie de bois et de l'ouate ordinaire. Il a depuis longtemps supprimé le mackintosch et toute pièce imperméable.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a pas obtenu d'aussi bons résultats de ces pansements très rares. Il croit qu'il est préférable de changer plus souvent ces pansements; on obtient ainsi des réunions plus parfaites.

M. SÉE en faisant des pansements absolument secs arrive à de très bons résultats. Il emploie des sachets de cellulose au sublimé, recouverts d'une petite quantité de coton hydrophile. L'emploi de la charpie de tourbe lui paraît surtout indiquée en temps de guerre.

Néphrectomie. — **M. TERRIER** communique un procédé de néphrectomie transpéritonéale. On préfère généralement la néphrectomie lombaire à la néphrectomie transpéritonéale. On admet également qu'il faut faire un drainage par la région lombaire dans les cas de néphrectomie transpéritonéale. M. Terrier croit que ce drainage peut être supprimé. Il suffit pour cela de rendre bien aseptique la cavité rétro-péritonéale résultant de l'ablation de la tumeur rénale; dans ce but il fait la suture du péritoine antérieur avec le péritoine postérieur et peut alors drainer directement en avant la cavité rétro-péritonéale résultant de l'ablation de la tumeur rénale. Dans un cas où il crut devoir retirer le tube au sixième jour, il eut un abcès qu'il fallut drainer de nouveau. Il attribue ces abcès à une origine microbienne résultant de la conservation de l'uretère dans la plaie.

Grossesse extra-utérine; laparotomie. — **M. LARGEAU** (de Niort) fait une communication sur un cas de grossesse extra-utérine et de laparotomie suivie de guérison. (Comm. M. Périer.)

Suture du nerf médian. — **M. POLAILLON** présente une jeune fille qui, en donnant un coup de poing dans un carreau, s'est coupé tous les muscles fléchisseurs, les nerfs et les artères. M. Polaillon a suturé les tendons, les deux bouts du nerf médian, du nerf cubital; il a suturé la peau et a placé le membre dans l'immobilité. Il a obtenu une réunion immédiate, mais la sensibilité n'est revenue ni dans la zone du médian, ni dans celle du cubital. Il y a deux ans que cette opération a été faite. Il y a eu des troubles trophiques, les mouvements ont beaucoup gagné, mais la sensibilité n'est pas revenue.

M. TILLAUX serait d'avis de faire la suture secondaire du médian chez cette jeune fille.

M. LANNELONGUE propose la nomination d'une commission chargée d'examiner l'état exact de la sensibilité chez cette jeune fille, et de constater ensuite les résultats obtenus par la suture secondaire.

M. TILLAUX dit que cette expérience a été faite sur un homme qu'il a récemment opéré avec succès et auquel il a suturé secondairement le nerf médian.

Étranglement herniaire crural. — **M. TRÉLAT** présente une pièce anatomique relative à un cas d'étranglement herniaire crural qui a été opéré dans son service par son interne. Celui-ci profita de l'opération pour faire la cure radicale de la hernie. Cette femme étant morte tuberculeuse quarante-trois jours après l'opération, on peut voir sur la pièce leb on résultat obtenu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 mars 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Poix, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine, et Signé, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 15 mars 1887, M. de Beaudéan, pharmacien de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de pharmacien de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté préfectoral, en date du 28 février 1887, M. le docteur Febré, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, reste compris dans la classe exceptionnelle du cadre.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Deux places d'interne sont actuellement disponibles. — Traitement, 400 francs par an, logement, nourriture, chauffage, éclairage. — S'adresser au secrétaire des hospices, à Orléans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Tuffier, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires samedi prochain 19 mars 1887, à une heure précise, dans le pavillon nº 7 de l'École pratique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Pecque, pharmacien aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Nancy.

— M. le professeur Vulpian commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée, mardi prochain 22 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Il traitera cette année de la pathologie expérimentale du cœur, des vaisseaux et du sang.

— M. le docteur Troisier, agrégé, chargé de cours, suppléant M. le professeur Bouchard, commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales, mardi prochain 22 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours aura pour objet, cette année, les grands processus morbides (virulence, inflammation, fièvre).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20895

N° 35. — MARDI 22 MARS 1887. 60e ANNÉE. MARDI 22 MARS 1887. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Hystérie; épilepsie; aliénation mentale. Désaveu de paternité.

J'en ai à peu près fini avec les questions relatives à la séparation de corps. Je vous disais, en terminant la leçon précédente, qu'à la suite des dissentiments matrimoniaux que suscite l'hystérie, c'est presque toujours le mari qui est mis dans son tort dans les débats publics et il ne peut même pas invoquer la maladie de sa femme qui n'est pas une cause d'action en divorce. Lasègue résumait ainsi la question : « La femme hystérique dans le mariage se plaint d'être incomprise et menace de se suicider; elle se suicide rarement; souvent c'est le mari qui se suicide. »

Lorsque l'hystérie va jusqu'à une certaine incoordination de la volonté, elle franchit vraiment les frontières de la folie. J'ai été chargé par le tribunal de visiter, dans l'asile, une femme enfermée dont voici l'histoire. Mariée d'abord avec un quincaillier dont elle n'avait pas eu d'enfants, elle s'était retirée des affaires, après la mort de son mari, avec une petite fortune. Quelques mois plus tard, prétextant des besoins génitaux, impérieux à satisfaire, elle cherche à se marier, entre en négociations avec un employé des contributions qui l'épouse. Mais elle ne trouve pas agréable la résidence de son mari située à deux heures de Lyon, en chemin de fer, et elle lui fait demander son changement. Il est envoyé à Tours; bientôt elle apprend que sa constitution a besoin d'un air vif, et le climat de Tours étant mou, elle déclare qu'elle veut s'en aller. Son mari se fait nommer à Amiens. Là, il y avait trop de grandes cheminées qui faisaient trop de fumée et elle étouffait. Aussi, elle s'en va, laissant son mari avec une pneumonie, et vient s'installer à Paris, d'abord près de la gare du Nord, puis à Neuilly. C'est là que le convalescent, obligé de donner sa démission, vient la retrouver. Mais alors, elle lui reproche de vivre aux crochets de sa femme, et enfin, survient entre les époux une scène violente, qu'il a été assez difficile de tirer au clair, et à la suite de laquelle la femme est enfermée comme folle, pour un accès de manie. Dans l'asile, elle rend d'abord la vie impossible au directeur de l'établissement par ses réclamations et ses injures, puis elle se ravise tout d'un coup, change de tactique et devient la douceur même. Tellement, que, lorsqu'elle demande sa mise en liberté, le tribunal me commet pour constater une séquestration arbitraire. J'étais presque ébranlé, quand j'ai été remis sur la voie par une scène étrange au sujet d'une paire de bottines qu'elle avait demandées à son mari, claquées d'une certaine façon; et la paire de bottines envoyée ne répondait pas, paraîtrait-il, à l'idéal qu'elle s'en était fait. Là-dessus, il y a eu toute une série de lettres (au moins 40 p.), adressées au président du tribunal et au procureur de la République, où elle fait intervenir la justice dans le choix de ses bottines. Lorsque cette femme avait arrêté son esprit à un certain ordre d'idées, elle le surchauffait à un degré excessif et elle ne quittait un sujet que pour passer à un autre. Evidemment, la vie commune, avec une créature semblable, était impossible.

Avant de quitter l'hystérie, je veux vous indiquer un autre préjugé, c'est que, lorsqu'une jeune fille a donné un certain nombre de signes d'hystérie, le meilleur remède est dans le mariage. C'est vrai quelquefois, mais, le plus souvent, le changement est défavorable et le rôle de maîtresse de maison exagère les dispositions innées.

Le docteur Empereur a vu des cas où le mariage a amené l'anurie et des attaques de nerfs avec mouvements de flexion en charnière, etc. Pour 40 ou 50 observations favorables, il y en a 100 ou 150 où l'hystérie a été exaspérée.

Ce que je vous ai dit de l'hystérie me permet d'être beaucoup plus bref sur l'épilepsie. Vous savez qu'on distingue entre la forme convulsive (attaques de nerfs); le petit mal (vertiges); et le grand mal (coma). Les impulsions morbides, homicides ou incendiaires sont tantôt jointes au petit ou au grand mal, tantôt seules. Dans le petit mal, les vertiges vont toujours en croissant et portent surtout atteinte à l'intelligence; le grand mal est plutôt convulsif. Il y a eu d'ailleurs des épileptiques très distingués, tels que César, Mahomet, Newton.

Rappelez-vous quelle part M. Legrand du Saulle a fait à l'incontinence d'urine dans l'épilepsie.

Il y a presque toujours quelques phénomènes nerveux avant-coureurs. Un individu qui avait été faire son voyage de noces en Suisse, me raconta qu'il avait vu deux fois sa femme remuer son petit doigt spasmodiquement, avec une rapidité vertigineuse. Depuis, elle a 4 ou 5 attaques de vertige par jour, la contraction constante du petit doigt et une incontinence d'urine.

Ce qui fait surtout la difficulté du mariage avec un épileptique, c'est un sentiment légitime de répulsion et de terreur de la part du conjoint. Lorsque la première nuit des noces nous apporte des révélations de ce genre, l'avenir s'assombrit singulièrement; on se voit obligé de fermer sa maison à ses amis, car toutes les craintes sont fondées. La vie d'un de mes collègues des hôpitaux n'a été ainsi qu'une longue suspicion.

Il y a donc là un état particulier qui établit une certaine discordance entre les époux. Mais vous ne pouvez réclamer, au nom de la maladie, la dissolution du mariage. On vous demandera s'il y a danger de mort pour l'un des conjoints. Eh! bien, c'est possible. Un petit garçon épileptique se précipita un jour sur sa sœur, un couteau à la main, et l'ayant manquée, il transperça le canapé. Ordinairement, on ne pense pas tant à faire valoir ce danger que l'état mental, sombre, mélancolique du sujet. Vous devez donc vous demander : « Y a-t-il eu des impulsions ? — De quelle nature ? — Y a-t-il, oui ou non, un danger à craindre? »

Je n'ai que quelques mots au sujet de l'aliénation considérée comme cause de séparation. On a proposé un amendement au code et on a demandé que l'existence de la folie chez le mari ou chez la femme entraînât la dissolution du mariage. Or, c'est une erreur profonde de croire que l'aliénation est une maladie définitive et incurable. Un bâtonnier des avocats, dans une de nos grandes cours d'appel, avait été atteint de paralysie générale. Quatre ans après, je l'entendais plaider brillamment. Rappelez-vous qu'un grand nombre de formes de démence sont curables et je ne crois même pas qu'il y en ait une seule sans exemple de guérison. Sans doute, ce n'est quelquefois qu'une rémittence et il y a récidive; mais la pneumonie ne peut-elle pas aussi récidiver? C'est pourquoi nous ne pouvons, en aucun cas, affirmer l'impossibilité d'une guérison et proclamer la déchéance intellectuelle et définitive d'un homme, et c'est pourquoi aussi, l'aliénation mentale ne peut pas être invoquée, à tous égards, comme cause de séparation de corps.

En résumé, parmi toutes les formes pathologiques que j'ai passées en revue, il n'en est pas une qui ouvre, *de plano* et par elle-même, un droit à la dissolution du mariage, mais seulement par leurs conséquences et par les circonstances qui les accompagnent.

Je termine les questions relatives au mariage par l'action en désaveu de paternité qui est réglée par l'article 312 du Code civil : « L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. — Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le trois centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit par cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme. »

C'est la traduction de la formule du droit romain : « *Is pater est quem nuptiæ demonstrant.* »

Et d'abord, bien que nous n'ayons pas à intervenir pour modifier le Code, la durée qu'il fixe est-elle juste? Fourcroy voudrait qu'on donne les limites 190 et 290. Pourtant, le chiffre de trois cents jours est même un peu court. En effet, il est très difficile de savoir le moment exact de la conception. Nous n'avons d'autres points de repère que la conjonction et l'accouchement. Or, les dernières recherches ont montré qu'il se passe quelquefois trois, cinq et quinze jours avant que les spermatozoïdes arrivent à l'ovule. Mais nous n'avons pas le droit d'en tenir compte. De Villiers a pris pour point de départ la dernière menstruation et il a dressé une statistique de la durée de la gestation qui montre que, dans un grand nombre de cas, le Code a tort. D'après Tarnier, il faudrait ajouter cinq jours de plus à ses chiffres.

D'une part, en Angleterre, sur 40 cas à l'abri de toute contestation, où il ne peut y avoir eu qu'un seul coït, aucun accouchement ne s'est produit après deux cent quatre-vingt-quatorze jours. D'autre part, on cite l'accouchement épouvantable d'une mulâtresse violée au sud des Etats-Unis qui aurait mis au monde, trois cent dix-sept jours après le coït, à la Havane, un enfant de 54 centimètres de long, pesant 5 kil. 300 grammes. L'enfant était donc développé en rapport du temps écoulé et si on avait trouvé son cadavre sur une table d'autopsie, on lui aurait donné au moins un mois de vie extra-utérine. Dans ces cas-là, c'est plutôt par l'état du fœtus que par le temps écoulé qu'on devrait juger.

Une dame, qui était séparée de fait de son mari depuis deux cent quatre-vingt-dix-huit jours, voulant susciter de sa part un désaveu de paternité, j'ai pu, avec du laudanum, retarder l'accouchement jusqu'au trois cent et unième jour après le coït. Elle ne voulait pas que son fils héritât indûment de son mari.

Chez les animaux, où les expériences de ce genre sont faciles à faire, nous trouvons également des différences considérables. Ainsi, la moyenne de la durée de la gestation chez les juments étant de trois cent cinquante jours, on en cite une qui a mis bas au bout de trois cent sept jours et deux qui ont mis bas au bout de trois cent quatre-vingt-quatorze jours.

Éloignement et impossibilité physique de cohabiter, telles sont les deux conditions du désaveu de paternité. C'est à la mère à faire la preuve de la conjonction. Le tribunal n'admet pas d'autres raisons que les précédentes. En dehors de ces circonstances, tant pis pour celui qui a des enfants dont il n'est pas le père. Quant à l'empêchement accidentel, il est très difficile de fournir la preuve absolue de l'impossibilité du coït résultant d'une maladie. On a vu des hommes engendrer dans la dernière nuit de leur vie. C'est ici une question d'espèce absolue.

L'article 314 admet que « l'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari, s'il n'est pas déclaré viable ». Il y a bien peu de circonstances où l'on peut dire, d'une façon certaine, qu'un enfant n'est pas viable. Tarnier en a fait vivre avec la couveuse et la sonde œsophagienne qui venaient au monde dans un état de cachexie effrayant. Il y a, au contraire, une foule de circonstances rendant la vie très improbable. Attendez donc trois ou quatre jours avant de vous prononcer.

Pour l'article 315 qui dit que « la légitimité de l'enfant né trois cents jours après le mariage pourra être contestée, « il faut examiner l'état de développement de l'enfant. A ce sujet, Dubois racontait une histoire assez amusante. Un de ses élèves était venu le trouver un matin, très ennuyé, lui disant qu'une femme avec qui il avait eu certaines liaisons, avait apporté chez lui un enfant dont il serait le père. Dubois s'informa de la date du coït. Il remontait à peine à deux cents jours. Puis il alla voir l'enfant, et, comme il pesait 4 kilos et mesurait 51 centimètres, il enleva de la conscience de son élève le remords d'avoir donné cette progéniture.

En Angleterre, on attache une grande importance à la

couleur des cheveux et aux ressemblances extérieures. Je sais bien que les commères s'écrient devant tous les nouveau-nés : « Oh ! mon Dieu, c'est le portrait de son père. » Je suppose que cette exclamation part d'un bon sentiment; mais, en vérité, jusqu'à trois ou quatre ans, les ressemblances sont bien fugaces.

Certains signes peuvent avoir plus de valeur, ce sont les caractères de race, qui se trouvent du reste très rarement. Vous connaissez tous le nez des Bourbons et les lèvres des Habsbourg. Ce sont aussi certaines difformités : les 6 doigts de la main ou du pied, l'hypospadias, le bec de lièvre, etc., auxquels on peut attacher une importance considérable.

Enfin, une expertise médico-légale, que vous n'aurez pas à faire en France, peut être demandée au sujet des couleurs de races. Ce qu'il est bon de savoir, c'est qu'il arrive parfois qu'une femme quarteronne ou mulâtresse a successivement des enfants qui rappellent le type nègre, blanc, métis, certains caractères s'atténuant plus ou moins.

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES

PAR LES APPAREILS EN ZINC LAMINÉ.

Par M. le docteur V. Raoult-Deslongchamps,
médecin principal de 1re classe en retraite.

I

Maintenir la coaptation exacte des fragments dans les fractures, tel a été ou a dû être le but de tous les chirurgiens qui ont traité de cette sorte de lésion. Ils ont cherché à l'atteindre par des moyens aussi nombreux que variés, par des appareils plus ou moins rationnels, plus ou moins compliqués. En étudiant ces divers modes de traitement, on s'aperçoit bientôt qu'à peu d'exceptions près les chirurgiens, désespérant de pouvoir agir directement sur le foyer de la fracture, sur les extrémités libres du fragment osseux, pour les maintenir dans une position convenable, ont tenté de suppléer à leur impuissance par des *moyens indirects*, soit en immobilisant tout le membre, ou même le corps en totalité, en imposant le décubitus dorsal permanent, en proscrivant tout mouvement, soit en employant l'extension continue au moyen de poids, d'attelles, de liens inextensibles ou élastiques et d'appareils plus ou moins ingénieux, souvent douloureux et presque toujours infidèles.

Ces idées furent généralement admises et se trouvent formulées, dans tous les traités classiques, en préceptes qu'il est inutile de rappeler ici en totalité, dont le principal est : *immobiliser les articulations supérieure et inférieure*; *éviter tout mouvement du membre.* Si ce précepte convient pour beaucoup de fractures, il est inutile, sinon nuisible et irréalisable dans plusieurs autres, par exemple dans les fractures du membre supérieur et même dans celles de la diaphyse du fémur, comme l'expérience me l'a démontré. En général, ces principes *a priori* ont le défaut de favoriser la routine et d'enchaîner toute initiative. Si j'en avais tenu compte, je n'aurais pu réaliser aucun progrès dans le traitement des fractures. Pour inventer mes appareils, il m'a fallu oublier mes livres et faire table rase de tout ce qu'on m'avait enseigné, pour n'avoir plus à m'occuper que des indications à remplir et des meilleurs moyens de les réaliser.

En raison de ces principes, on a été logiquement amené à regarder comme indispensables l'immobilisation et l'inactivité absolue de tout le membre pour les fractures du membre supérieur, et, en plus, pour celles du membre inférieur, le décubitus dorsal permanent pendant toute la durée du traitement, et par suite la presque impossibilité du transport. On sait si ces conditions sont difficiles à remplir, pénibles pour le blessé, quelquefois même dangereuses dans certains cas, par exemple l'obésité, les affections du cœur, etc. Frappé vivement de la gêne produite par l'immobilisation et des multiples inconvénients qu'avait pour les blessés ce séjour prolongé et permanent au lit, je me suis mis à rechercher la cause qui les nécessitait et je l'ai trouvée dans l'imperfection et l'insuffisance des appareils employés jusqu'ici pour immobiliser les fragments.

Le but que j'ai dû d'abord me proposer a donc été la création d'appareils plus efficaces.

La tâche était ardue. Après bien des méditations infructueuses, j'ai eu l'idée de consulter la nature, qui répond presque toujours à qui sait l'interroger sans parti pris. J'ai vu que cette sublime organisatrice employait souvent des procédés divers pour réaliser un même but. Ainsi, pour assurer la rigidité des animaux et leur rendre possible la locomotion, elle les a pourvus d'un squelette résistant sur lequel les parties molles sont fixées. Or, ce squelette est intérieur chez tous les vertébrés et extérieur chez les autres, tels que les insectes, les crustacés, etc.

Dans un membre fracturé, le squelette intérieur fait défaut et le chirurgien ne peut avoir aucune action directe sur lui pour lui rendre sa rigidité. Il était rationnel de songer à le suppléer, à l'imitation de la nature, par un squelette extérieur provisoire, par une sorte de *carapace* s'appliquant exactement sur le membre et pouvant le suivre dans ses retraits et dans ses variations incessantes de volume, condition que ne réalise convenablement aucun des appareils généralement employés.

C'est cet ordre d'idées qui m'a guidé dans l'invention et la confection de mes appareils, et j'ai trouvé dans le zinc laminé, substance à la fois résistante et malléable, un élément éminemment propre à leur construction. Je me suis attaché dans leur création à les faire très simples, pouvant être fabriqués par le chirurgien lui-même ou par l'ouvrier le moins habile et à laisser le principal rôle à l'action fixe et précise de leur mécanisme et la moindre part possible à l'intervention moins uniforme et moins exacte du chirurgien. Une expérience déjà longue, basée sur des centaines d'observations recueillies par moi ou par d'autres praticiens, m'a montré qu'ils réalisaient parfaitement les objectifs suivants que je m'étais proposés :

Supprimer pour le blessé la nécessité du séjour permanent au lit, lui permettre de le quitter immédiatement après l'application de l'appareil ;

Laisser au membre lésé toute latitude de mouvement compatible avec la coaptation parfaite des fragments osseux, de manière qu'il puisse encore rendre des services appréciables ;

Soustraire le patient aux mauvaises influences de l'air confiné des salles des hôpitaux, en le mettant à même de circuler dans les cours et les jardins et de se promener en voiture ;

Enfin, rendre son transport immédiat facile, sans douleur et sans danger, à toutes les distances et par tous les véhicules.

II

Historique de l'invention des appareils en zinc laminé. — La première idée des appareils en zinc laminé appartient au docteur Cambray, grand-père paternel de ma femme, chirurgien militaire sous le premier Empire, démissionnaire après Waterloo, médecin de l'hôpital civil de Cambrai, décédé en 1858. Me trouvant, en 1866, à Cambrai, je trouvai dans sa bibliothèque un carton contenant quelques dessins à peine ébauchés représentant des essais de modèles d'appareils en zinc pour les membres inférieurs. Je n'y fis d'abord que peu d'attention. Ce n'est que plus tard, en les examinant avec plus de soin, que je songeai vaguement que peut-être je pourrais en tirer parti. L'occasion me manquait. Comme on le sait, dans notre carrière de médecin militaire, on est loin d'être toujours employé suivant son désir ou ses aptitudes, et bien qu'en 1861 j'eusse concouru pour la chirurgie, ce n'est qu'en 1871 que j'ai pu avoir un service de blessés.

Enfin, en 1867, j'eus à faire l'intérim du médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, parti en congé. Parmi les blessés qu'il me laissait, se trouvait un soldat atteint de fracture de jambe, datant de huit jours — le membre placé dans le classique appareil de Scultet — et qui, par parenthèse, souffrait beaucoup du talon. La vue de ce blessé réveilla dans mon esprit le souvenir

des dessins du docteur Cambray; je les examinai de nouveau avec attention et je réussis à faire, moitié d'après eux, moitié d'après mes propres inspirations, un patron en papier que je fis exécuter en zinc laminé par un ferblantier. Cet appareil, *modelé sur la forme de la jambe*, fut bien supporté par le blessé, qui vit disparaître sa douleur au talon et finalement guérit parfaitement.

Ce premier essai resta isolé, le retour du médecin en chef m'ayant renvoyé à mon service de vénériens, mais il fut suffisant pour me convaincre des avantages que l'on pourrait retirer de l'emploi de ce genre d'appareils et me faire désirer de le renouveler dès que j'en trouverais l'occasion. Elle se fit longtemps attendre.

Au mois de janvier 1869, je fus appelé de l'hôpital militaire de Lille à celui du Gros-Caillou, à Paris. J'eus encore pour lot le service des vénériens. C'était jouer de malheur!

Certains esprits ont la puissance d'inventer *a priori*, sans avoir sous les yeux l'objet de leurs méditations, sans essais, par le seul et simple effort de leurs réflexions spéculatives. Tel n'est pas le mien. Il lui faut des sujets matériels d'étude, la possibilité d'application et un but pratique immédiats. Aussi ce manque persistant d'occasions d'essais avait fini par me décourager et me faire mettre complètement de côté la question du traitement des fractures. Je m'occupai alors de recueillir des observations et des notes, en vue d'un petit traité pratique des affections vénériennes que les circonstances m'ont empêché d'écrire.

En effet, bientôt éclata la guerre de 1870. J'assistai comme médecin en chef d'ambulance aux batailles de Frœschwiller, de Sedan, d'Orléans, de Coulmiers, de Patay, de Loigne, de Beaugency, du Mans, à presque tous les combats soutenus par l'armée de la Loire, et finalement j'eus à soigner, à l'hôpital sous tentes de Trianon, les militaires blessés au second siège de Paris atteints de pourriture d'hôpital. J'eus l'occasion d'observer des fractures de tout genre. Le champ d'études était aussi vaste qu'on pouvait le désirer; mais, on le concevra sans peine, les circonstances étaient peu favorables pour inventer. L'esprit, pour créer, réclame le loisir et la quiétude morale, conditions qui me faisaient complètement défaut. Je n'avais avec moi ni mes notes, ni mes dessins, et l'élément indispensable, le zinc laminé, me manquait. Je dus donc me borner à employer, malgré leur peu de valeur, les appareils à fracture ordinaires.

Combien ai-je regretté de ne pas avoir à ma disposition mon petit appareil à fracture de jambe que j'avais inventé à Lille, au lieu de ces bandages primitifs à attelles de bois, de ces gouttières informes en fil de fer, qui seuls se trouvaient dans nos maisons! D'autant plus que les nécessités de la lutte et d'une fuite précipitée nous forçaient à évacuer de suite nos blessés, les fracturés comme les autres, sur de mauvaises charrettes de réquisition, à peine garnies de paille, presque toujours en nombre insuffisant. Combien n'ai-je pas amputé de membres qu'avec mes appareils je conserverais aujourd'hui? Le cœur me saigne encore en songeant aux scènes lamentables dont j'ai été témoin, et je ne crois pas me tromper en disant que ces tristes souvenirs ont été pour mon esprit un stimulant efficace, qui m'a fait lutter avec persévérance contre les difficultés de la tâche que j'avais entreprise.

Au mois d'août 1871, je pus reprendre mon ancien poste au Gros-Caillou et, peu de mois après, je fus chargé d'un des services de blessés. L'occasion tant désirée était enfin venue. Je me mis à travailler à la confection d'appareils, tels que je les voyais dans les conceptions encore vagues et confuses de mon esprit. Mes notes et mes dessins, qui, tout imparfaits et incomplets qu'ils fussent, auraient pu me guider, avaient disparu. Je n'avais qu'un souvenir indécis de l'appareil que j'avais fait fabriquer à Lille en 1867. Tout était pour ainsi dire à recommencer. Je ne saurais dire combien j'ai crayonné de papier, avant d'arriver à produire l'appareil de jambe, à peu près le même que j'emploie aujourd'hui.

Sept fracturés de jambe entrèrent dans mon service dans le courant de l'année 1872, et à tous j'appliquai mon appareil, qui me fournit amplement tous les avantages que j'en espérais et qui seront exposés plus loin.

Pour tirer tout le parti possible de ces avantages, j'eus l'idée de faire adapter à un fauteuil-Voltaire ordinaire un système très simple de suspension, qui me permit de faire quitter le lit au blessé, presque immédiatement après la pose de l'appareil.

Plus tard, ayant trouvé, dans les magasins du Gros-Caillou, un tricycle analogue à ceux qu'on emploie aux Invalides pour les paraplégiques, je l'utilisai, après l'avoir muni d'une planchette destinée à supporter la jambe fracturée, pour mes blessés qui purent ainsi se promener dans les cours de l'hôpital, sans le secours d'aucun aide.

Peu de temps après, j'inventai mon appareil à fracture de cuisse et, presque aussitôt, je trouvai l'occasion de l'appliquer. Je vis avec une grande satisfaction qu'il n'était pas inférieur à celui de la jambe.

Vers la fin de l'année 1872, mes essais me parurent assez nombreux et assez concluants pour être livrés à la publicité. Je rédigeai une notice de quelques pages contenant des dessins et indiquant la manière de fabriquer et d'appliquer mes appareils de jambe et de cuisse sous le titre de : *Nouveaux appareils en zinc laminé pour les fractures des membres inférieurs*, que j'envoyai au Conseil de santé des armées. Celui-ci décida son impression dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (fascicules de janvier et février 1873).

Je crois devoir prévenir que, depuis cette époque, j'ai un peu modifié les modèles de ces appareils et leur mode d'application, on trouvera leur forme définitive dans mon livre et dans ce résumé qui les reproduit.

A la même époque, je présentai successivement et le même jour au Conseil de santé et à la Société de chirurgie, sous le patronage de M. le baron Larrey, les trois militaires atteints de fractures des membres inférieurs, que j'avais alors dans mon service, avec les appareils qui servaient ou qui avaient servi à leur traitement. Une fracture de cuisse, guérie sans raccourcissement, datant de quatre-vingt-cinq jours, permettant la marche facile avec une canne; une fracture de jambe à la partie moyenne, datant de soixante jours, si parfaitement guérie qu'il était impossible de reconnaître le siège de la fracture, — la marche était aisée sans bâton; — une autre fracture de jambe datant de trente-six jours. Le sujet bien entendu avait la jambe revêtue de son appareil et marchait avec des béquilles. Amenés en voiture, ces trois blessés purent monter sans trop de peine les deux étages d'escalier du Conseil de santé et de la Société de chirurgie, et on sait si ces derniers sont raides!

Cette présentation, faite après séance à la Société de chirurgie, fut loin de donner le résultat que j'en espérais. Il se faisait tard, on avait hâte de partir. A peine fit-on attention à mes blessés. Un seul membre prit la parole pour dire que les appareils plâtrés étaient supérieurs à tous les autres *depuis les perfectionnements qu'il leur avait apportés.*

Le Conseil de santé, au contraire, fut séduit et, séance tenante, il adressa une demande au ministre de la guerre pour le prier de faire fabriquer, d'après mes indications, un certain nombre d'appareils qui seraient envoyés, pour y être mis à l'essai, dans les hôpitaux du Val-de-Grâce, de Saint-Martin, de Vincennes, de Versailles et de Lyon. Qu'est-il résulté de cette enquête? Je doute qu'elle ait été favorable. En tous cas, je n'en ai pas connu le résultat.

Tout paraissait aller au gré de mes désirs. Je me promettais de me mettre en rapport avec les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris dans le but de vulgariser mes inventions. Déjà, je travaillais à créer des appareils pour les fractures du membre supérieur. Tous ces beaux projets s'en allèrent en fumée. Par suite de considérations administratives, le 7 avril 1873, je dus quitter le Gros-Caillou pour le poste de médecin en chef de l'hôpital provisoire de Jouy-en-Josas, dans la vallée de la Bièvre, où, pendant les trois ans que j'y suis resté, je n'ai eu à soigner que des fiévreux.

Au commencement de l'année 1876, je pus obtenir la place de médecin en chef de l'École de cavalerie de Saumur. Aucune position ne pouvait mieux me convenir pour continuer mes études, car les accidents y sont fréquents et les fractures plus nombreuses que partout ailleurs. Pendant plus de six ans que j'y suis resté, j'ai eu à traiter plus de soixante fractures. Je profitai de ces occasions favorables pour perfectionner encore mes appareils des membres inférieurs et mieux préciser leur mode d'application. J'inventai, successivement et au fur et à mesure des besoins, de nouveaux appareils pour les fractures du bras, du coude, de l'avant-bras, de l'extrémité inférieure du radius et de la rotule.

Autant la création des appareils de cuisse et de jambe m'avait coûté de travail, d'essais et de tâtonnements, autant j'eus peu de peine à produire ceux des membres supérieurs. Dès que je m'étais bien pénétré des indications que la fracture que j'avais sous les yeux présentait à remplir, mon esprit arrivait sans effort, par une espèce d'intuition, à trouver le moyen d'y obéir et mon patron était dessiné de suite, presque sans retouche, sur le papier, puis découpé et exécuté en zinc sous sa forme définitive, aujourd'hui j'ai le cerveau tellement fait à ce travail, qu'il me semble que les difficultés dans le traitement des fractures n'existent plus pour moi et qu'il ne peut se présenter de complications auxquelles je ne sois en état de remédier et d'indications que je ne puisse remplir.

Dans toutes ces fractures, traitées par moi ou par mes aides, dont plusieurs étaient si graves que l'amputation immédiate paraissait être la seule chance de salut, non seulement je n'ai eu à regretter aucun décès, mais tous les sujets ont guéri sans difformité, sans déviation, sans raccourcissement du membre, sans infirmité d'aucune sorte. Tous ont pu assez promptement reprendre leur service, leur travail, ou leurs occupations habituelles.

Les officiers de l'École de cavalerie furent d'abord surpris, puis émerveillés de voir leurs camarades atteints de fracture de jambe pouvoir, sitôt l'appareil appliqué, soulever leur membre cassé, quitter leur lit dès le soir ou le lendemain de l'accident, se tenir assis toute la journée et tous les jours, manger à table avec les autres malades, ne ressentir aucune douleur, avoir une santé générale parfaite et enfin guérir rapidement et d'une manière si remarquable que presque toujours il était impossible de reconnaître, ni à l'œil ni à la main, le siège de la fracture. Aussi leur confiance devint-elle extrême et je crois pouvoir affirmer qu'alors, à l'École de cavalerie, la fracture d'un membre était considérée comme un accident peu sérieux, et que cette croyance n'a pas peu contribué à augmenter la hardiesse et l'audace que montrent nos jeunes gens dans les exercices quelquefois dangereux de l'équitation. Cette impression se trouve exprimée d'une manière plaisante dans un livre intitulé *Souvenirs de Saumur*, dû à la plume d'un officier, professeur à l'École de cavalerie, et paru en 1879.

« Le médecin principal a des appareils merveilleux pour remettre les fractures, ça donne envie de se casser bras et jambes. Vous avez beau vous mettre en morceaux, trente jours après vous marchez comme les camarades. Il y a des bras et des jambes en zinc tout préparés, on n'attend plus que les pratiques. Un maladroit se laisse casser la jambe? Le temps juste de lui essayer un de ces vêtements tout faits et, cinq minutes après, il joue aux échecs avec ses camarades à l'hôpital. Et dire qu'il y a déjà cinquante exemples de ces traitements surprenants et que personne des autres chirurgiens ne veut y croire!... Ça n'est pas dans les livres. »

Eh bien! J'ai voulu que ça soit dans les livres et je me suis mis à en écrire un, publié par J.-B. Baillière, sour ce titre : *Du traitement des fractures des membres, nouvelle méthode au moyen d'appareils en zinc laminé*, par V. Raoult-Deslongchamps (1882, 1 vol. in-8°, avec 54 planches imprimées dans le texte, de VIII-440 pages).

Ce livre, bien qu'honoré de souscriptions par les ministres de la guerre, de la marine et de l'instruction publique, fut loin d'être un succès en librairie. Ces ouvrages spéciaux ne se vendent guère. Il m'a fallu faire à l'éditeur une avance assez considérable dans laquelle je ne rentrerai probablement jamais. C'est le sort assez ordinaire des inventeurs.

Plusieurs journaux de médecine tant nationaux qu'étrangers firent mention de mon ouvrage. Leurs comptes rendus furent, à peu d'exceptions près, défavorables. Les journaux allemands se montrèrent particulièrement hostiles. Cependant des imitations avaient déjà eu lieu dans les pays d'Outre-Rhin : entre-autres, le docteur Schön (de Vienne), avait présenté, à l'exposition de Bruxelles de 1877, des gouttières en zinc qui ne diffèrent que de bien peu de celles figurées en 1873 dans les *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. Elles ne concernent, du reste, que les membres inférieurs, celles du membre supérieur n'étant pas encore inventées par moi à cette époque.

Bien que j'eusse pris la précaution, dans toutes mes observations, de donner le nom, la position, l'adresse de tous les blessés que j'avais traités, on se refusait à admettre la vérité des résultats remarquables que j'avais obtenus, et surtout l'abandon immédiat du lit par les fracturés de la jambe.

Au mois de mai 1882, sans que je l'eusse sollicité, je dus quitter l'École de cavalerie pour le poste de médecin en chef de l'École polytechnique. Je n'avais plus dans cette fonction l'occasion d'appliquer mes appareils. Je résolus alors de tenter de les vulgariser, en les essayant dans les hôpitaux militaires et civils de Paris, mais j'ai le regret de le dire, sauf deux ou trois exceptions, j'ai éprouvé des refus ou un accueil peu bienveillant qui m'ont fait renoncer à ces tentatives désagréables, ne convenant ni à mon âge, ni à ma position.

Cependant toutes restreintes qu'elles aient été, elles n'ont pas été inutiles. Elles ont éveillé l'attention de plusieurs chirurgiens, nationaux ou étrangers, qui suivaient les cliniques et qui, de retour chez eux, ont essayé mes appareils, comme me l'ont prouvé de nombreuses lettres qui m'ont été adressées pour me demander des patrons, des renseignements ou des conseils, me communiquer des observations ou même m'adresser des félicitations enthousiastes. Les chirurgiens de la marine se signalèrent sous ce rapport. C'est ainsi que j'ai appris successivement que mes appareils étaient employés à Bruxelles, à Lille, Rennes, Clermont, Bordeaux, Marseille, Lyon, etc. Je savais déjà qu'il en était de même dans presque toutes les localités des environs de Saumur, Angers, Laval, Loudun, Tours, Niort, etc., où j'avais été appelé à les appliquer, et que quelques chirurgiens distingués de Paris, entre autres, M. Desormeaux, en faisaient usage dans leur clientèle.

D'autres témoignages plus importants encore me sont parvenus. Au mois d'octobre 1884, je recevais un exemplaire magnifiquement relié, avec dédicace très louangeuse, d'une traduction en espagnol de la partie substantielle de mon livre avec planches. L'auteur, M. Silverio Dominguez, m'annonçait, dans une lettre, que l'usage de mes appareils était général dans les hôpitaux de Buenos-Ayres et allait rapidement s'étendre dans toute la Confédération argentine.

En février 1885, une thèse pour le doctorat, avec 16 planches hors texte, *Sur les appareils du docteur Raoult-Deslongchamps*, a été soutenue devant la Faculté de médecine de Lyon par M. le docteur Pellerin, thèse écrite sous l'inspiration de M. Ribard, médecin-major de première classe, qui les avait employés à Saint-Étienne et introduits dans les hôpitaux de Lyon, et jugée digne d'une mention. M. le docteur Polosson, professeur agrégé, qui en a rendu compte dans le *Lyon médical* du 15 mars 1885, compare mes appareils aux bandages plâtrés et pense que les premiers vont détrôner les seconds qui jusqu'alors avaient régné sans partage dans les hôpitaux de Lyon.

Dans sa traduction augmentée de notes, publiée en 1875, M. le docteur Poinsot, professeur agrégé à Bordeaux, n'hésite pas à mettre les appareils en zinc laminé au-dessus de tous les autres.

Par décision du ministre de la marine du 9 février 1886, les appareils à fracture alors en usage sont supprimés et remplacés par les appareils du système Raoult-Deslongchamps qui seront répartis sur tous les bâtiments de la flotte (*Bulletin officiel de la marine*, n° 5, 1886). Il y a une quinzaine de jours, j'ai reçu, de l'amiral Aube, une lettre de remerciements *pour les services que j'ai rendus à son département*.

Depuis plusieurs années, on avait admis, dans la nomenclature du matériel de chirurgie de la guerre du zinc laminé, propre à la fabrication de mes appareils. Aujourd'hui on est disposé à munir tous nos hôpitaux militaires et les caissons d'ambulance de mes appareils préparés d'avance. La décision ministérielle est sur le point de paraître.

Il y a peu de jours que le docteur Le Bec, chirurgien de l'hôpital modèle de Saint-Joseph, à Plaisance, me déclarait qu'après essai, il ne voulait plus employer d'autres appareils à fracture que les miens.

Je pourrais encore citer d'autres preuves de l'extension de l'usage de mes appareils, mais celles-là me semblent suffisantes. Aussi je ne doute pas qu'ils ne deviennent bientôt d'un usage général. Je suis confirmé dans cette idée par ce fait que les critiques ont été formulées par des chirurgiens qui ne les ont pas vus fonctionner, tandis que tous ceux qui les ont essayés s'en sont montrés enthousiastes et ne veulent plus en employer d'autres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 mars 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées ; savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Carette, en remplacement de M. Lacassagne, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au deuxième régiment de tirailleurs algériens ; — Mulot, en remplacement de M. Buffé, retraité ; désigné pour le 48e d'infanterie ; — Camus, en remplacement de M. Biebuyck, retraité ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Gouell, en remplacement de M. Chassagne, retraité ; désigné pour le 38e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Aubertie, en remplacement de M. Richardin, démissionnaire ; maintenu au 48e d'infanterie ; — Stouff, en remplacement de M. Richard, démissionnaire ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Béquin, en remplacement de M. de Valicourt, démissionnaire ; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Daum, en remplacement de M. Carette, promu ; désigné pour le 17e d'infanterie ; — Duhaut, en remplacement de M. Camus, promu ; maintenu au 128e d'infanterie ; — Simon, en remplacement de M. Gouell, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— Par décret, en date du 18 mars 1887, M. Brouardel, membre du comité supérieur de l'instruction publique, est nommé membre de la section permanente dudit conseil, en remplacement de M. Béclard, décédé.

— Par décrets, en date du 18 mars 1887, 1° M. Bonnier, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à l'École normale supérieure, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris ;

2° M. Blarez, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

3° M. Hergott, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accoucheur à la Faculté de médecine de Nancy ;

4° M. Spilmann, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décision ministérielle, en date du 15 mars 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe, Louis, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Delort, pour le 143e d'infanterie ; Foch, pour l'hôpital militaire d'Ajaccio ; Dissaux, pour le 73e d'infanterie ; Blaise, pour le 26e d'artillerie ; Buez, pour l'hôpital d'artillerie de Bordeaux ; Lepage, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Montané, pour le 50e d'infanterie ; Nicaud, pour le 120e d'infanterie ; Millet, pour le 37e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe, Blanchetière, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Sockel, pour le 8e chasseurs à cheval ; Bergounioux, pour le 85e d'infanterie ; Veillon, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Sommeillier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Pierron, pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse ; Levêque, pour le 93e d'infanterie ; Dupeyron, pour le 30e d'infanterie ; Reboud, pour le 42e d'infanterie ; Durand, pour le 144e d'infanterie ; Melnotte, pour le 41e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe, Duvau, pour le 7e cuirassiers ; Hublé, pour le 2e spahis ; Clavelin, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied ; Fasquelle, pour le 30e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe, Jacquin, pour le 3e spahis.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe, Bousson, pour l'hôtel des Invalides ; Worms, pour la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, à Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les vacances de Pâques commenceront le lundi 4 avril 1887 pour se terminer le samedi 16 du même mois inclusivement.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour le majorat de l'Hôtel-Dieu vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Gangolphe.

— La Faculté de médecine de Lyon a conféré 121 diplômes, pendant l'année scolaire 1885-1886. Ces diplômes se répartissent de la manière suivante :

Docteurs en médecine, 42 ; sages-femmes de première classe, 24 ; sages-femmes de deuxième classe, 4 ; pharmaciens de première classe, 15 ; pharmaciens de deuxième classe, 20 ; herboristes de première classe, 12 ; herboristes de deuxième classe, 4.

— M. le professeur Vergely est nommé médecin des épidémies, à Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Métadier, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Jacquemond (de Moutiers) ; Jossic, directeur du service de santé de la marine, en retraite ; Stutkowski (de Kasan) et Zit (de Prague).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchement pour les sages-femmes.

— M. le professeur Guyon commencera son cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 23 mars 1887, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Il traitera cette année des maladies chirurgicales de l'appareil digestif.

— M. le docteur Quinquaud commencera son cours sur les maladies cutanées et syphilitiques, le mercredi 23 mars, à quatre du soir et le continuera les lundis et mercredis à la même heure, les samedis à neuf heures du matin.

Les leçons seront faites à l'hôpital Saint-Louis, amphithéâtre de la Faculté.

— M. le docteur Segond, professeur agrégé, commencera des conférences de médecine opératoire, mercredi prochain 23 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Il traitera des opérations qui se pratiquent sur le tube digestif, le cou et le thorax.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20899

34

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin, dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

72

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

25

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phcn à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

143

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. J. Laroche

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

46

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

21

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissementa, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

68

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 francs.

Phie LIMOUSIN ※, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

N° 36. — JEUDI 24 MARS 1887. 60e ANNÉE JEUDI 24 MARS 1887. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 23 mars 1887.

Nous recevons la lette suivante de notre éminent ami, le docteur Després, chirurgien de la Charité et membre du conseil municipal de Paris :

« Paris, le 22 mars 1887.

Mon cher directeur,

Les journaux viennent de publier que le conseil de surveillance de l'Assistance publique a donné, ces jours-ci, un avis favorable au renvoi des sœurs d'un hôpital d'enfants, l'hôpital Trousseau. Sur les vingt membres dont se compose le conseil de surveillance, sept se sont prononcés pour cette déplorable mesure. C'est assurément sur la proposition de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, que cette décision a été prise, en l'absence de MM. les préfets de la Seine et de police, et de M. le docteur Nicaise, le représentant des chirurgiens au conseil de surveillance, actuellement malade dans le Midi.

Ce nouveau défi, jeté au bon sens public, ne saurait manquer de frapper le gouvernement de qui dépendent en dernier ressort les hôpitaux de Paris, en vertu de la loi de 1849; et il suffirait que M. le ministre de l'intérieur dît « non » pour que le vote du conseil de surveillance fût réduit à sa véritable valeur. Le gouvernement, en effet, ne saurait prêter la main au renvoi des sœurs des hôpitaux civils de Paris, pendant que, d'autre part, il les garde avec tant de soin dans ses hôpitaux de l'armée et de la marine, et dans ses prisons.

Le conseil de surveillance a pu constater, depuis plus de deux ans, le déficit croissant du budget des hôpitaux, déficit avoué de quatre millions, auquel il faut joindre un déficit imminent d'une somme égale, et qui, pour la plus grande partie, sont le fruit du désordre apporté dans les hôpitaux par le renvoi des sœurs; il n'ignore pas qu'on a vendu et qu'il va falloir encore vendre les rentes et les biens des pauvres.

De son côté, M. Peyron sait bien que, dernièrement, quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup, une dame D... célibataire, élève diplomée de l'école d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. Et cependant, M. Peyron, depuis qu'il est directeur, à défaut d'avoir gardé le souvenir de son court passage dans l'externat des hôpitaux, a pu voir que, quand l'on envoie une sœur hospitalière dans un de ces services meurtriers, elle y est rendue dans les vingt-quatre heures.

Je passe sur le reste : mais, en vérité, l'on demeure confondu, quand on songe que de tels avertissements sont perdus pour ceux qui devraient le plus en profiter, et l'on se demande, enfin, jusqu'où peut encore descendre l'administration de l'Assistance publique.

Veuillez agréer, mon cher directeur, mes meilleurs compliments.

Dr Armand Després. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'événement de la séance a été l'élection d'un secrétaire perpétuel, en remplacement du regretté M. Béclard. Deux candidats d'une valeur égale, mais de mérites différents, M. Bergeron et M. Jaccoud, étaient en présence. Quel que dût être le résultat du scrutin, il ne pouvait qu'être bien accueilli. Cependant, disons-le avec sincérité, un secret penchant dirigeait plus particulièrement nos vœux vers l'un d'entre eux, celui qui, de beaucoup plus ancien que l'autre dans l'Académie, d'une assiduité constante à ses séances, toujours prêt à remplir strictement les devoirs que la confiance de ses collègues lui imposait, s'était toujours montré à la hauteur de sa mission dans les rapports ou dans les présentations dont il était chargé, comme dans les honorables fonctions auxquelles des suffrages réitérés l'avaient appelé, comme secrétaire annuel d'abord, fonctions dans lesquelles il a été maintenu pendant six années consécutives, puis comme président, ayant eu maintes fois l'occasion, dans ces situations élevées, de manifester son zèle pour les intérêts de la Compagnie et de révéler, avec un savoir étendu, un jugement sûr et droit, une élocution d'une pureté et d'une élégance parfaites, relevée par un ton de bienveillance et de courtoisie du meilleur goût; celui enfin qui, disposant de plus de temps, pouvait en mettre davantage au service de ses nouvelles fonctions.

C'est celui que l'Académie, divisée en deux camps presque égaux, a définitivement élu après un scrutin dans lequel les deux candidats se sont suivis jusqu'à la fin à un ou deux

bulletins près. Sur 91 votants — l'Académie a rarement voté en aussi grand nombre, — la majorité étant de 46, M. Bergeron a obtenu la majorité stricte, 46 suffrages, M. Jaccoud 44. Il y a eu un bulletin blanc. M. Bergeron a été proclamé secrétaire perpétuel, aux applaudissements d'une partie de l'assemblée.

Après cet émouvant scrutin, la discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales a repris son cours. Deux correspondants de l'Académie, tous deux du métier, par conséquent parfaitement compétents, M. de Ranse, médecin consultant à Néris, et M. Willemin, inspecteur à Vichy, ont pris la parole : M. de Ranse, pour soutenir, des trois systèmes qui ont été proposés, l'inspection locale et individuelle (inspectorat actuel); l'inspection générale ou régionale ; l'inspection locale et collective, le troisième, l'inspection collective, qu'il rattache aux projets de loi dont les Chambres sont saisies sur l'organisation d'une direction de la santé publique ; M. Willemin, plaidant un peu *pro domo sua*, pour défendre le maintien de l'état présent, qui ne mériterait pas, suivant lui, du moins à Vichy, les critiques et les reproches dont il a été l'objet.

On trouvera un résumé de ces deux argumentations dans le compte rendu.

La séance a été terminée par une communication de M. Ball relative au traitement de la phthisie tuberculeuse par les injections hypodermiques d'eucalyptol.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

I. Syphilôme ano-rectal et fistules anales. — II. Abcès de la région fessière consécutif à la fièvre typhoïde.

I. Je voudrais, en commençant cette leçon, vous dire quelques mots du syphilôme ano-rectal ou plutôt de quelques complications de cette affection. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, qui est entré, au mois d'octobre dernier, dans mon service, placé alors sous la direction de M. Bouilly, mon suppléant pendant les vacances, pour un syphilôme ano-rectal. M. Bouilly pratiqua, avec l'écraseur, la rectotomie linéaire postérieure.

L'opération a très bien marché ; les suites opératoires ont été très bonnes ; actuellement le malade va bien ; il présente une large ouverture du rectum ; bref nous n'avons plus qu'à en surveiller avec soin la cicatrisation, en raison de certaines tendances au rétrécissement, que nous devons toujours redouter.

Mais ce n'est pas sur ce point que je veux appeler votre attention, mais bien sur une complication que l'on rencontre fréquemment en pareil cas, c'est-à-dire l'existence de fistules anales, les unes superficielles, ne communiquant pas avec l'intestin, ou borgnes externes ; les autres profondes, s'ouvrant extérieurement au pourtour de l'anus et intérieurement dans l'intestin. Ces dernières, communes chez les sujets atteints de syphilôme ano-rectal, ne pénètrent pas dans l'intestin en un point situé *au-dessus* dudit syphilôme, mais elles s'ouvrent toujours *au-dessous* de la lésion. Leur situation nous démontre ainsi que ce ne sont pas des fistules destinées à rétablir la communication de l'intestin avec l'extérieur, mais bien que ces fistules sont le résultat d'une destruction ulcéreuse ou la conséquence de la formation d'abcès développés dans cette région. Notre malade en est encore une fois la preuve, c'est pourquoi je tenais à profiter de sa présence dans nos salles pour vous en parler.

II. Nous avons maintenant une petite opération à faire chez une malade entrée dans mes salles, il y a neuf jours, pour un cas très intéressant à étudier et vraiment démonstratif.

Cette malade est une jeune fille de seize ans et demi, bien constituée, sans aucune tare morbide, très développée même pour son âge. Elle est entrée se plaignant d'une douleur dans la région fessière droite. L'examen nous a montré une déformation de la fesse de ce côté, produite par une tuméfaction un peu aplatie, située à la paroi antéro-externe et large de 15 centimètres, tuméfaction empâtée, fluctuante, mais d'une fluctuation qui n'est pas bien nette. Lorsque, la malade étant couchée sur le ventre, on lui fait contracter les fesses, cette tuméfaction est plus facilement appréciable et la fluctuation ne disparaît pas, ce qui nous prouve que la tumeur n'est pas sous-jacente au muscle fessier, mais bien en dehors de ce muscle. D'autre part, cette fluctuation n'est pas très évidente, parce qu'elle est sous-aponévrotique, ensuite parce que la région nous présente un pannicule adipeux développé.

Nous sommes donc, en somme, en présence d'un foyer fluctuant de la région fessière antéro-externe sous-aponévrotique et non pas sous-musculaire. Or quand on trouve pareil foyer dans une semblable région, chez un jeune sujet de seize à dix-sept ans environ, il faut en chercher tout d'abord l'origne, savoir s'il provient de quelque lésion plus ou moins voisine, ou bien s'il n'est pas en rapport avec quelque autre collection plus ou moins éloignée, enfin s'il ne se rattache pas à quelque état général, à un état fondamental de la santé, c'est-à-dire s'il n'existe pas quelques lésions osseuses, soit dans le voisinage soit en rapport avec la région malade.

Or, de l'examen auquel nous nous sommes livré, il résulte que les os voisins sont parfaitement sains, qu'il n'existe aucune lésion des os iliaques, du sacrum ni de la colonne vertébrale. De même, à l'auscultation, nous n'avons rien trouvé du côté de la poitrine. De plus, l'aspect général de la malade est très bon. D'où proviendrait donc, dans ces conditions, le développement du foyer fluctuant? D'une chute, d'un coup direct, d'une contusion, qui auraient été mal soignés? Non, les réponses de la malade ont été très nettes à cet égard ; la malade souffre seulement depuis quatre ou cinq semaines, et c'est seulement depuis cette époque que le foyer s'est développé lentement. J'ajoute enfin que l'articulation coxo-fémorale fonctionne très bien et que si la flexion du membre ne peut être portée jusqu'à ce que celui-ci arrive au contact de la poitrine, cela tient seulement à ce que la tension exagérée de la fesse est un peu douloureuse, et cela d'autant plus que les autres mouvements sont très nets.

Serions-nous donc en présence d'un kyste hydatique? Cela n'est pas probable ; s'il en était ainsi, la tumeur serait ronde ou ovale et non aplatie, étalée et mollasse comme ici. De sorte qu'après élimination de tous les diagnostics possibles, nous en arrivons à celui d'abcès. Or nous savons que cette jeune fille a eu, au mois d'août 1885, une fièvre typhoïde d'intensité modérée, avec un mois de maladie et un mois de convalescence, pendant lequel elle a éprouvé des douleurs lombaires assez vives avec sensation de froid, de frisson, qui ont persisté assez longtemps, suivies d'un

commencement de tuméfaction de la région fessière.

D'où nous concluons à l'existence d'un abcès froid de la fesse, malgré l'intégrité du squelette et des viscères, et reconnaissant comme étiologie une fièvre typhoïde antérieure remontant à plus d'une année.

Ces abcès, dont j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas, sont des abcès nécrosiques musculaires, résultant de la transformation scléro-vitreuse des fibres musculaires superficielles sous-aponévrotiques du fessier, transformation qui, dans certains cas, guérissent spontanément, et dans d'autres, au contraire, continuent à se développer et se terminent par la formation d'un foyer purulent.

Quant à la thérapeutique à intervenir, nous ponctionnerons l'abcès pour le vider complètement et nous ferons ensuite des injections d'éther iodoformé.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Méningite tuberculeuse.

Le cas de méningite tuberculeuse, dont est atteint le malade qui va être le sujet de cette leçon, est assez insolite et quelque peu différent de la méningite classique. J'ai pu néanmoins en faire le diagnostic d'emblée, en arrivant au lit de cet homme, d'après l'aspect qu'il présentait, c'est-à-dire d'après sa physionomie, le port de sa tête, son décubitus, d'après tout son ensemble, sa maigreur et son état chétif. Et cependant chez lui le pouls était fréquent et régulier, il y avait du ballonnement du ventre et de la diarrhée.

En effet, le visage était comme extatique, le malade semblait comme regarder derrière son cerveau, ne voyait que les objets subjectifs; son regard était fixe et strabique (un seul œil était dévié en dedans, l'œil gauche).

La tête, portée en arrière, renversée, creusait un trou dans l'oreiller, indiquant un certain degré d'opisthotonos, visible surtout lorsqu'on faisait asseoir le malade. Le corps était émacié, le thorax très amaigri. Toute cette symptomatologie répondait bien à la méningite tuberculeuse; mais, tandis que, vous le savez, dans cette affection, le pouls est ralenti et irrégulier, ici, par contre, nous comptions de 88 à 100 pulsations, toutes parfaitement régulières, et, de plus, la peau était chaude. Bref il y avait de la fièvre, et, comme je l'ai dit tout à l'heure, le ventre était ballonné, il y avait de la diarrhée et de la paralysie de la vessie.

Enfin le début des accidents, remontant seulement à huit jours, permettait de songer aussi à une fièvre typhoïde commençant son second septénaire. C'était même l'opinion qui avait été émise dès le début par le médecin appelé à lui donner des soins.

J'ajoute que, d'autre part, au moment de son arrivée, on eût pu croire à un état d'ivresse, tant le malade trébuchait en marchant et sentait l'alcool. Mais je m'empresse de dire que cette odeur alcoolique tenait à la potion de Todde, qu'on lui avait prescrite avec raison.

Je disais tout à l'heure que la fréquence du pouls et sa régularité n'étaient pas en rapport avec une méningite tuberculeuse, mais bien plutôt avec une dothiénentérie commençante. Cependant la courbe de la température était bien significative d'une affection méningée, d'une phthisie aiguë du cerveau : c'est ainsi qu'à l'arrivée à l'hôpital nous trouvions 38 degrés le matin et 39 le soir; soit une différence d'un degré, ce qui est insolite dans la fièvre typhoïde; le lendemain matin un plateau et 39 degrés le soir (fait également insolite au neuvième jour de la fièvre typhoïde); enfin, le troisième jour, chute brusque à 37°,2 le matin, et le soir élévation brusque à 40°,2, avec un écart de 3 degrés. Une telle courbe rendait le diagnostic facile, car jamais pareilles oscillations ne s'observent dans la fièvre typhoïde; même dans les cas où il se fait des hémorrhagies intestinales, les écarts les plus considérables ne dépassent pas 1 degré ou 1 degré 1/2.

Chez notre malade, la température a été de plus en plus irrégulière, insensée, montant le quatrième jour à plus de 40 degrés. C'étaient là encore les motifs d'un diagnostic absolu, que d'ailleurs l'examen de cet homme et ses antécédents devaient confirmer aussi.

En effet, la maladie avait débuté par des maux de tête intenses et persistants, avec une inaptitude complète au travail, céphalalgie augmentée encore par l'impression de la lumière, par le bruit.

Il avait eu aussi, pendant plusieurs jours, des vomissements, vomissements cérébraux, sans dégoût pour les aliments, survenant en dehors des repas, en dehors de tout état particulier de l'estomac, irrationnels, enfin se produisant dès le moindre changement dans l'attitude du corps.

Je vous citerai brièvement, à ce propos, le cas d'un jeune enfant, né d'une mère scrofuleuse, auprès duquel j'étais appelé un jour pour une indigestion, disait-on; il avait vomi les aliments qu'il avait pris. Je fais une prescription en conséquence. Le lendemain matin on vient me chercher pour une nouvelle indigestion, l'enfant vomissait encore; puis, le soir, pour une troisième indigestion, toujours d'après les dires de la famille, car il s'agissait en réalité d'une méningite. En effet, quelques jours auparavant, l'enfant s'était plaint de maux de tête; il était triste, son caractère était modifié; soit donc, avec les vomissements, les prodromes de la méningite. De plus la peau était chaude. Or cet enfant, que j'ai soigné avec M. Henri Roger, a guéri sous l'influence du traitement par les vésicatoires sur le cuir chevelu, un séton à la nuque, l'iodure de potassium à l'intérieur, ainsi que le calomel à doses fractionnées, après avoir eu les phénomènes les plus graves; mais il a guéri aveugle, par suite de la présence de granulations tuberculeuses au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Les vomissements et le changement de caractère ont, vous le voyez, une très grande importance pour le diagnostic. Mais il est d'autres prodromes également importants à retenir : ainsi l'émaciation, c'est-à-dire les troubles fonctionnels de la vie végétative, qui indiquent qu'il ne s'agit pas seulement d'une maladie locale, mais d'une affection générale, et que le sujet est malade de partout avant de l'être de son cerveau. De plus, rappelez-vous que tout individu adulte qui a des tubercules quelque part en a aussi dans les poumons, tandis qu'il n'en est pas de même chez l'enfant.

En effet, lorsque nous avons examiné les organes de la respiration chez notre malade, nous avons trouvé dans la région sous-clavière gauche de la matité, une diminution du son, une diminution du bruit respiratoire, de la sécheresse, une respiration saccadée. Enfin nous avons découvert une gibbosité anguleuse au niveau de la partie moyenne du dos, due à une scrofulo-tuberculose des vertèbres dorsales; tous signes destinés à confirmer notre diagnostic de méningite tuberculeuse.

Depuis lors cet homme a continué à mourir peu à peu, jusqu'à lundi dernier, où il a définitivement succombé par

épuisement. J'ajoute qu'en pareil cas on meurt quelquefois par la paralysie des pneumo-gastriques, dans l'asphyxie. Donc cet homme est mort très rapidement, dix-sept jours après le début des premiers accidents.

Le tableau schématique de cette affection est rarement réalisé dans la pratique. C'est ainsi que les prodromes ont une durée variable; c'est ainsi qu'à la période d'excitation qui lui succède on a assigné une durée de huit à dix jours; puis survient la période d'oscillations, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; enfin la période de dépression, laquelle durerait de dix à quinze jours.

Bref, on a assigné à l'ensemble de ces diverses périodes une durée de six semaines à deux mois, laquelle, bien souvent, est loin d'être réalisée; témoin le cas dont je vous parle en ce moment. De même nous ne voyons pas toujours non plus ces différentes phases se succéder toutes chez le même malade. En un mot, je le répète, le tableau schématique de la méningite tuberculeuse est souvent en défaut dans la pratique.

Mais il est un phénomène constant dans cette maladie, ce sont les variations du pouls que, dès la fin du siècle dernier, Whitt avait très bien signalées; variations caractérisées par la fréquence du pouls au début, puis ralentissement et irrégularités, puis alternatives de fréquence et de ralentissement, enfin extrême fréquence dans la dernière période.

Ces variations s'expliquent très bien : 1° la fréquence au début, par l'apparition de la méningite à l'état aigu, fébrile; 2° le ralentissement et les irrégularités consécutives, dus à ce que la maladie commence à offenser les pneumo-gastriques, les irritant et les troublant dans leurs fonctions en même temps qu'il y a phlegmasie. En un mot, ces phénomènes du pouls s'expliquent physiologiquement et anatomopathologiquement.

Mais pourquoi, dira-t-on, cette fréquence du pouls parfois extrême, insensée, portée à 120, 140, 160 pulsations et régulières après un ralentissement notable? Parce que, à un moment donné, les pneumo-gastriques sont supprimés, comme sectionnés.

En résumé, notre malade a présenté une période de ralentissement du pouls, période qui a été de très courte durée, en raison même de l'évolution extrêmement rapide de la méningite tuberculeuse chez lui.

J'ajoute, en terminant, que le malade atteint de méningite meurt lamentablement. On peut dire de lui qu'il est un décapité vivant; en effet, son cerveau est supprimé, et il ne vit plus que par son bulbe et par sa moelle. Son cerveau est supprimé au point de vue de la conscience et de la sensibilité. Le malade ne perçoit plus les objets d'alentour, sa vue est perdue, tandis que l'ouïe est encore en partie conservée. Mais il ne pense plus; les phénomènes de la conscience sont nuls et sa volonté est abolie. Néanmoins il vit, parce que son nœud vital n'est pas touché.

LE BRUIT DE GALOP DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR

Par MM. les docteurs Cuffer et Barbillon.

1° Il y a lieu d'établir, pour les différents bruits de galop cardiaque, une classification plus complète que celle qui a été adoptée jusqu'à présent.

2° Parmi les bruits de galop, les uns sont *diastoliques*, les autres *mésosystoliques*, suivant le siège qu'occupe, dans la révolution cardiaque, le bruit surajouté.

3° Les bruits de galop diastoliques sont eux-mêmes de deux ordres : le galop diastolique gauche et le galop diastolique droit. (Potain.)

4° Le galop diastolique gauche peut être *permanent* ou *passager*. Dans l'un ou l'autre de ces cas, il répond à une pathogénie différente.

5° Le galop diastolique gauche permanent répond à une hypertrophie du ventricule gauche, que cette hypertrophie soit consécutive à une influence réflexe partie du rein primitivement malade (néphrite interstitielle de Potain), ou qu'elle résulte d'une augmentation permanente de la tension artérielle produite par la néphrite chronique, ou l'artério-sclérose généralisée (Peter).

6° Ses caractères ont été établis par M. Potain. Le bruit surajouté est présystolique : c'est un bruit de tension diastolique. Pour M. Peter, au contraire, c'est un bruit produit par la contraction anticipée du ventricule droit.

7° On peut, suivant que le bruit surajouté se rapproche plus ou moins, ou s'éloigne du bruit systolique, tirer quelque déduction pronostique de l'état du myocarde. Lorsque le bruit de galop est tel que le bruit surajouté se rapproche beaucoup du premier bruit normal du cœur, c'est l'indice d'une hypertrophie concentrique sans dilatation du cœur; d'où pronostic plus favorable. Lorsque, au contraire, le bruit surajouté tend à s'éloigner du premier bruit pour se rapprocher du deuxième bruit de la révolution cardiaque précédente, c'est l'indice d'une dilatation du cœur; le pronostic est alors plus sombre. On peut donc ainsi juger le degré de résistance vitale que peut offrir le cœur dans ces diverses circonstances.

8° Le galop diastolique gauche passager peut survenir dans les affections aiguës du rein ou dans les poussées aiguës d'affections chroniques (congestion rénale, néphrites aiguës, néphrites chroniques torpides à épisodes aigus). Il s'agit alors vraisemblablement non plus d'une hypertrophie cardiaque, qui n'aurait pas le temps de s'établir, mais d'un état spasmodique du système cardio-artériel, d'où résulte une augmentation passagère de la tension sanguine.

9° Le galop diastolique droit, étudié par M. Potain, serait produit par une action réflexe, dont le point de départ existerait dans une affection gastrique, hépatique ou intestinale.

10° Le bruit de galop mésosystolique se traduit par l'adjonction, au premier bruit normal du cœur, d'un bruit surajouté occupant le petit silence.

11° On peut trouver tous les intermédiaires entre le simple prolongement du premier temps cardiaque et le redoublement le plus nettement accentué de ce temps.

12° Il est l'indice de l'insuffisance de la systole cardiaque, tantôt paresseuse et traînante, tantôt s'y reprenant à deux fois pour débarrasser le ventricule du sang qu'il contient. Les tracés cardiographiques démontrent la réalité de cette interprétation.

13° MM. Cuffer et Barbillon ont rencontré cette variété de bruit de galop, chez un certain nombre de typhiques : dans un cas d'asystolie par gêne mécanique du cœur, dans un cas de granulie avec cachexie, anasarque et faiblesse extrême du pouls. On est exposé à les rencontrer dans tous les états où le cœur fléchit, par suite d'une altération plus ou moins profonde de ses parois (myocardite, dégénérescence, nutrition insuffisante, etc.), que cette altération soit primitive ou qu'elle soit le résultat d'une affection générale de l'organisme.

En résumé : le galop diastolique droit ou gauche est un bruit d'hyperesthénie cardiaque avec forte tension artérielle; le galop mésosystolique est un bruit d'hyposthénie cardiaque avec faible tension artérielle. (*Archives générales de médecine.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, adressant un rapport de M. le docteur Gonguenheim sur l'ensei-

gnement de la laryngologie et de la rhinologie à l'Université de Vienne;

2° Une lettre du même ministre transmettant à l'Académie la statistique médicale de l'armée belge pendant l'année 1885.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Hanriot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, qui se porte candidat dans la section de physique et chimie médicales;

2° Une lettre de M. le docteur Brame, qui se porte candidat pour la même section;

3° Une lettre de M. le docteur Azam (de Bordeaux), qui se porte candidat pour la place d'associé national, vacante par suite du décès de M. Leudet;

4° Un travail de M. le docteur Debout (d'Estrées) intitulé : *Nouveaux faits de goutte parotidienne.*

LECTURE

Greffe animale. — M. DUBOUQUET-LABOUDERIE, en son nom et celui de M. le docteur **BARATOUX**, donne lecture d'un travail intitulé : *Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse* (renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Mathias Duval et Polaillon).

ÉLECTION DU SECRÉTAIRE PERPÉTUEL.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire perpétuel en remplacement de M. Béclard.

Les deux candidats inscrits sont MM. Bergeron et Jaccoud.

Le nombre de membres votants est de 91, majorité 46.

Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

M. Bergeron obtient. . . . . 46 suffrages
M. Jaccoud. . . . . 44 —
Bulletin blanc 1

En conséquence M. Bergeron est proclamé secrétaire perpétuel. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le président de la République.

M. BERGERON remercie l'Académie et s'engage à consacrer désormais tout ce qui lui reste de force et de zèle à l'accomplissement de ses nouvelles fonctions.

L'Académie reprend la discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales. La parole est à M. de Ranse.

DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

M. DE RANSE, pendant près de quinze années d'exercice dans une station thermale, a pu suivre dans ses divers détails la question de l'inspectorat, et cette longue expérience lui paraît justifier son intervention dans le débat actuel.

Il constate d'abord qu'on est généralement d'accord sur deux points : la surveillance par l'État des établissements thermaux, et l'attribution de cette surveillance à des médecins, seuls vraiment compétents en la matière. Les divergences ne commencent que sur la question de savoir comment cette surveillance devra s'exercer.

Trois systèmes sont en présence :

1° L'inspection locale et individuelle (inspectorat actuel);

2° L'inspection générale ou régionale;

3° L'inspection locale et collective.

La commission de l'Académie a adopté le premier système; M. Rochard, rapporteur de la commission extra-parlementaire chargée d'étudier la revision de la législation sur les Eaux minérales, a défendu le second; M. de Ranse vient exposer les avantages du troisième.

Il fait connaître d'abord la manière dont il comprend l'organisation et le fonctionnement de l'inspection collective, qu'il rattache aux deux projets de loi dont la Chambre des députés est saisie sur l'organisation d'une *Direction de la santé publique*, projets émanés, l'un de l'initiative parlementaire (M. Siegfried et un grand nombre de ses collègues), l'autre du gouvernement (ministère du commerce).

Dans toute station thermale possédant un nombre suffisant de docteurs en médecine, il serait institué une commission médicale, composée, suivant ce même nombre de médecins, de 3, 5 ou 7 membres, élus par leurs confrères.

Seraient éligibles tous les docteurs en médecine exerçant dans la station depuis au moins cinq années.

Seraient électeurs tous les docteurs en médecine exerçant dans la même station depuis deux ans.

La commission serait renouvelée tous les trois ans. Les membres sortants seraient rééligibles.

La commission nommerait un président qui la représenterait dans ses rapports avec l'administration, le public, les propriétaires ou fermiers des eaux, et un secrétaire chargé de consigner sur un registre les procès-verbaux de toutes ses délibérations.

La commission médicale joindrait, aux fonctions actuellement exercées par les médecins inspecteurs, la police sanitaire de la station au point de vue de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

Dans la préparation de la loi sur une Direction de la santé publique, les commissions médicales des Eaux minérales devront prendre rang à côté des commissions régionales d'hygiène publique, dont l'institution figure dans les deux projets de loi rapportés plus haut.

Dans les stations de second ordre, où l'institution d'une commission médicale de trois membres serait impossible, le ministre compétent, sur la présentation du Conseil supérieur de la santé publique, désignerait le médecin qui aurait à remplir les fonctions conférées, dans les autres stations, au président de la commission médicale.

M. de Ranse fait remarquer que les commissions médicales qui précèdent, diffèrent complètement de l'ancienne commission médicale d'Aix, et échappent ainsi aux critiques dont cette dernière a été l'objet.

Il établit ensuite un parallèle entre les trois systèmes en présence, en étudiant comparativement comment ils répondent aux intérêts divers qu'il s'agit de sauvegarder et qu'il range dans l'ordre suivant :

1° Intérêts des malades, ou d'une manière générale de la santé publique;

2° Intérêts scientifiques;

3° Intérêts professionnels;

4° Intérêts administratifs;

5° Intérêts des stations thermales;

6° Intérêts économiques et organisation.

Il examine sous ces différents rapports et discute les avantages et les desiderata de chaque système. En ce qui concerne les intérêts des malades ou de la santé publique, il montre l'impuissance de l'inspection individuelle à remplir son mandat, impuissance indépendante de l'activité ou du bon vouloir de l'inspecteur, et tenant surtout à l'isolement de ce dernier en face des compagnies fermières ou des concessionnaires, à la multiplicité de ses attributions, à la difficulté de suffire également à toutes. L'inspection collective, en agissant au nom de tous les médecins de la station, qui lui donnent plus ou moins immédiatement leur concours, pèse d'un poids plus considérable sur les projets et les décisions des compagnies fermières, répartit entre chacun de ses membres les fonctions qui lui reviennent et, tout en allégeant la part de chacun, assure un fonctionnement plus régulier et plus complet de chaque service. Elle peut, en outre, remplir une attribution nouvelle, d'une importance capitale, et qu'il serait impossible de conférer à un inspecteur seul : la police sanitaire de la station thermale.

M. de Ranse poursuit, sous les autres rapports, cet examen comparatif et pour terminer :

« En résumé, Messieurs, dit-il, à quelque point de vue que l'on se place, que l'on envisage les intérêts primordiaux des malades ou de la santé publique en général, ceux de la science, de la profession, de l'administration, ceux des stations thermales, ou qu'on se préoccupe du côté économique qui doit présider à toute organisation, l'inspection collective se montre supérieure à l'inspection individuelle et à l'inspection régionale. Elle constitue, si je ne me trompe, le système que nos savants collègues MM. Brouardel et

Proust, si compétents en la matière, ont proposé à votre commission, et sur lequel M. le rapporteur me semble avoir glissé légèrement. J'espère donc qu'elle trouvera quelque appui au sein de l'Académie, et si elle devait avoir la bonne fortune de rallier la majorité des suffrages, j'aurais à vous soumettre une série de propositions en réponse à la demande de M. le ministre du commerce et de l'industrie.

M. WILLEMIN. Après avoir entendu les attaques aussi courtoises que possible de M. Rochard, je ne puis pas ne pas donner quelques explications.

Pourquoi, dit M. Rochard, donner à quelques médecins un privilège qui les désigne à l'attention du public? Je laisse provisoirement de côté la question de la surveillance de l'établissement thermal et des rapports qui incombent aux inspecteurs : j'examine la partie la plus sérieuse de leur tâche, le traitement des malades auxquels est accordée la gratuité. Or ce nombre, a rappelé M. Rochard, est de plus de 2000 pour Vichy; comment veut-on que l'inspecteur y suffise?

Ma réponse est bien simple. L'inspecteur n'a pas à les traiter seul, pour la bonne raison qu'au lieu d'un inspecteur, il y en a quatre à Vichy, en comptant les trois adjoints. Quant à ce chiffre de 2000, voici comment il se décompose.

Il faut d'abord en retirer près de la moitié qui comprend les habitants de Vichy.

Puis viennent les indigents hospitalisés représentés pour les quatre dernières années par les chiffres 576, 623, 606, 578. Plus une centaine d'indigents libres. Restent deux catégories : l'une formée des ecclésiastiques, de sœurs de différents ordres et instituteurs, se composant d'environ cinq cents malades.

Voici maintenant comment se fait le service.

D'abord pour les habitants de Vichy, la plupart non malades, au nombre d'un millier, l'un des adjoints leur prescrit le nombre de bains qu'ils viennent réclamer.

Pour les hospitalisés, ils sont répartis entre différentes salles. Deux de mes collègues et moi nous avons à traiter ensemble une centaine de malades.

Les cent trente autorisés représentent le lot de notre plus jeune collègue. Restent les cinq cents ecclésiastiques et congréganistes desquels je suis chargé, tâche qui serait au-dessus de mes forces, d'après la commission extra-parlementaire. Ce chiffre de cinq cents gratuits, qui paraît formidable, ne l'est guère, un grand nombre de ces malades ayant vu, avant de venir chez moi, un autre médecin, et me présentant une prescription que je n'ai qu'à transcrire sur un billet officiel. Bon nombre d'autres, venus bien des fois déjà à Vichy, n'ont qu'à me rappeler le traitement qu'ils ont déjà suivi. Il ne reste en définitive qu'une centaine de malades qui me consultent pendant la durée de la saison.

Si les choses se passent ainsi dans notre station thermale, la plus fréquentée, il est bien permis d'inférer que pour les autres la difficulté est moindre encore. Je le demande maintenant, que reste-t-il de toutes les accusations portées de ce chef contre les médecins inspecteurs?

Quant aux fonctions administratives, surveillance de l'établissement thermal, j'avoue n'avoir pas rencontré de difficultés sérieuses. Le directeur s'est toujours empressé de faire droit aux demandes que je lui adressais dans l'intérêt des malades.

Pour les rapports de fin de saison, qu'ils laissent à désirer, je l'admets; là il y aurait sans doute des modifications à introduire. Il ne m'appartient pas de les indiquer.

Il ne m'appartient pas davantage de donner mon avis sur les quatre inspecteurs généraux ou régionaux proposés par la commission extra-parlementaire. Je ne sais s'ils seront d'une grande utilité pratique; ce qui est très probable, c'est que l'administration ne se souciera pas de grever un budget déjà obéré.

La suite de la discussion est renvoyée à huitaine.

COMMUNICATION

Traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol. — M. BALL. Au mois de février 1886, j'ai commencé dans mon service, à l'hôpital Laënnec, à la prière de M. le docteur Roussel (de Genève), quelques recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol. Une courte note à ce sujet a déjà paru dans la *Gazette des hôpitaux;* un pli cacheté relatif à cette question a été déposé par M. Roussel, au mois de novembre dernier.

Avant de communiquer à l'Académie les résultats observés, j'aurais désiré pouvoir continuer plus longtemps ces études. Mais une controverse très vive s'étant élevée à cet égard, je me vois forcé de présenter une communication que je crois prématurée, dans le but d'établir des droits de priorité qui me paraissent incontestables.

Vingt et un individus ont été soumis à ce traitement. Sur ce nombre six sont morts; dix ont pu quitter l'hôpital dans un état d'amélioration apparente et ont pu reprendre leurs travaux; cinq autres sont encore présents dans les salles.

Parmi ces derniers, il en est un qui, après avoir présenté, dans ses matières expectorées, des bacilles tuberculeux, au mois de mai 1886, a cessé d'en offrir depuis le mois d'octobre de la même année.

D'une manière générale il nous a paru que ce médicament agissait surtout sur les phénomènes septiques de la phthisie. Cessation des sueurs nocturnes et de la diarrhée, diminution de l'expectoration et de la fièvre, tels sont les principaux résultats observés chez les malades auxquels ce traitement a paru favorable. Une amélioration sensible de l'état général et de l'appétit suivent de près.

Ces recherches seront continuées et les résultats en seront communiqués à l'Académie, avec les conclusions qu'ils comporteront.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande la parole. Mais l'Académie devant se former en comité secret, sur l'invitation de M. le président, M. Dujardin-Beaumetz remet à la séance prochaine les quelques reflexions qu'il se propose de présenter.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mars 1887, ont été nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Perrolaz, Béranger, Sigaud, Cros, Bouillet, Bordas, Artigues, Limbo, Cottin, Pitavy, Fauverteix, Perdigou, Dauvé, Savard, Gendre, Castex, Chapuis, Cadène, Larrivé et Ribes.

— Par décision ministérielle, en date du 21 mars 1887, ont été désignés :

M. Foch, médecin-major de première classe; pour l'hôpital militaire de Versailles. — M. Cassedebat, médecin-major de deuxième classe; pour l'hôpital militaire d'Ajaccio.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Pérochaud est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Olive, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Frière, médecin en chef de l'asile de Clermont, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Cadillac, par permutation avec M. le docteur Camuset, qui passe médecin en chef à Clermont.

— Nous sommes invités à porter à la connaissance de nos lecteurs l'avis suivant : Le délai de la remise des Mémoires pour les concours des prix de l'Académie de médecine, de 1887, expire le 30 avril 1887.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gratien Epron (de Château-Thierry), Fontant (de Niort), Achille Simon (de Ribérac).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20915

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Syphilides tertiaires.

I

Je profiterai de ce que notre service regorge en ce moment de malades atteints de syphilides tertiaires pour entreprendre devant vous l'étude de ces lésions à la fois des plus fréquentes et d'une haute importance.

Ce serait une erreur de croire que les manifestations cutanées de la syphilis peuvent se présenter à tous les âges de cette maladie. Elles sont soumises, au contraire, dans leur apparition, à une certaine méthode, et tandis que les unes sont, pour ainsi dire, précoces, les autres sont tardives, apparaissant à une époque reculée, se trouvant à l'arrière-garde.

A la fin du deuxième semestre scolaire de l'année 1885-1886, je vous ai fait l'histoire des syphilides secondaires, dont les caractères particuliers peuvent être représentés par les quatre attributs suivants : 1° ce sont des dermatoses superficielles, bénignes, résolutives et spontanément résolutives; 2° elles sont profuses, disséminées, voire même généralisées dans la plupart des cas; 3° elles sont polymorphes, c'est-à-dire composées d'éléments éruptifs différents; 4° enfin, les éléments éruptifs de ces syphilides sont disséminés au hasard, sans méthode, sans coordination réciproque.

Mais il n'en est plus ainsi des syphilides tertiaires, lesquelles présentent les caractères suivants : 1° ce sont généralement des éruptions circonscrites; 2° elles sont profondes et presque toujours ulcéreuses; 3° elles sont toujours impor tantes comme lésions et souvent graves; 4° leur marche est chronique; 5° elles sont monomorphes; 6° ce sont des lésions méthodiques.

Tels sont les six attributs qui caractérisent les syphilides tertiaires et que nous allons passer successivement en revue.

1° Ce sont des lésions circonscrites, c'est-à-dire limitées à une étendue restreinte de la peau, à un département circonscrit dans la plupart des cas;

2° Elles sont profondes et presque toujours ulcéreuses, c'est-à-dire intéressant les tissus dans leur profondeur;

3° Elles sont toujours importantes par leur profondeur et souvent graves, de même que les syphilides secondaires sont bénignes par leur superficialité;

4° Elles sont chroniques et leur durée peut être de plusieurs années, si on les abandonne à elles-mêmes;

5° Elles sont monomorphes, en ce sens que les divers éléments éruptifs qui les constituent sont semblables à eux-mêmes, à l'inverse des syphilides secondaires qui sont polymorphes;

6° Elles sont méthodiques, c'est-à-dire qu'elles sont soumises à une véritable discipline éruptive; ainsi elles sont groupées en bouquets ou bien elles sont annulaires ou le plus souvent demi-cerclées, obéissant ainsi à trois formes types.

Tels sont les caractères des syphilides tertiaires qui forment un véritable contraste avec les syphilides secondaires.

Elles ont reçu un certain nombre de dénominations : tuberculeuses, tuberculo-papuleuses, serpigineuses, etc.; mais elles sont surtout connues sous le nom de syphilides gommeuses. Ce sont de petites tumeurs enchâssées dans la peau, solides, pleines, organisées, de structure identique à celle des gommes, consistant en une prolifération cellulaire, non stables, c'est-à-dire qu'elles sont soumises à une dégénérescence aboutissant, soit à l'atrophie interstitielle, soit au ramollissement et à l'ulcération.

Les syphilides tertiaires peuvent être divisées en deux grandes catégories : les syphilides gommeuses sèches et les syphilides gommeuses ulcératives.

1° Les syphilides gommeuses *sèches* sont constituées par des nodosités solides, intracutanées, se terminant par résorption interstitielle avec cicatrice à leur surface, mais sans jamais s'ulcérer, nodosités hémisphériques, pisiformes, enchâssées dans la peau qui forme un léger relief tout autour, de volume variant depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette, mais le plus ordinairement grosses comme des petits pois.

Leur surface est rouge, d'un rouge particulier, sombre, non inflammatoire, luisant, vernissé, l'épiderme parfois est fendillé, formant de petites squames. Elles diffèrent des papules secondaires par leur volume plus considérable, leur forme globuleuse, leur dureté, leur résistance.

Pendant longtemps elles peuvent rester dans le même état, même pendant plusieurs années, puis elles se modi-

fient peu à peu, diminuent de volume, et disparaissent, guérissant avec perte de substance de la façon suivante : ainsi la lésion atteint-elle le nez, celui-ci devient ratatiné, criblé de cicatrices comme à la suite de plaies, en un mot, il y a atrophie interstitielle avec cicatrices.

Cette forme peut se présenter sous deux aspects : 1° la lésion est disséminée sur la figure, sur le tronc, sur les membres, la chose est rare et sert pour ainsi dire de transition entre la période secondaire et la période tertiaire; 2° mais bien plus souvent le caractère des syphilides gommeuses est de se grouper, de se circonscrire à certain département cutané (à un seul le plus fréquemment), et elle affecte alors l'une des trois modalités : 1° en groupe; 2° cerclée; 3° annulaire; 4° hémicerclée; 5° en grappe de raisin quelquefois; 6° enfin, plus souvent encore elle évolue par une série de zones excentriques se succédant au fur et à mesure que la plus centrale tend à se résorber.

Le siège de prédilection de ces syphilides est le visage et, dans le visage, plus particulièrement par ordre de fréquence, le nez, puis le front en quelques points, c'est-à-dire au niveau des sourcils et de l'insertion des cheveux, puis les lèvres; enfin le dos, la région deltoïdienne, l'avant-bras, le cou, la face dorsale des mains.

2° Les syphilides gommeuses ulcératives constituent le type tertiaire par excellence. Elles sont toujours tardives et apparaissent généralement après la troisième année et à tous les âges de la syphilis après cette troisième année.

Elles débutent par la forme sèche, c'est-à-dire par des nodosités intracutanées. Leur siège de prédilection est à peu près le même (visage, nez, lèvres, oreilles, etc.) Elles affectent la forme circinée. Bref, elles sont la continuation de la forme sèche jusqu'au moment où, après un certain temps, elle présente des accidents typiques. En effet, les nodosités pleines se ramollissent, deviennent presque fluctuantes, s'érodent, se fissurent, se crevassent, s'ulcèrent et alors l'ulcération gommeuse est constituée. Elle se recouvre bientôt d'une croûte, légère d'abord, puis plus épaisse, de sorte que, dans un grand nombre de cas, la syphilide devient crustacée.

Au bout d'un certain temps la lésion grandit, s'élargit par infiltration excentrique, ses bords se surélèvent et les nouveaux nodules périphériques s'ulcèrent à leur tour. C'est ainsi que l'ulcération gommeuse, grande d'abord comme une pièce de 50 centimes, en arrive à acquérir peu à peu, par une série d'infiltrations, la largeur de la main et plus même dans certains cas.

Après avoir atteint certaines dimensions, elle présente deux aspects à considérer : la croûte et l'ulcération.

1° La croûte est foncée, jaune verdâtre ou vert brun foncé parfois, même noirâtre et noire, si un peu de sang s'est écoulé; elle est compacte, résistante, dure, inégale, convexe, souvent ostréacée, rocailleuse, enchâssée sous la peau, d'où sa persistance, et formée par une série de stratifications croûteuses successives. Son épaisseur varie suivant l'âge de la lésion de 2 à 1 millimètre.

2° L'ulcération. — L'ulcération gommeuse que l'on aperçoit lorsque, à l'aide de cataplasmes, on a fait tomber la croûte qui la recouvrait, rappelle celle des gommes proprement dites, trait pour trait. Elle est le plus souvent arrondie, circinée, profonde, entamant plus ou moins profondément le derme et quelquefois tout le derme. Elle paraît même plus profonde qu'elle l'est réellement, en raison de l'exhaussement des bords. Elle est nettement entaillée comme à l'emporte-pièce, avec des bords taillés à pic, durs, infiltrés et par suite résistants. Le fond est grisâtre, lardacé, à caractères tourbillonneux, sécrétant un pus jaunâtre, mal lié, fétide, parfois même sanieux, ichoreux.

L'éruption est parfois unique, il n'existe qu'une seule syphilide gommeuse; mais le plus souvent elle est multiple. L'étendue en est variable suivant les cas, limitée ou considérable. Mais elle ne s'accompagne jamais de troubles fonctionnels, jamais de douleurs, que la lésion soit sèche ou ulcéreuse, à moins de complications incidentes.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Ovariotomie double; un des kystes enlevé par la région lombaire, l'autre par le devant de l'abdomen; adhérences totales; guérison.

Augustine W..., trente-deux ans, a vu, il y a quatre ans, une tumeur se former dans la fosse iliaque gauche. Cette masse grossit peu à peu, jusqu'à remplir le bas-ventre, sans jamais déterminer de symptômes de péritonite. Dans le commencement, les règles avançaient et duraient une huitaine de jours, depuis, elles se sont régularisées. La malade n'a jamais eu d'enfant, ni de fausses couches. État général très bon.

État local. Le ventre est modérément développé. Dans la fosse iliaque gauche est une tumeur, qui remonte jusqu'à une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque. La fosse iliaque droite est remplie par la tumeur. Partout une fluctuation nette; au toucher vaginal on sent le cul-de-sac droit repoussé par une tumeur fluctuante. L'utérus est allongé, il paraît mobile, mais les mouvements communiqués à la tumeur retentissent sur lui.

Dans l'hypocondre droit est une autre tumeur fluctuante, de forme assez régulière, descendant vers la fosse iliaque droite, et se rapprochant de la tumeur du bassin. En mettant les mains sur la région lombaire et le ventre, on sent que la tumeur s'enfonce vers la région rénale. En élevant le bassin, on sent un sillon de séparation très net entre les deux tumeurs. En mettant la malade dans la position génu-pectorale, la région lombaire ne se vide pas.

Je crus d'abord à un prolongement kystique de la tumeur ovarique. J'abandonnai cette idée, qui était la vraie, parce que cette seconde tumeur était très haute, fixée sous le foie, occupant la région rénale, et qu'elle avait l'aspect d'une tumeur du rein. Les urines contenaient un léger trouble albumineux, et je m'arrêtai à l'idée d'une hydronéphrose, par compression de l'uretère par le kyste de l'ovaire, ce qui était une erreur.

Ovariotomie le 23 novembre 1886. La malade étant endormie, je fais une incision allant de l'ombilic au pubis. J'atteins le plus rapidement possible le péritoine, en mettant des pinces sur tous les vaisseaux.

Je trouve d'abord l'épiploon qui est étalé à la face antérieure de la tumeur, et que je répare lentement, car il est très adhérent. Le kyste est découvert. Une ponction est faite, et donne issue à un litre environ de liquide épais, jaunâtre, comme purulent. En enfonçant le trocart, je remarque que la paroi traversée offre une grande résistance.

Le kyste attiré a peu diminué de volume et surtout est très peu mobile. Il est adhérent à une anse d'intestin grêle. Ces adhérences sont molles et se séparent avec l'ongle et une spatule.

Du côté gauche se trouvent de solides adhérences, allant à la fosse iliaque, formées par des trousseaux fibreux épars, durs. Je les sectionne lentement, et arrivé à une certaine profondeur, je m'aperçois que la trompe est au milieu d'elles, et fusionnée avec la paroi kystique. Je la coupe, ainsi que le ligament large gauche, dans lequel je saisis l'artère utéro-ovarienne.

Continuant à décoller les adhérences, je trouve à nu l'artère et

la veine iliaques, dont je m'écarte avec soin, mais il ne m'est pas encore possible de descendre plus bas où tout est adhérent.

Je me porte à droite où je reconnais nettement l'extrémité inférieure de la tumeur rénale qui vient presque jusqu'au contact du kyste ovarique. Cette tumeur est sous-péritonéale, elle s'enfonce dans l'hypocondre. Elle est bosselée et présente des parties dures et d'autres fluctuantes. Ayant ainsi vérifié l'exactitude de mon diagnostic, je m'écarte de cette tumeur que je n'ai pas l'intention d'enlever par la voie péritonéale.

Cette tumeur rénale, probablement une hydronéphrose, est reliée au kyste de l'ovaire par des adhérences vasculaires, qui sont sectionnées et les vaisseaux liés. Au milieu est un cordon fibreux très dur ayant l'aspect de l'uretère, mais dans lequel, une fois sectionné, je ne peux pas trouver de canal.

Il fallut couper, dans la fosse iliaque droite, les mêmes adhérences que dans la gauche, sauf que les vaisseaux iliaques ne furent pas découverts, et que le ligament large droit fut en partie respecté.

Arrivé à ce point de l'opération je cherchai à séparer le kyste de l'utérus, et je m'aperçus que ce dernier organe était totalement enveloppé par la masse kystique. Me portant à la face antérieure, je me mis à séparer le kyste de la vessie, ce qui me permit de découvrir l'utérus. Alors en procédant avec une extrême attention, je trouvai un petit sillon que j'élargis, et je pus ainsi séparer le kyste de la face antérieure de la matrice. Celle-ci était allongée et remontait beaucoup au-dessus du pubis.

Restait la partie du kyste remplissant tout le petit bassin et adhérant partout. Je me mis à décoller les adhérences sur les parties latérales, puis à la totalité de la face antérieure du rectum, sur lequel je plaçai plusieurs ligatures. Ceci me conduisit jusqu'au plancher de l'excavation pelvienne, où je mis à nu les tissus cellulo-graisseux du sous-péritonéal. J'atteignis ainsi le cul-de-sac postérieur du vagin dans lequel un aide mettait le doigt, pour me servir de guide.

Remontant alors de bas en haut, je parvins à séparer complètement le kyste de la paroi postérieure de l'utérus, et à l'extirper dans sa totalité.

Voici dans quel état étaient les organes après cette longue dissection. La vessie était étirée et séparée de ses connexions avec la matrice. L'utérus était allongé, privé du ligament large de gauche et des ligaments ronds et utéro-sacrés postérieurs. Il était dépouillé de son revêtement péritonéal, absolument comme un fruit de son enveloppe, si l'on veut me permettre cette expression.

Le petit bassin formait une vaste cavité sanglante où il n'existait plus trace de séreuse péritonéale normale. C'est dans cette cavité que retombait l'utérus totalement privé de ses moyens de contention.

Cette cavité fut desséchée avec des éponges antiseptiques, et le ventre fut refermé avec des crins de Florence.

Le kyste examiné ne présentait par lui-même aucune particularité spéciale. Il était formé d'une poche présentant des diverticulum séparés de la poche principale par des cloisons incomplètes. A la face interne étaient des végétations malsaines épithéliales. On trouvait tous les caractères anatomiques des cysto-épithéliomas.

Pendant la journée et la nuit, la malade fut dans un état très grave. La température fut au-dessous de 36 degrés. Le pouls battait à 100-120, et était très faible. Vives douleurs du ventre, vomissement de chloroforme et état voisin de la syncope.

Pendant la nuit, la malade, qui souffrait beaucoup, fut prise de diarrhée sanglante. Elle eut quatre selles. On lui fit prendre 15 centigrammes d'extrait d'opium en trois pilules.

24. Le matin la malade paraît très faible, température, 36°,8, pouls 116-120, ventre sensible. On donne un lavement avec vingt gouttes de laudanum, une demi-bouteille de champagne et 100 grammes d'eau-de-vie.

Il y a eu deux selles, urines très faiblement colorées.

Il est évident que la présence du sang est due à une forte congestion des parois du rectum, une rectite aiguë, causée par le traumatisme subi par le rectum, qui a été séparé du kyste dans une grande partie de sa longueur. Il n'y a pas eu de plaie de l'intestin, car il n'y a jamais eu trace de péritonite.

25. La malade est mieux. La température est à 37°,2. Le pouls est encore à 92-100. Le ventre n'est plus douloureux.

A partir de ce jour la malade se releva rapidement.

Les fils furent retirés le dixième jour et la malade se leva le vingtième.

Restait la seconde tumeur située dans l'hypocondre et attribuée au rein droit. Elle grossissait et déterminait des douleurs et je me décidai à intervenir, en passant par la voie lombaire pour ne pas intéresser le péritoine. C'est là que m'attendait une grande surprise.

Opération le 30 décembre 1886, cinq semaines après l'ovariotomie.

La malade est endormie et placée sur le côté gauche, un drap roulé sous le flanc gauche. La région de l'hypocondre droit est convenablement lavée avec une solution de sublimé à 1 millième. Incision verticale sur le bord externe des muscles de la masse sacro-lombaire dépassant en haut de la douzième côte de 5 à 6 centimètres, et en bas s'arrêtant à la crête iliaque. De ce point je lui fais une autre incision, qui contourne la crête iliaque, et qui a 10 centimètres de longueur. C'est l'incision en L. Je coupe la peau, le tissu cellulo-graisseux, je découvre le bord de la masse sacro-lombaire, les aponévroses des muscles obliques et transverses sont détachées et je tombe sur le tissu cellulo-graisseux, qui enveloppe le rein. Cet organe est bientôt découvert, et la partie accessible nous le montre sain et parfaitement normal.

A ce moment j'éprouvai un moment de vif étonnement, car la tumeur avait tous les caractères des tumeurs du rein. Elle était intra-péritonéale, située sous le foie, et par son bord inférieur, elle atteignait à peine la fosse iliaque.

Je fis une incision au péritoine, qui fut décollé de la face postérieure de la tumeur. Celle-ci avait de fortes et larges adhérences avec l'épiploon, elles furent liées et coupées.

J'introduisis ma main en avant de la tumeur. Il me fut alors facile de constater sa forme mamelonnée, sa limite supérieure qui se plaçait sur la face inférieure du foie, et sa limite inférieure qui atteignait la fosse iliaque.

Un aide avait la main appuyée sur le ventre, et repoussait la masse vers la région lombaire. Je ponctionnai plusieurs petits kystes dont les uns contenaient un liquide purulent, les autres un liquide visqueux.

La tumeur, très diminuée de volume, fut séparée de ses adhérences avec le péritoine rénal, et je pus l'attirer en partie au dehors. Je constatai alors la présence d'un long pédicule, du volume du pouce, un peu aplati, qui venait du bassin, et contenait la trompe.

Je me trouvais donc en présence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, qui, par une anomalie bizarre, s'était fixé sous le foie, et en avant du rein. Il était tellement loin du bassin, que, lors de la première opération, j'avais pu constater entre les deux tumeurs un intervalle court, il est vrai, mais très évident. Ce pédicule fut traversé en son milieu par un cordonnet de soie et lié par deux points en chaîne.

Le péritoine fut recousu seul avec du catgut fin, dans la partie profonde de la plaie, ce qui fut assez délicat à faire parce que c'était juste au point de sa réflexion, dans la région lombaire. Les muscles et la peau furent réunis par des points de suture profonde. Je mis deux gros drains accolés, dont l'un allait presque jusqu'au voisinage du péritoine. Pansement à l'iodoforme, compression avec du coton.

31 décembre. La nuit a été agitée, la malade a eu des vomissements. Elle ne souffre pas du ventre. Elle a uriné seule. Le pansement est taché par un peu de sérosité sanguinolente, on le change. Le drain profond est retiré. Température 37°,2 pouls 96.

3 janvier 1887. La malade est très bien. Elle a eu une selle. Elle ne se plaint que de la plaie du dos. Pansement. Le drain est raccourci.

6 janvier. La malade va bien, température 37°,3. Elle dort

seule. Pansement. Le drain est raccourci. Les fils de la suture profonde sont coupés, mais laissés en place.

10 janvier. Pansement. Les fils sont tous retirés. Le drain est supprimé. La plaie est partout réunie. La malade a bon appétit et ne souffre nulle part. Température 37°,2.

14 janvier. La plaie est réunie dans le fond. Les lèvres béantes sont rapprochées avec des bandelettes de diachylon. La malade se lève tous les jours.

25 janvier. La plaie est presque totalement fermée.

1er février. *Exeat.* La malade va bien, elle a un grand appétit et est complètement revenue à la santé.

Cette observation présente des particularités très importantes et très curieuses. Le premier kyste enlevé était absolument enclavé dans le petit bassin, aussi son ablation présenta des difficultés très grandes. Les adhérences étaient intimes, et il fallait disséquer le rectum, d'où la diarrhée sanglante des trente premières heures. L'utérus lui-même était si complètement enveloppé par les kystes, que ce n'est que tardivement qu'il fut possible de l'isoler, et que pendant un certain temps, je pensai être forcé de pratiquer une hystérectomie sus-vaginale. L'utérus, une fois le kyste enlevé, plongeait dans une vaste cavité sanguinolente, où il n'est plus soutenu que par les ligaments ronds intacts. Il est vraisemblable de penser que cet organe a dû contracter des adhérences peut-être vicieuses, en raison de sa longueur exagérée, qui l'a peut-être fait se courber sur lui-même.

Le second kyste avait une situation particulièrement insolite. Il était fixé sous le foie, en avant du rein, n'atteignait pas même la fosse iliaque, par son bord inférieur. Il s'enfonçait dans l'hypocondre, et avait tous les caractères des tumeurs du rein.

Pendant la première opération je ne trouvai qu'un cordon fibreux, qui le reliait au kyste du bassin et qui fut coupé. Tout était en faveur d'une tumeur indépendante des organes génitaux.

Je fis, pour l'extraire, l'incision lombaire, mais une fois l'erreur reconnue, il fallut agrandir cette incision, et la prolonger jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Ce fut en somme une ovariotomie par la voie lombaire.

La somme totale des deux incisions faites dans les deux opérations atteint le chiffre énorme de 44 centimètres.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi de la vaseline dans les injections hypodermiques antiseptiques.

On sait que la plupart des agents antiseptiques réputés microbicides, employés seuls, sont plus ou moins difficilement tolérés par nos tissus et souvent même dangereux, dans tous les cas d'une administration difficile par la voie hypodermique. M. le docteur Albin Meunier (de Lyon), préoccupé de ces difficultés, croit être parvenu à trouver un moyen simple d'user de ces agents avec sécurité. Partant de ce fait que les vaselines tirées des pétroles se diffusent avec une très grande facilité dans tous les tissus et qu'elles conservent leur diffusibilité alors même qu'elles tiennent en dissolution l'un quelconque de ces agents microbicides, il s'est livré à des expériences qui lui ont appris que les solutions antiseptiques dans les vaselines, soit injectées sous la peau, soit appliquées à sa surface ou sur les muqueuses, sont diffusées sans réaction ni douleur, pourvu que les corps employés soient purs et à des doses de tolérance. Parmi les antiseptiques qu'il a expérimentés sur les animaux, sont le sulfure de carbone, l'acide phénique, le camphre, la créosote, le salol, le chlorure de camphre, l'iodoforme, le thymol, les essences de cubèbe, santal, copahu, canelle, térébenthine, thym, eucalyptus, menthe, latrosine, la plupart des alcaloïdes végétaux.

Voici quelques-unes des formules des solutions antiseptiques dont il a fait usage dans ses expériences sur des animaux et dans ses essais sur l'homme :

1° Eucalyptol pur . . . . . . 5 parties en poids.
Vaseline chimiquement pure . . 20 —

2° Eucalyptol pur. . . . . 5 grammes.
Iodoforme . . . . 25 centigrammes.
Vaseline pure. . . . . 20 grammes.

La dose tolérée pour ces deux formules a varié de 1 gramme à 15 grammes par jour.

3° Sulfure de carbone . . . . 1 gramme.
Vaseline pure . . . . 19 grammes.

Dose tolérée de 1 à 2 grammes par jour en plusieurs fois et par petites quantités à la fois.

4° Térébenthine pure (de Berthelot) . . . 5 grammes.
Vaseline pure . . . . 20 —

Dose tolérée de 1 à 10 grammes par jour.

5° Iodoforme chimiquement pur. . . . . 1 gramme.
Vaseline liquide. . . . . 100 —
6° Menthol pur. . . . . 10 —
Vaseline liquide . . . . 90 —
7° Thymol pur. . . . . 1 —
Vaseline liquide . . . . 200 —

Les expérimentations thérapeutiques en voie d'exécution portent sur le traitement des trajets fistuleux, fongosités, tuberculose, kystes, favus, herpès tonsurant, pelade, psoriasis, eczéma, affections puerpérales, etc. Ces résultats seront ultérieurement publiés avec les détails qu'ils comportent.

Encouragé par ce précédent, M. Dujardin-Beaumetz a entrepris, dans son service de l'hôpital Cochin, quelques expériences semblables dont il a fait connaître les résultats dans deux communications successives faites tout récemment à la Société de thérapeutique. Il s'est servi d'abord de l'eucalyptol, selon la formule suivante (qui est, proportions gardées, celle de M. Meunier) :

Eucalyptol pur. . . . . 20 grammes.
Vaseline liquide. . . . . 100 —

(5 centimètres cubes renfermant 1 gramme du principe actif.)

Les injections faites avec cette solution n'ont ni causé de douleur ni donné lieu à aucun accident. Mais il faut ajouter qu'après trois semaines de cette expérimentation, si elle lui a paru sans inconvénients, elle a été aussi sans avantage; les malades n'en ont retiré aucun bénéfice appréciable. Des injections faites avec une solution à parties égales d'eucalyptol et de vaseline, à la dose d'une seringue d'un centimètre cube, renouvelées matin et soir, n'ont pas déterminé non plus d'accidents locaux. La plupart des malades ont constaté, après ces injections, une diminution dans l'expectoration et dans la toux, mais beaucoup se sont plaints de l'odeur désagréable persistante de l'haleine.

Le myrthol injecté, de une à quatre fois, en seringue

d'un centimètre cube dans des cas de névralgie, a produit des améliorations passagères.

L'iode a été très bien supporté ; injecté en une seringue d'une solution à 1 p. 100, il a produit chez les asthmatiques les mêmes effets qu'un gramme d'iodure de potassium.

L'hydrogène sulfuré a été également bien toléré. Il a été injecté une seringue entière d'une solution de quatre centimètres cubes d'hydrogène sulfuré par gramme de vaseline sans accidents ; les résultats thérapeutiques n'ont pu être appréciés.

Il a employé également les injections hypodermiques d'iodoforme suivant la formule : iodoforme, 1 gramme ; vaseline liquide, 100 grammes ; puis une solution renfermant les deux principes actifs : iodoforme, 1 gramme ; eucalyptol, 20 grammes ; vaseline, 100 grammes. Enfin, il a encore expérimenté, par la voie sous-cutanée, une solution de sulfure de carbone dans la proportion de 1 gramme p. 100 de vaseline.

VARIÉTÉS

Les Démoniaques dans l'Art.

Par J.-M. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer.

La douloureuse histoire des possessions démoniaques n'est pas seulement inscrite dans ces minutieux procès-verbaux ensevelis au fond des Archives des anciens Parlements. Elle a été également retracée par les artistes témoins des scènes désolantes qui impressionnèrent à un si haut degré les esprits des contemporains. Ils en représentèrent les émouvants épisodes, d'abord, dans ces images naïves dont « les primitifs » nous ont laissé d'intéressants spécimens. Pendant cette période, elle est figurée sur l'ivoire des emblêmes religieux, sur la couverture des missels, dans des miniatures de précieux manuscrits. Puis, à mesure que le sentiment de l'art se développe dans ces âmes nées si récemment à la vie esthétique, les procédés d'exécution se perfectionnent, les premiers signes de l'étude de la nature se révèlent ; les scènes se précisent, s'agrandissent, et ce sont des bas-reliefs, des tapisseries, des fresques qui en constituent le prétexte. Enfin, avec la floraison artistique de la Renaissance et la période qui suit, l'art atteint une extraordinaire élévation, et les tableaux figurant les scènes de possessions deviennent, avec des maîtres comme André del Sarte, le Dominiquin, Rubens, d'immortels chefs-d'œuvre qui sont en même temps de saisissants modèles d'observation.

Ces œuvres, dans lesquelles on retrouve souvent les traits précis de l'état pathologique, offrent un vif intérêt pour la science. Elles sont, en effet, les témoins irrécusables de l'identité de « la grande névrose » et de la possession démoniaque. Elles confirment les progrès réalisés, à notre époque, dans l'étude des désordres dont le système nerveux peut être le siège et démontrent la justesse de l'application à l'histoire de la critique scientifique.

M. Charcot — dont le nom est lié à tant de remarquables travaux — a eu l'idée de recueillir ces premiers témoignages. Aidé d'un distingué collaborateur, M. Richer, servi par un goût très sûr et très fin, doué de qualités réelles de connaisseur et d'une érudition peu commune des choses de l'art, il a pu mener à bonne fin cette entreprise considérable d'évoquer dans leurs retraites et de grouper, dans son cabinet, des œuvres éparses dans toute l'Europe. Ce sont ces documents qu'il livre aujourd'hui à la publicité, et dont il nous donne — dans un très bel ouvrage (1) — une étude complète accompagnée de nombreuses figures, représentant les pièces les plus importantes de cette originale et intéressante collection.

Les matériaux qui font l'objet de ce livre embrassent la période comprise entre le ve et le XVIIIe siècle. Avant et après ces époques, on n'en trouve guère de traces. En effet, l'antiquité, qui possédait cependant ses pythonisses et ses oracles inspirés, s'est abstenue de les représenter. Son amour exclusif du beau répugnait à la peinture des souffrances humaines. D'un autre côté, dès la fin du XVIIIe siècle, la « possession » avait été ramenée à son rang et inscrite sous son vrai nom dans le cadre nosologique ; cessant de préoccuper l'esprit public, elle cessait aussi d'intéresser les artistes.

Les auteurs ont décrit avec soin toutes les pièces de cette précieuse collection. Ils ont adopté l'ordre chronologique qui a l'avantage, sur le groupement par classification, de montrer les progrès réalisés par l'art, au cours des siècles, dans l'observation de la nature.

Ils déroulent devant nous des œuvres appartenant aux maîtres les plus célèbres de toutes les écoles. Ces maîtres, pour ne citer que les plus illustres, s'appellent Breughel, Callot, Carrache, del Sarte, Francesco di Giorgio, Dominiquin, Giotto, Goya, Jordaens, Memmi, Raphaël, Murillo, Rubens, Francesco Vanni, Zeytbloom. Comme ils se proposent tous un hommage rendu à un saint par la figuration d'une guérison miraculeuse, nous voyons représentés dans ces tableaux les personnages que leur vie a rendus un objet de vénération pour l'Église : ce sont saint Martin, saint Benoit, saint Martial, saint Charles-Borromée, saint Ignace, saint Nil, saint Dominique, saint Ambroise, le diacre Pâris, etc.

On le voit, la grandeur du sujet, l'intérêt de la scène, l'importance des personnages sont ici associés au génie du peintre.

La plupart de ces œuvres renferment quelques caractères, plus ou moins précis, qui permettent de les rattacher à la « grande névrose ». Me proposant seulement d'initier le lecteur à l'idée générale qui domine la conception de l'ouvrage et d'en démontrer la justesse, ce serait sortir du cadre modeste de ce compte rendu que de les analyser ici. Je me contenterai de prendre la plus parfaite et la plus significative : le tableau bien connu de Rubens, appartenant au Musée de Vienne, représentant saint Ignace guérissant les possédés. La scène est grandiose et digne en tout du magique pinceau du maître flamand.

Debout sur les marches de l'autel, le célèbre fondateur de la compagnie de Jésus, entouré du pompeux appareil des cérémonies catholiques, vêtu d'une riche chasuble, est tourné vers les assistants dans une attitude pleine de majesté, le regard dirigé en haut, la main droite levée, la gauche appuyée sur le marbre de l'autel.

En face de lui, deux groupes compacts, dont le plus important — à sa droite — est celui des possédés.

« C'est ce groupe, disposé de façon à apparaître en pleine lumière et traité avec une intense dramatisation, qui constitue l'intérêt capital de la scène.

Au centre, est une jeune femme — la démoniaque — représentée aux trois-quarts, presque de face, maintenue par trois personnages, au prix de très grands efforts. Elle est renversée en arrière et offre tous les traits de la grande attaque.

Le cou est turgescent, au point de masquer les reliefs musculaires, la bouche entr'ouverte avec protrusion de la langue, les narines dilatées et relevées, les globes oculaires convulsés et cachant presque la pupille sous la paupière supérieure.

Les mouvements des membres supérieurs correspondent à la convulsion des traits du visage, de la main droite, la possédée tire à pleine main sur ses cheveux épars, pendant que de la main gauche, elle saisit sa chemise pour la déchirer. La robe entr'ouverte, qui retombe sur les hanches, témoigne de la violence des convulsions qui ont précédé et de la fureur qu'a mise l'énergumène à se déchirer elle-même.

En arrière — au premier plan du tableau, dans un raccourci plein d'audace — un possédé, presque entièrement nu, renversé sur les marches de l'escalier et qui, dans une épouvantable convulsion, a brisé les liens dont on l'avait attaché. La tête est renver-

(1) *Les Démoniaques dans l'Art*, par J.-M. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer. Avec 67 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-4°. — Prix : 12 francs. — Paris, 1887, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

sée et la figure affreusement convulsée. Les yeux sont distors, les pupilles entraînées en haut, la bouche à demi close, les lèvres bleuies et écumantes. »

Voilà rendu, en traits inimitables, et avec une fidélité qui est presque terrifiante les caractères précis de l'hystérie chez l'homme et chez la femme ! C'est à se demander si le maître flamand n'en avait pas surpris le secret pathologique. Aucun signe n'y manque : ni chez la femme, le gonflement saisissant du cou, ni ce geste inconscient et caractéristique qui porte les hystériques à déchirer leurs chemises et leur robe et à se dépouiller de toute entrave pendant la crise ; — ni chez l'homme, les contractures musculaires exagérées, et cette violence inouïe qui accompagne souvent leurs convulsions.

Il est impossible de retracer, avec plus de vérité, le drame morbide évoqué par les scènes de possédées, et de préciser avec plus d'entente des lois de l'observation le contraste que subissent les sexes dans ces orageuses perturbations. Ce n'est pas un des moindres talents de Rubens d'avoir indiqué cette différence et d'avoir montré que, chez l'homme, la crise revêt une excitation de mouvements et une violence de contractions, en rapport avec sa puissance musculaire. Tandis que chez la femme, elle reste sous la dépendance de son appareil physiologico-organique.

Cette esquisse rapide d'un des plus beaux tableaux de Rubens justifie — on le voit — la thèse soutenue par M. Charcot, et il est difficile, après en avoir pris connaissance, après avoir parcouru les autres documents qu'il nous fait connaître dans son livre, de ne pas admettre comme prouvée l'ancienneté de la grande névrose. Mais la lecture de cet intéressant ouvrage fait naître une autre observation que je voudrais signaler avant de terminer. L'étude par la critique des maîtres des vieilles écoles se ressent quelquefois de l'insuffisance de connaissances techniques. Ainsi, dans ce tableau de Rubens, personne n'avait indiqué, avant MM. Charcot et Richer, avec autant de force, la voie naturaliste, au vrai sens de ce terme aujourd'hui détourné de son acception réelle, dans laquelle était entré le maître flamand. Personne n'avait fait ressortir la fidélité scrupuleuse avec laquelle il avait su pénétrer les secrets de la nature.

Dans un ouvrage récent, consacré à l'étude des leçons d'anatomie des peintres Hollandais, j'ai montré moi-même que de célèbres critiques avaient omis d'interpréter de saisissants mouvements dont le sens leur avait sans doute échappé.

Ce manque de connaissances spéciales — dont on ne saurait faire un reproche fondé — peut même faire tomber dans de graves erreurs d'interprétation : M. Charcot signale avec raison celle qu'a commise un illustre critique, Charles Blanc, alors qu'il dépeint « la grâce involontaire et la vérité si exquise avec laquelle une jeune femme appartenant à un groupe d'André del Sarte se laisse tomber à la renverse, en s'avanouissant ». Or, cette jeune femme — qui est une possédée exorcisée par saint Philippe de Néri — est représentée dans la période qui précède la grande attaque, et se couche en arrière, la tête renversée, le cou turgescent, les muscles contractés, le corps entier étreint par un spasme rigide. — Il y a loin de cette attitude à l'élégante syncope de coquette que lui prête l'historien.

Ainsi s'éclairent mutuellement — par l'incommutable loi de l'observation — les procédés de l'art et les études de la science. Si les œuvres des artistes ont pu — en retraçant les traits pathologiques de la grande névrose — permettre d'en établir l'ancienneté, il sera donc juste aussi de reconnaître que l'application des données scientifiques aux œuvres des maîtres anciens ou modernes peut donner une plus complète et plus large interprétation de leur méthode et fournir à la critique de nouveaux éléments d'appréciation de leur génie. Envisagé à ce point de vue nouveau, le livre si original et si intéressant de MM. Charcot et Richer devra rencontrer, dans le monde artistique et littéraire, l'accueil très sympathique qu'il est assuré de recevoir dans le monde savant.

Dr Paul Triaire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

164. M. Bidot. Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotie. — 165. M. Mourruau. Du traitement du trachome congénital par la cautérisation. — 166. M. Gaillard. Contribution à l'étude de la phlébite des veines ophthalmiques. — 167. M. Toussaint. De la dilatation permanente artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe. — 168. M. Dumont. De l'asystolie à forme hépatique. — 169. M. Cestaz. De la paralysie douloureuse de la septième paire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours s'ouvrira le lundi 25 avril 1887, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria n° 3, pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés.

Le registre d'inscription des candidats, sera ouvert à partir du lundi 28 mars 1887, tous les jours, de midi à trois heures, jusqu'au mercredi 13 avril inclusivement.

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le lundi 9 mai 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, le lundi 4 avril, et sera clos le lundi 25 avril, à trois heures.

— M. le docteur Huillet, médecin adjoint au lycée de Nice, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Corporandy, décédé.

— M. le docteur Larché est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque populaire de Cornimont.

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie samedi prochain 26 mars 1887, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : Généralités sur les applications médicales de la pharmacologie ; étude chimique des médicaments dans ses rapports avec l'art de formuler.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire contemporaines, par M. le docteur A. Brissay (de Rio-Janeiro). Complétés par des notes recueillies au cours d'une mission scientifique du gouvernement français en Autriche et en Allemagne, précédés d'une introduction, par J.-A. Doléris, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 210 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Estudio de psicopatologia, por el Dr Samuel Gache, ex-presidente del Circulo medico Argentino. Grand in-8° de 178 pages. — Buenos-Aires, M. Biedma.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20920

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES PAR LES APPAREILS EN ZINC LAMINÉ (1).

Par M. le docteur V. RAOULT-DESLONGCHAMPS,
médecin principal de 1re classe en retraite.

III

Mode de fabrication et d'application des appareils en zinc laminé. — Pour confectionner et appliquer ces appareils, il suffit d'avoir du zinc laminé, de l'ouate de coton, de petites compresses de linge, des bandes, des lacs à boucle et de la petite ficelle ou du fil de fer recuit.

Le *zinc* laminé se trouve, dans le commerce, en feuilles de 2 mètres de longueur sur 80 centimètres de largeur, d'une épaisseur variable indiquée par des numéros. Son prix est de 55 à 60 centimes le kilogramme. Les rognures et le vieux zinc peuvent se revendre 35 ou 40 p. 100 du prix d'achat.

J'avais primitivement adopté divers numéros de zinc pour la fabrication des différents appareils. Dans un but de simplification, je n'emploie plus que le n° 12 qui peut convenir pour tous. C'est, du reste, le seul numéro admis pour les fournitures de la marine et pour celles de la guerre. Pour les appareils d'enfants, le n° 10 sera préférable.

Le premier travail est de tailler, en papier fort, un modèle ou patron de l'appareil; on y arrivera facilement d'après les figures qui sont établies à 1/5e ou à 1/10e de la grandeur naturelle. Ce patron obtenu, on le porte sur la feuille de zinc, on en délimite les contours avec un poinçon ou la pointe d'un couteau, puis on le découpe avec des ciseaux ou une petite cisaille. Le mieux, pour s'éviter cette petite corvée, est de s'adresser à un ferblantier. Il faut avoir soin de racler les bords de la section pour enlever les mâchures et les petites pointes qui pourraient blesser la main du chirurgien. Puis, on le recourbe en forme de gouttière. Les fenêtres dont sont munis mes appareils n'ont qu'une utilité secondaire. Elles ont pour but de diminuer leur poids, sans nuire à leur solidité et surtout de permettre l'évaporation de la perspiration cutanée qui, sans cela, mouillerait la ouate. Le blessé les apprécie, parce qu'elles lui permettent de combattre les démangeaisons qui l'ennuient parfois. De plus, au moment où j'ai inventé mes appareils, l'irrigation continue, dans les traumatismes, était en grand honneur, et ces jours favorisent singulièrement ce mode de traitement.

De mes appareils, certains présentent — ceux de la jambe, de la rotule et du coude — une forme symétrique et par conséquent peuvent être appliqués, indifféremment, sur les membres du côté droit et sur ceux du côté gauche. D'autres, au contraire, ont une figure irrégulière, comme ceux pour la cuisse, le bras, l'avant-bras et l'extrémité inférieure du radius. Il suffit, pour les utiliser à droite ou à gauche, de les recourber sur l'une ou l'autre de leurs faces. Ce fait m'a déterminé à borner leur préparation au découpage, en remettant leur disposition en gouttière, opération aussi prompte que facile, au moment où j'aurais à les employer. Cette pratique a l'immense avantage, pour l'approvisionnement des ambulances, de pouvoir les superposer comme des feuilles de papier, de manière à limiter au minimum l'espace qu'ils occuperont dans nos caissons.

L'*ouate* de coton en feuilles, ou toute autre substance élastique analogue, laine, crin, mousse, foin, etc., est le complément presque indispensable de nos appareils; l'ouate *glacée* est préférable; celle du prix le plus minime est suffisante. Elle sert à les matelasser, à combler les vides existant entre le zinc et le membre, à ramener et à maintenir dans une position convenable, par son action élastique, lente et continue, non douloureuse, les fragments osseux qui auraient de la tendance à se déplacer, à réprimer le dépôt trop abondant du suc osseux en dehors du foyer de la fracture et à empêcher ainsi la formation d'un volumineux cal provisoire, à faire disparaître ce dernier, si on n'a pu empêcher complètement sa production. Elle permet d'amortir les effets d'une pression gênante, en la reportant sur un point voisin, etc. Enfin, enveloppée d'une petite compresse de linge, elle forme d'excellents coussinets qu'il faut toujours interposer entre le membre et les bandes ou les lacs qui fixent l'appareil.

Le seul *linge à pansement* nécessaire consiste en bandes roulées, en petites compresses pour faire les coussinets et en bandelettes de Scultet.

Les *lacs à boucle* jouent un rôle très important dans l'application de mes appareils. Ils servent à fixer l'appareil exactement sur le membre fracturé, de manière à établir entre eux une solidarité parfaite. Ils peuvent être placés ou ôtés instantanément. En les resserrant de temps en temps, suivant le besoin, on fait suivre au zinc le retrait du membre et l'on maintient l'adhésion intime qui doit toujours exister entre eux. Ils servent encore à fixer les petis tampons d'ouate dont j'ai signalé plus haut l'action puissante et à maintenir les pansements dans les fractures compliquées de plaies.

Je les fais confectionner avec du galon tressé de 25 millimètres de largeur, assez résistant; celui qu'emploient les cordonniers pour les tirants de bottes est excellent. La boucle doit être assez forte et munie de deux ardillons, pareille à celles qu'emploient les tailleurs pour les pantalons. Leur longueur varie de 25 à 60 centimètres.

La ficelle ou *le fil de fer recuit ou de laiton* ne sert qu'à fixer les deux lames qui forment la semelle des appareils de cuisse et de jambe.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 275.

IV

Appareil pour fractures de la jambe. — C'est le premier que j'ai inventé. C'est aussi celui qui rend le plus de services, tant à cause de la fréquence de ces fractures, que de la possibilité qu'il donne de faire lever et asseoir dans un fauteuil, presque immédiatement après son application, le blessé, en lui évitant ainsi la fatigue et l'ennui d'un séjour permanent au lit, prolongé pendant quarante ou cinquante jours et même plus dans un décubitus dorsal immuable.

La figure n° 1, établie à l'échelle de 1/10e, donne la forme première et les dimensions exactes de cet appareil. D'après ce modèle, on taille un patron en papier de grandeur normale, c'est-à-dire dix fois plus grand, que l'on exécute en zinc laminé n° 12, soi-même, ou mieux en recourant à un ferblantier. Puis, on le recourbe en forme de gouttière. Cette manœuvre s'exécute aisément avec les mains seules; mais elle est singulièrement facilitée en usant, comme point d'appui du dossier, d'un lit, d'une chaise, la rampe d'un escalier, etc. Puis on superpose les deux valves destinées à former la semelle et on les fixe l'une sur l'autre au moyen d'un petit fil de fer, passé à travers les trous dont elles sont percées. Il est bon de légèrement recourber en dehors avec une pince le bout supérieur de la fenêtre talonnière, pour avoir un rebord mousse moins offensif pour le talon. L'appareil ainsi terminé présente la forme ci-dessous :

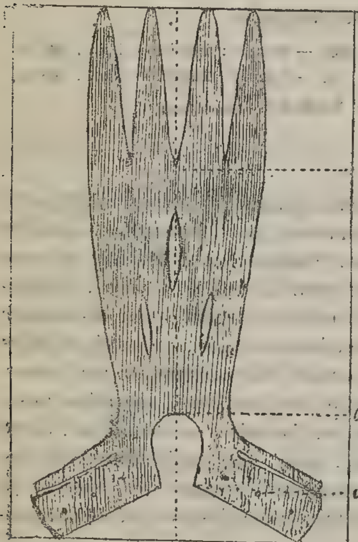
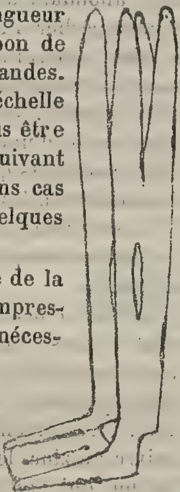


Fig. 1.

Telle est la forme type de l'appareil pouvant convenir à toutes les fractures de jambe, quel que soit leur siège, et à tous les adultes. Cependant, pour les jambes d'une longueur et surtout d'une grosseur exagérée, il serait bon de donner à l'appareil des dimensions un peu plus grandes. Pour les enfants, la forme reste la même, mais l'échelle du modèle, au lieu d'être de 1/10e, ne devra plus être considérée que comme le 1/4, le 1/5e, le 1/6e, suivant l'âge et le développement du sujet. Dans certains cas rares de fractures compliquées, il faudra faire quelques modifications qui seront indiquées plus bas.


Fig. 2.

Quoique cet appareil ait assez bien la forme de la jambe, on s'exposerait à des vides et à des compressions locales, en l'appliquant à nu. Il est donc nécessaire de le garnir. Pour ce faire, la gouttière est posée sur une feuille d'ouate glacée que l'on coupe avec des ciseaux, en suivant ses bords, de manière à obtenir une pièce de même dimension. Puis cette pièce est disposée comme un petit matelas dans l'intérieur de la gouttière; mais cette doublure est insuffisante. Le fond de l'appareil, en effet, offre longitudinalement une ligne droite, tandis que la partie postérieure de la jambe présente une surface courbe et une dépression prononcée entre le mollet et le talon. Ce dernier, si on n'y prenait garde, s'engagerait trop dans la gouttière destinée à le recevoir et pourrait être blessé par ses bords. La jambe aurait de la tendance à se courber et les fragments osseux à saillir. Pour parer à cet inconvénient, on devra tripler la couche d'ouate dans cette partie, pour combler le vide et assurer au membre un lit moelleux, bien adapté à sa forme.

Le membre fracturé, convenablement réduit, pourrait à la rigueur être placé à nu dans l'appareil ainsi préparé. On est même parfois obligé d'agir ainsi dans certains cas de fractures, avec plaies étendues, grandes pertes de substance, complication d'érysipèle, d'abcès, etc., qui doivent toujours rester sous l'œil du chirurgien et disposés de manière à être accessibles aux divers pansements, ou bien lorsque l'on est pressé, ou que le linge est rare ou même fait défaut, comme cela arrive souvent en campagne. Mais, sauf ces cas exceptionnels, l'expérience m'a appris qu'il était avantageux d'appliquer préalablement un bandage de Scultet.

J'ai toujours considéré comme déplorable la pratique si à la mode il y a quelques années, consistant à n'appliquer aucun bandage à une jambe récemment fracturée, à la laisser libre, couchée sur de grosses éponges mouillées ou sur un drap replié en gouttière, le pied à peine soutenu par des bouts de bande reliés à un cerceau mobile, sous prétexte d'attendre, avant de poser un appareil, que le processus inflammatoire ait parcouru ses phases et d'éviter ainsi les suites redoutables de la compression, les phlyctènes, les ulcérations de la peau et même la gangrène.

Ces craintes sont chimériques et cette manière de faire me paraît aller contre le but qu'elle se propose d'atteindre. En effet, sous l'influence de l'épanchement sanguin, qui se produit là comme dans tous les autres traumatismes, et du gonflement consécutif que rien ne combat, le membre devient rouge, douloureux, induré et prend un volume énorme. Les fragments osseux non contenus, entraînés par le poids du pied, la contraction musculaire, les mouvements involontaires du blessé pendant la veille et plus encore pendant le sommeil, se déplacent, chevauchent même, en pénétrant, en déchirant les tissus, et apportent ainsi d'une manière incessante, une nouvelle cause d'irritation et de souffrance. Le malade, condamné à l'immobilité la plus complète dans le décubitus dorsal, sous peine de voir redoubler la douleur, devient inquiet, nerveux, irritable et peu confiant dans sa guérison. La résolution de l'épanchement s'opère avec lenteur et ne se produit quelquefois qu'en laissant de l'induration, et quand, vers le douzième ou le quinzième jour, tout s'étant le mieux passé, on se détermine enfin à appliquer un appareil, un commencement de consolidation, dans une position plus ou moins vicieuse, a déjà eu lieu. Cette ébauche de travail réparateur est nécessairement, et heureusement pour le blessé, anéantie dans les manœuvres de réduction et il en résulte une consolidation plus lente, moins régulière et par suite un cal volumineux et difforme.

Au contraire, avec une contention convenable, appliquée de suite, pour maintenir en place les fragments bien réduits, avec une compression modérée, graduée, méthodique et surveillée, l'épanchement sanguin s'arrête, le gonflement reste borné, la résolution s'en fait rapidement, la douleur est de courte durée. Les abcès et les autres accidents inflammatoires n'apparaissent jamais comme l'a dit Seutin, l'inventeur des bandages amidonnés : « *Le meilleur antiphlogistique, pour un membre fracturé, est une compression bien faite.* »

Grâce à elle, le membre conserve à peu près son volume normal, et on évite l'engorgement et l'empâtement des tissus, au milieu desquels il est parfois impossible de reconnaître la position et la direction des fragments et partant de procéder à une coaptation exacte.

On ne saurait donc trop tôt appliquer le bandage de Scultet, si on en a un à sa disposition et si on n'est pas trop pressé par le temps. Sitôt le blessé déshabillé, couché sur un lit, la jambe nettoyée, reposant sur un coussin déjà recouvert de l'appareil de Scultet, et examiné, la fracture constatée, la position, le nombre, la direction des fragments reconnus, je commence à appliquer sur le pied un bandage roulé, dont les jets devront éviter de passer sur le talon. Puis j'opère la réduction, suivant les règles indiquées dans tous les livres. Je crois inutile de les décrire ici. Je me contenterai de faire quelques remarques dont l'expérience m'a montré l'utilité.

Dans les fractures, surtout lorsque l'obliquité et le chevauchement des fragments sont considérables, l'aboutement de ces derniers est quelquefois difficile, par suite de la contraction spasmo-

dique des muscles irrités par les pointes osseuses et plus souvent encore par les efforts trop violents et saccadés d'extension. Les tractions les plus fortes échouent : on arrivera plus aisément, en remplaçant la force et la brusquerie par la lenteur et la persistance, à amener la fatigue musculaire et par suite la cessation du spasme. Aussi, n'employé-je jamais que deux aides, l'un maintenant le genou, l'autre tirant sur le pied avec modération et uniformément. La réduction s'obtient alors presque sans douleur.

Bien que le membre ait pu être ramené à sa longueur normale, bien que les tentatives de coaptation aient été bien faites, il arrive quelquefois que les deux fragments osseux font saillie par leurs pointes, séparés qu'ils sont par les produits de l'épanchement sanguin ou même par quelques parties de chair déchirées. Il ne faut pas s'inquiéter de cette apparence d'insuccès, ni réitérer des efforts douloureux, inutiles pour le moment, et appliquer le bandage comme si la réunion était parfaite. Plus tard, avec de petits tampons d'ouate et par l'action compressive des lacs, on pourra corriger sans souffrance, sans même que le blessé en ait conscience, les imperfections de cette coaptation première, d'autant mieux que ces débris interposés entre les surfaces traumatiques ne tardent pas à être dissous et résorbés sous l'influence de la compression.

Une fois la coaptation obtenue aussi parfaite que possible, les aides maintiennent l'extension et la contrextension et le chirurgien procède à l'application des bandelettes ; cette opération, en apparence si simple, est assez délicate. Il faut veiller à ce que les bandelettes compriment également, ne fassent ni plis irréguliers, ni godets. On doit tenir beaucoup moins à obtenir un bandage régulier pour l'œil que régulier dans son action. En général, la compression doit être graduée de manière que, plus forte au pied et à la jambe au-dessous de la fracture, elle aille en diminuant vers la racine du membre.

Le membre fracturé étant ainsi muni du bandage de Scultet qui, je le répète, *n'est pas indispensable*, est soulevé à pleines mains par le chirurgien et déposé dans la gouttière, préalablement garnie de sa matelassure d'ouate, qu'un aide a glissée sous lui. Il faut veiller à ce que la plante du pied soit bien en contact avec la semelle et que le talon corresponde exactement à la fenêtre disposée pour le recevoir. On voit si l'appareil embrasse bien partout la jambe, si les malléoles ne sont pas comprimées. Il est bon de garnir d'ouate les méplats qui existent autour d'elles. Si l'appareil ne paraît pas bien adapté à la forme du membre, avec quelques pressions des doigts, on arrivera facilement à lui donner la figure convenable et à le mouler en quelque sorte sur lui.

Le pied, recouvert d'une légère couche d'ouate, est solidement fixé à la partie verticale de l'appareil au moyen de tours de bande croisés en étrier sur son dos. On évitera de faire passer les jets sur le talon. Puis, on fait exercer, par l'aide chargé de l'extension, une traction sur le bas de l'appareil rendu solidaire du pied et partant du fragment inférieur, tandis qu'un autre aide maintient la contrextension sur la cuisse. Cette manœuvre, qui n'est que la répétition de celle que l'on a déjà pratiquée, fournit de suite et sans effort l'effet désiré.

Quand la coaptation des fragments paraît aussi exacte que possible, la partie supérieure de l'appareil est fixée également au moyen de tours de bande, appliqués au-dessus, au-dessous et sur le genou garni aussi d'un coussinet d'ouate.

Les deux fragments ainsi fixés, l'un en haut, l'autre en bas de l'appareil, ne peuvent se rapprocher. Leur maintien est encore assuré par les lacs à boucle serrés autour de la gouttière et de la face antérieure de la jambe dont ils sont séparés par un petit coussinet formé d'un peu d'ouate enroulée dans une petite compresse. J'emploie ordinairement trois de ces lacs, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du foyer de la fracture, le troisième sur le plus long fragment, quelquefois j'en mets quatre ou cinq. Ils contribuent singulièrement à assurer l'immobilisation des fragments, en agissant sur leur extrémité libre, et le contact exact du membre et de l'appareil. Enfin, pour terminer, je comble avec des débris d'ouate tous les vides qui pourraient exister encore entre l'appareil et le membre, de manière que ce dernier se trouve *engainé dans sa gouttière comme un bijou dans son écrin*, ainsi que le montre la figure 3.

L'appareil ainsi appliqué, la jambe fracturée se trouve partout uniformément comprimée et solidement immobilisée. Ils font pour ainsi dire corps ensemble. Aussi, on peut soulever la gouttière et partant le membre, le porter à droite et à gauche, le laisser retomber sur le lit, sans causer ni déplacement ni douleur. Le blessé sent son membre solide. *Il peut même le soulever lui-même*, par la seule contraction des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. C'est une expérience que j'ai tentée sur presque tous mes blessés, même dans les fractures les plus compliquées et toujours elle a réussi sans causer de douleur ou autre inconvénient. Le sujet hésite d'abord et prétend la chose impossible ; mais comme les tentatives ne produisent ni douleur, ni mobilité au siège de la fracture, il s'enhardit et finit par soulever sa jambe et la tenir quelque temps en l'air, à la grande surprise des spectateurs et à son propre étonnement. Il est toujours prêt à recommencer l'épreuve et on est obligé de lui recommander la modération.

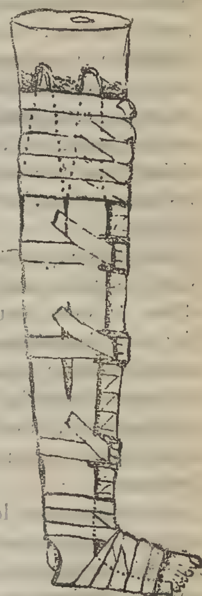


Fig. 3.

Le blessé peut prendre dans son lit la position qui lui convient le mieux, s'incliner, se coucher sur le côté, s'asseoir. Les divers soins de propreté, le changement de linge et même de lit, les évacuations naturelles ne sont plus à redouter. Ils s'exécutent avec la plus grande facilité. Le blessé, en soulevant le bassin pour y satisfaire, prend sans en avoir conscience un point d'appui presqu'aussi fort sur la jambe cassée que sur l'autre. Les tables de bois sous le matelas, les coussins pour supporter et caler le membre, les cerceaux, bien qu'il soit bon d'en user dans un service hospitalier régulier, peuvent faire défaut sans inconvénient capital.

Qui ne voit combien la possibilité de la suppression de ces accessoires est précieuse dans la pratique civile et surtout en campagne, où l'idéal du matériel ambulancier est de pouvoir suffire à tous les besoins avec le moins de moyens possible, mais un autre avantage bien plus important, c'est la facilité qu'offrent mes appareils pour le transport immédiat des fracturés.

Ce n'était pas le tout d'avoir inventé un appareil, immobilisant parfaitement les fragments de l'os fracturé, permettant de le

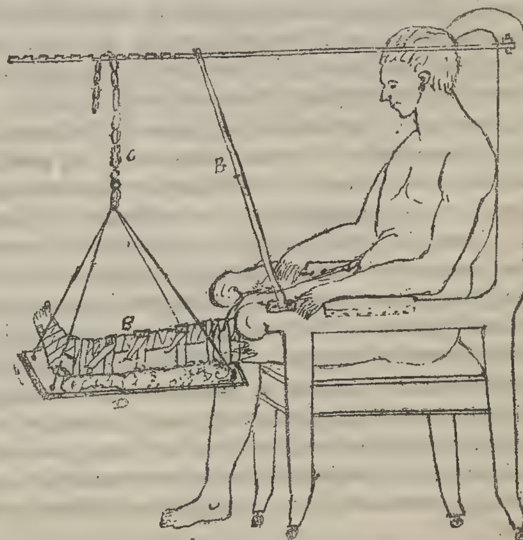


Fig. 4.

mouvoir sans inconvénient et de sortir le blessé de son lit, il me fallait encore trouver un siège convenable pour le recevoir. J'avais d'abord songé à une chaise longue. Mais j'ai trouvé bien préférable de faire adapter à un fauteuil ordinaire, dit *voltaire*, muni de roulettes, un très simple appareil à suspension. Le dessin ci-dessus

fera mieux comprendre cet appareil que la description la plus détaillée.

Depuis que j'ai ce fauteuil à suspension, tous nos fracturés de jambe ont pu quitter leur lit le soir même ou le lendemain de l'application de la gouttière. Une fois assis dans le fauteuil, le blessé peut imprimer tous les mouvements d'avant en arrière et de latéralité à son membre immobilisé dans l'appareil et reposant sur la planchette suspendue. Il prend même un certain plaisir à la balancer. Il peut lire, écrire, se mettre à table pour prendre ses repas, jouer, etc., faire rouler son fauteuil lui-même ou avec l'aide d'un domestique, circuler dans sa chambre et même dans les cours et les jardins. Pour ces courses, un tricycle serait préférable.

Certains sujets peuvent dès le premier jour rester dans le fauteuil jusqu'à la nuit : chez d'autres la fatigue arrive vite et, au bout d'une ou deux heures, ils demandent à être replacés dans leur lit; mais l'assuétude s'acquière promptement. Quelques-uns même attendent avec impatience le matin pour faire usage du fauteuil, où ils restent toute la journée. Ils arrivent bientôt à se lever et à se coucher seuls, sans le secours de personne. Cette gymnastique graduelle contribue singulièrement à abréger la durée de la convalescence.

Cette pratique de faire lever le sujet presque immédiatement après l'application de l'appareil a semblé aux personnes qui n'ont pas vu ma manière de faire, sinon impraticable, du moins téméraire et dangereuse. Le fantôme de la non-consolidation avec ses tristes conséquences, que cet abandon prématuré du lit leur semblait devoir favoriser, se dressait devant leurs yeux. Certes, cet accident pourrait être à redouter avec les appareils ordinaires, mais non avec le mien qui maintient si exactement les fragments. Loin d'entraver la consolidation, le traitement hors du lit la favorise et la rend plus rapide. En effet, sous son influence, la douleur, l'irritation nerveuse, l'insomnie nocturne disparaissent, l'appétit augmente, la nutrition est plus active et fournit en plus grande abondance les éléments de réparation. Du reste les faits sont là, qui, mieux que tous les raisonnements, prouvent l'utilité de cette méthode de traitement.

Pour les fracturés atteints d'obésité, d'asthme, d'affection du cœur ou de toute autre maladie qui rend leur séjour au lit dans le décubitus dorsal extrêmement pénible, son emploi est pour ainsi dire exigible.

Ce n'est pas seulement dans le traitement des fractures que ce fauteuil à suspension est appelé à rendre des services. Je l'emploie avec non moins d'avantage dans les plaies de jambe, les entorses, les arthrites du genou ou tibio-tarsiennes, en un mot, dans les cas variés et assez nombreux qui demandent le repos du membre et pour lesquels les chirurgiens ordonnent le séjour au lit.

Peu de temps après l'application de l'appareil, la douleur produite par le traumatisme, le spasme musculaire, la pénétration des fragments dans les chairs et aussi par les manœuvres de réduction cesse et est remplacée par un sentiment de bien-être relatif. Le visage du blessé, miroir des impressions ressenties, éprouve une espèce de transfiguration, qui frappe tous les assistants. Le sujet ne ressent plus que de l'engourdissement et de la pesanteur dans le membre. Cette sensation, peu incommode, disparaît habituellement elle-même au bout de quelques heures.

Il survient d'ordinaire, le soir, un peu de fièvre, très éphémère, quelquefois, au contraire, le pouls reste aussi calme que si rien n'était arrivé. Dans aucun cas, la fièvre ne dure plus de quarante-huit heures, une demi-diète, des boissons acidulées, un peu de morphine, un lavement, s'il y a constipation, suffisent pour en faire justice.

Dans plus de la moitié des cas que j'ai traités, la douleur, que nous avons vue cesser si rapidement après l'application de l'appareil, a disparu sans retour. *Le blessé ne souffre absolument plus pendant le cours du traitement.*

Il n'en est cependant pas toujours ainsi, après quelques heures, la douleur reparaît. Si elle est légère, accusée par un sujet nerveux, impressionnable, peu habitué à souffrir, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter et on recommande la patience : elle ne tardera pas à cesser. Si, au lieu de diminuer, elle va en augmentant; si elle s'accompagne d'agitation du pouls, elle tient alors à la constriction trop forte de l'appareil en zinc ou des bandelettes de Scultet.

Dans le premier cas, la cause est facile à découvrir et le remède aisé à appliquer. Suivant le point douloureux, il suffira de desserrer un peu les bandes ou les lacs, de déplacer un peu le lieu de leur application, ou d'interposer un peu d'ouate entre l'appareil et la jambe, non pas, comme on serait tenté de le faire, sur l'endroit où la douleur paraît la plus forte, mais bien au-dessus et au-dessous de lui.

Dans le second cas, la douleur est due à la continuation de l'épanchement et au gonflement du membre qui en résulte. On le reconnaît à la tension exagérée des bandelettes. Il faut bien se garder de couper celles-ci à l'endroit où elles paraissent comprimer d'avantage, car les tissus feraient hernie à travers l'ouverture pratiquée et la douleur deviendrait intolérable. Il faut, sans hésiter, lever appareil et bandage. Le membre est laissé quelque temps à nu, puis bandage et appareil sont réappliqués. Si le soulagement obtenu ne persiste pas, si la douleur reparaît, on recommence l'opération.

Le chirurgien, dans cette circonstance, a un double but à remplir : borner l'épanchement dans les limites les plus étroites possible, limiter la compression au strict nécessaire pour qu'elle ne soit pas douloureuse. Il ne doit ni s'impatienter, ni craindre sa peine.

Quant à la douleur du talon, elle est facilement évitée. Il est bon que le talon n'appuie jamais sur le coussin ou sur le lit, on y arrivera en plaçant un tampon au-dessus de la fenêtre talonnière. L'appareil placé, le chirurgien n'a pour ainsi dire plus rien à faire. Son rôle se borne à resserrer les liens, à mesure que le membre diminue de volume, car il faut qu'il y ait toujours contact entre ce dernier et le zinc; à les changer de temps en temps de place; à interposer un peu d'ouate au-dessus et au-dessous des endroits où la pression cause de la gêne, etc.; tous ces petits soins peuvent être rendus par les personnes étrangères à l'art médical, aussi une fracture simple de jambe ne nécessite que trois ou quatre visites du médecin, avantage bien appréciable dans la pratique de campagne.

Le membre reste exposé au regard et au tact du chirurgien, dont il n'est séparé que par la couche peu épaisse des bandelettes. Celui-ci peut facilement suivre avec les doigts la face antérieure du tibia, ainsi que les bords qui la limitent. La moindre tendance des fragments à se déplacer saute aux yeux et est appréciée exactement par la main; de suite, elle est aisément réprimée au moyen de petits tampons d'ouate qui les refoulent et les maintiennent dans la position recherchée.

On ne saurait se douter, quand on n'en a pas été témoin, des résultats extraordinaires que l'on peut obtenir avec les lacs à boucles et les petits tampons d'ouate dont la pression molle, élastique et continue, est si douce que le blessé n'en éprouve aucune douleur et en a à peine conscience. Grâce à leur emploi, j'ai pu redresser des membres incurvés, dont la consolidation était presque complète, faire disparaître des cals difformes, ramener en position, faire adhérer et revivre des esquilles dont la conservation paraissait impossible.

Avec eux, je parviens à produire une coaptation si précise, si exacte, à empêcher si bien l'extravasation du suc réparateur en dehors du foyer de la fracture, que j'obtiens une cicatrisation osseuse par première intention, avec absence de la saillie ordinaire du cal, c'est à dire *un cal définitif d'emblée non précédé par un cal provisoire.* (Voir ma théorie du cal dans mon livre.) Aussi, presque toujours, une fois la consolidation opérée et même plutôt vers le trentième jour, il est impossible, non seulement aux personnes étrangères à l'art médical, mais encore aux médecins, au malade lui-même, de reconnaître le siège de la fracture.

Avec leur secours, je puis faire disparaître rapidement l'engorgement et l'induration des tissus, qui existent autour de la fracture et même des articulations trop longtemps immobiles, de sorte que la jambe lésée paraît aussi nette, aussi régulière que la saine.

j'arrive, si je puis m'exprimer ainsi, à *modeler le membre* et à lui donner la forme et la direction que je désire. Ce moyen est si puissant, qu'avec lui on pourrait amener la disparition d'exostoses récentes et tout me porte à croire que les vétérinaires pourraient en tirer un excellent parti dans ces nombreuses affections, qui se montrent sur les jambes des chevaux, exostoses, javarts, mollettes, etc.

A la rigueur, l'appareil une fois posé pourrait être laissé en place jusqu'à parfaite consolidation, en se bornant aux petits soins indiqués ci-dessus. Cependant j'ai l'habitude de le lever vers le dixième jour, pour examiner la jambe à nu et mieux constater la position des fragments. Les bandes, les liens, les coussinets enlevés, les bandelettes de Scultet apparaissent relâchées, plissées, beaucoup trop larges par suite de la résorption de l'épanchement sanguin et de la disparition du gonflement consécutif. On voit clairement qu'elles n'ont plus d'effet compressif ou contentif. Elles pourront donc être supprimées, à l'avenir, sans inconvénients.

Les bandelettes déroulées à leur tour, la jambe se montre ordinairement plus ou moins colorée par les teintes de l'ecchymose décroissante et sous une figure peu satisfaisante à la vue. Au lieu d'être régulière, arrondie, elle présente une alternative de saillies et de dépressions et une forme presque carrée, effets produits par la pression des coussinets et des tampons d'ouate disposés entre le membre d'un côté, les lacs et l'appareil de l'autre. Sous cette apparence disgracieuse, toute passagère, que la suppression de l'appareil pendant une demi-heure suffit pour faire disparaître, on trouve le tibia débarrassé de l'empâtement induré qui l'enveloppait d'abord. Le doigt peut suivre la face antérieure et ses bords presque avec autant de facilité que ceux du tibia du côté sain, et constater les plus petites irrégularités qu'ils peuvent présenter. Le chirurgien apprécie alors bien plus facilement qu'au début, — où il était gêné par l'épanchement sanguin, la douleur, le spasme musculaire et les préoccupations de la réduction, — le siège de la fracture, le nombre, la forme, la position, la direction des fragments, la tendance qu'ils ont à se déplacer dans tel ou tel sens : il en tire des indications dont il tiendra compte, en réappliquant l'appareil et les lacs. Si tout est en bon état, on pourra appliquer sur la face antérieure de la jambe une lame de zinc doublée d'une couche d'ouate, comme l'a conseillé M. le docteur Ribard, médecin-major de première classe, ce qui permettra de supprimer les coussinets.

Vers le vingt-cinquième jour, on pourra rendre au genou sa liberté en coupant ou en rabattant les branches supérieures de la gouttière, à environ 5 centimètres au-dessous du pli du jarret. On imprime alors quelques mouvements modérés à l'articulation du genou, ainsi devenue libre ; les premiers sont quelquefois pénibles. Il survient même, parfois, un peu de gonflement du genou qui disparaît rapidement.

Le blessé sent alors son membre plus léger, il le meut plus facilement, il peut rester dans son fauteuil, assis comme tout le monde, la jambe fléchie, le pied posant à plat sur le sol, mais sans trop y appuyer, et n'avoir recours à l'appareil de suspension, que lorsque la fatigue, le gonflement, le picotement et l'engourdissement du membre lui font préférer la position horizontale. Les vaisseaux s'habituent aussi peu à peu à réagir contre la tension des liquides qui les dilatent, sous l'influence de la pesanteur, et, quand l'appareil sera définitivement enlevé, le gonflement du membre, qui survient toujours à ce moment dans la station debout, sera beaucoup moins considérable et bien moins persistant.

Un autre avantage de cette liberté hâtive, accordée à l'articulation fémoro-tibiale, c'est de permettre le facile usage des béquilles. A la rigueur, le blessé pourrait s'en servir dès que l'appareil est appliqué ; j'ai fait cette tentative plusieurs fois, sans qu'il en soit résulté d'inconvénients. Ce mode de locomotion est cependant pénible et malaisé, à cause de l'immobilisation des articulations du genou et du pied et de l'empêchement offert par l'appareil lui-même, qui dépasse un peu la longueur de la jambe ; aussi ai-je renoncé à cette pratique et je me contente, jusqu'au moment où le genou peut être fléchi, d'user du fauteuil à suspension ou du tricycle.

Ce n'est qu'au quarantième jour que le blessé muni de béquilles sera autorisé à appuyer le pied sur le sol. Il devra le faire avec précaution et s'arrêter s'il éprouve la moindre douleur dans le siège de la fracture.

Enfin, du quarante-cinquième au cinquantième jour, sauf de rares cas exceptionnels, la consolidation sera suffisante. L'appareil pourra être enlevé et remplacé par une simple bande roulée, les béquilles supprimées et remplacées par un béquillon. Des frictions excitantes sur le membre et quelques bains seront utiles.

On voit alors quelquefois les extrémités osseuses se gonfler, par suite de la gêne de la circulation sanguine entre les fragments, mais ce gonflement n'est que passager et le seul vestige de la fracture est une légère dépression sensible à travers la peau, sur le point de séparation des fragments.

La santé générale se maintient ordinairement excellente, pendant tout le cours du traitement ; l'appétit est bon, le sommeil tranquille et toutes les fonctions s'exécutent régulièrement ; la souffrance est nulle. Aussi le blessé engraisse. Il n'est besoin de presque aucune médication. Un peu de morphine, le premier et quelquefois le deuxième jour ; un purgatif ou un lavement s'il y a constipation ; du biphosphate de chaux, si la réparation osseuse paraît languissante, et voilà tout, à moins qu'il n'y ait quelque diathèse. Dans ce dernier cas, j'ai recours aux remèdes indiqués.

Dans les fractures *compliquées de plaies*, qu'elles soient produites par le corps vulnérant, par l'issue des fragments osseux ou bien par un coup de feu, un éclat d'obus etc. ; qu'elles communiquent ou non avec le foyer de la fracture, j'ai renoncé comme je le faisais d'abord à l'emploi du bandage de Scultet. La jambe, bien nettoyée et réduite, est placée directement et fixée dans l'appareil en zinc muni de sa couche d'ouate. On procède ensuite au pansement de la plaie, qui pourra être celui de Lister, à l'acide phénique, au bichlorure, à l'iodoforme, suivant la mode alors en usage. Ce pansement sera fixé par des lacs à boucles. Quelques secondes suffiront pour l'appliquer ou le renouveler. Si on est partisan du pansement ouaté de A. Guérin, on l'appliquera par-dessus l'appareil.

Comme dix-neuf fois sur vingt, les plaies dans les fractures de jambe siègent à la face antérieure, l'appareil ordinaire pourra être appliqué sans que la plaie soit recouverte par lui, sans que l'exécution du pansement soit gênée. Si elles existent à la partie latérale, on pratiquera une échancrure plus ou moins profonde sur le bord correspondant de la gouttière. Enfin, si elles se trouvent à la partie postérieure, on découpera une fenêtre en plein zinc. Comme les échancrures ou les fenêtres, si elles étaient très étendues, pourraient diminuer la solidité de l'appareil, il sera bon de supprimer les ouvertures dont l'appareil est pourvu, et même de lui donner un peu plus de largeur pour qu'il puisse recouvrir davantage la face antérieure du membre.

On regarde généralement les plaies, surtout celles pénétrantes, communiquant avec le foyer de la fracture, comme une complication très redoutable ; cependant j'ai vu plusieurs fractures de ce genre guérir, grâce à mon appareil, aussi rapidement que les fractures les plus simples ; néanmoins, il en est d'autres chez lesquelles des accidents surviennent et où la guérison est longue à se produire. C'est surtout dans ces dernières, où l'inflammation, les abcès, la présence d'esquilles, la suppuration abondante etc., retardent la réparation osseuse, altèrent le jeu des grandes fonctions et épuisent la constitution, que le séjour permanent au lit pendant plusieurs mois pourrait avoir de fâcheuses conséquences. Aussi le fauteuil à suspension joue-t-il un rôle important dans leur traitement, je fais lever le blessé journellement et aussitôt que s'il était atteint de fracture simple.

Dans *les fractures du péroné, les entorses, les arthrites tibio-tarsiennes et du pied*, j'emploie encore le même appareil, mais privé de sa partie supérieure et ne remontant qu'au mollet, car il est inutile que le genou soit immobilisé.

Ma gouttière est appelée à rendre les plus grands services chez

les fracturés atteints de *délire*, chez les aliénés qui se livrent à des mouvements inconscients et désordonnés et chez les *enfants* qu'il est impossible de faire tenir tranquilles. Grâce à son emploi, on pourra obtenir des consolidations régulières et des guérisons aussi rapides que chez les sujets raisonnables.

Elle sera aussi très avantageuse pour assurer les bons résultats des *résections*.

Enfin, pour le redressement des membres chez les enfants rachitiques, elle pourra remplacer très économiquement les appareils orthopédiques si chers et si compliqués.

Les cas où cet appareil a été employé se comptent aujourd'hui par centaines, tant en France qu'à l'étranger; il serait superflu d'en donner, dans une simple notice, des observations. On en trouvera dans mon livre et dans divers journaux ou thèses une collection plus que suffisante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Suture du nerf médian. — **M. TILLAUX**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Polaillon, donne lecture de l'observation à laquelle il a fait allusion. Il s'agit d'un homme de trente-six ans, qui, vers la fin de septembre 1883, passa la main droite à travers un carreau; il eut une hémorrhagie; on fit l'hémostase. Trois semaines après on constata que la sensibilité et les mouvements des doigts étaient altérés. Depuis cette époque l'usage de la main droite est resté pénible. Depuis trois ans il ne s'est produit aucune amélioration.

Il a perdu complètement la sensibilité de l'index et du médius et peut difficilement saisir les objets avec ces doigts.

M. Laborde constata lui-même l'état de la sensibilité et de la motilité. Les faces antérieure et postérieure du médius et de l'index sont diminuées au niveau des première et deuxième phalanges, abolies au niveau de la troisième et diminuées seulement au pouce.

Les mouvements du pouce, de l'index et du médius sont conservés; mais ces doigts n'ont pas de force. Celle-ci est diminuée de moitié au dynamomètre.

M. Tillaux pratique l'opération, suture les deux bouts du nerf médian avec un crin de Florence.

Trois heures après l'opération, le malade sentait ses doigts et l'examen de ces doigts a permis de constater le retour de la sensibilité. Aujourd'hui ce malade se sert aussi bien de sa main droite que de sa main gauche.

Lymphangiome. — **M. ANGER** fait un rapport sur un cas de lymphangiome de la main, opéré avec succès par M. Eugène Nélaton.

Il y a vingt ans, alors que M. Anger communiquait un cas de lymphangiome, il concluait à la contre-indication de l'intervention chirurgicale dans ces cas. Aujourd'hui, il revient sur cette prescription. L'observation communiquée par M. Eugène Nélaton est une nouvelle preuve de l'utilité de l'opération.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, qui portait, sur la partie supérieure de la cuisse, une assez volumineuse tumeur, que M. Nélaton reconnut être un lymphangiome. La peau, au niveau de cette tumeur, présentait des élevures qui étaient des varices lymphatiques. Bien que l'examen microscopique n'ait pas révélé l'origine ganglionnaire de cette tumeur, M. Anger croit, avec M. Nélaton, que c'était bien un lymphangiome développé dans les ganglions.

Les suites de l'opération furent heureuses, malgré un érysipèle de la face, survenu au dixième jour.

M. TRÉLAT dit que ce fait présente un très haut intérêt, attendu que c'est la première fois qu'une opération de ce genre est suivie d'un résultat heureux. Il pense que le microscope n'ayant pas démontré l'origine ganglionnaire, il faut accepter qu'il s'agit des vaisseaux lymphatiques et non des ganglions. Il existe un certain nombre de circonstances heureuses en faveur du dernier cas de M. Nélaton. Dans les faits malheureux publiés autrefois par MM. Trélat, Amussat, il s'agissait bien nettement d'une origine ganglionnaire. La mort, dans les deux cas, paraît avoir été le résultat d'une septicémie aiguë.

M. LE DENTU communique l'observation d'une jeune fille des Antilles, de seize ans, qui porte dans l'aine droite une tumeur présentant tous les caractères d'un lymphangiome. La peau est saine, mobile, et ne porte pas de ces élevures ou varices lymphatiques. Il n'y a aucun cordon sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du membre. L'état de cette jeune fille paraît s'être amélioré depuis son séjour en France, datant déjà de trois à quatre ans.

A l'aine opposée il y a quelques ganglions, sans aucun caractère de lymphangiome. En présence d'un état stationnaire aussi net, M. Le Dentu n'a pas cru devoir proposer d'intervention chirurgicale.

M. MONOD a opéré, à Ivry, un enfant qui portait une petite tumeur de l'épaule. La tumeur, une fois enlevée, fut reconnue pour un lymphangiome. C'était une tumeur cutanée. Ce petit malade eut un érysipèle.

M. LANNELONGUE pense que, dans le cas de M. Monod, il s'agit d'un de ces kystes séreux qui sont des tumeurs lymphatiques.

Il y a une grande différence entre ces tumeurs et celles dont ont parlé MM. Trélat, Anger et Le Dentu.

M. ANGER répond à M. Trélat qu'il ne croit pas qu'on puisse mettre en doute l'origine ganglionnaire de la tumeur opérée par M. Nélaton fils. Quant à l'opération, elle peut être tentée, et M. Anger rappelle, à ce sujet, l'observation de lymphangiome de la face, opéré avec succès par M. Péan.

Absence complète du vagin; établissement d'un vagin artificiel. — **M. POLAILLON** communique l'observation d'une jeune fille de 21 ans, couturière, qui, à 15 ans, fut prise de douleurs brusques dans le ventre, sans écoulement sanguin. Trois mois après, les mêmes douleurs très vives reparurent. A partir de l'âge de 18 ans, elles apparurent tous les mois, pour durer une dizaine de jours, sans écoulement sanguin, et sans que le ventre augmentât notablement de volume. Les seins et la vulve présentaient chez cette jeune fille une apparence normale; en déprimant entre le méat urinaire et la fourchette, le doigt est aussitôt arrêté par une cloison. Au-dessus du pubis, on sent une tumeur de la grosseur d'une orange, très mobile, qui se termine par une saillie dure (col utérin). A l'aide d'une sonde placée dans la vessie et d'un doigt introduit dans le rectum, on sent seulement une mince couche de tissu. Il n'y a donc pas de vagin entre les deux. La tumeur abdominale est l'utérus un peu distendu.

Dans une première opération, pratiquée le 23 mars 1886, M. Polaillon incise transversalement la muqueuse vulvaire, dédouble la cloison recto-vaginale avec les doigts et une spatule mousse, arrive ainsi jusqu'au voisinage de l'utérus qui se déplace très facilement; puis il s'arrête, attendant de voir se former des adhérences autour de cette plaie. La malade eut quelques vomissements, un peu de rétention d'urine; il n'y eut pas de fièvre, on fit des injections de sublimé au deux-millième. Le 30 mars, M. Polaillon constate qu'il est encore éloigné de l'utérus de quelques centimètres. Le 3 avril, le vagin s'est notablement rétréci, mais ses parois se sont épaissies. Le 15 avril, M. Polaillon pratique la seconde opération. Le vagin est surtout rétréci à 2 à 3 centimètres de la vulve. M. Polaillon perfore les releveurs et ses aponévroses à 5 ou 6 centimètres de profondeur; il l'élargit par déchirement et va, avec une spatule mousse, vers l'utérus; il peut l'abaisser par l'hypogastre. Le col est sans orifice, il l'incise avec une lame de scarificateur, l'agrandit avec un lithotome double et donne aussitôt issue à un liquide noirâtre, sans odeur; l'utérus n'est plus distendu; le péritoine ne semble pas intéressé, ni la vessie, ni le rectum. Les suites de l'opération furent simples.

M. Polaillon plaça un tampon fait avec cinq tubes de caoutchouc, de 20 centimètres de long, destinés à maintenir la dilatation. Le 21 avril, l'utérus est très rétracté. Les douleurs menstruelles sont devenues fort tolérables, mais il n'y a pas d'écoulement sanguin, probablement par suite d'une malformation de l'utérus.

Inversion utérine; ablation. — **M. LE FORT** communique l'observation d'une femme qui, à la suite d'un accouchement, eut une inversion de l'utérus.

Le médecin peut réduire; le lendemain l'inversion se reproduit et ne peut plus être corrigée. Cette malade entre dans le service de M. Le Fort le 10 juin 1886. Il constate la persistance de l'inversion utérine. Le 18 juin, il donne le chloroforme et tente la réduction sans succès. Ces manœuvres, réitérées plusieurs fois, restent toujours sans résultat. L'application d'un pessaire de Gariel reste également sans effet. M. Le Fort se décide alors à pratiquer l'ablation de l'utérus inversé. Il applique sur la base de l'utérus un fil élastique qu'il a très fortement serré et qu'il a lié. La malade a souffert pendant deux heures.

Douze jours après, la portion de l'utérus inversée et se trouvant au-dessous de la ligature se détache. Les métrorrhagies n'ont pas reparu. Cette malade, qui avait aussi une rupture du périnée, subit l'opération de la périnéorrhaphie, pratiquée avec succès par M. Segond. Elle est restée complètement guérie. Les règles n'ont pas reparu.

Hémato-salpingite. — **M. TERRILLON** communique un cas d'hémato-salpingite double qu'il a opérée hier. Cette malade était atteinte d'un corps fibreux assez volumineux. M. Terrillon proposa l'ablation des annexes de l'utérus. Il ouvrit l'abdomen et trouva les trompes oblitérées et remplies de sang. Cette malade avait des troubles considérables au moment des règles.

Orteils en marteau. — **M. TERRIER** présente une jeune fille qui était atteinte, aux deux pieds, d'orteils en marteau. Il réséqua la peau, ouvrit largement les articulations et fit la résection cunéiforme, qui donna un très bon résultat.

M. VERNEUIL a pratiqué la même opération sur les doigts de la main.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20921

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 28 mars 1887.

Nous recevons de M. le Directeur de l'Assistance publique la lettre suivante :

Paris, le 25 mars 1887.

Monsieur le directeur,

La *Gazette des hôpitaux* a publié, dans son numéro du 24 mars, une lettre de M. Després que j'aurais laissée sans réponse si, à côté des déclamations habituelles et des erreurs familières à M. le docteur Després, je n'y avais relevé le passage suivant :

« De son côté, M. Peyron sait que dernièrement quand il s'est agi d'envoyer, dans un service d'enfants atteints de croup, une dame D... célibataire, élève diplômée de l'école d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. »

J'affirme de la façon la plus énergique que jamais je n'ai appelé Mme D... à aucun emploi dans aucun hôpital d'enfants et qu'elle n'a pas eu à refuser un poste que je ne lui ai pas offert.

Veuillez recevoir, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

E. PEYRON.

La parole est à M. le docteur Després.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Opération de hernie crurale.

J'ai fait, samedi dernier, une opération de hernie crurale, dont les suites ont été malheureuses ; la femme a succombé au bout de vingt heures.

Il s'agissait d'une hernie crurale très grosse, mais dont le volume n'était pas constant : ainsi lorsque la malade toussait, elle acquérait le volume des deux poings, lorsqu'elle était au repos, au contraire, ou qu'elle était allée à la selle, la tuméfaction se trouvait réduite de moitié. Aussi avais-je pensé tout d'abord que la réduction en serait assez facile sauf, bien entendu, pour la partie qui paraissait avoir contracté des adhérences avec la face profonde du sac. Je croyais donc trouver une hernie intestinale en grande partie réductible, le gros épiploon adhérant en plusieurs points du sac, notamment en haut, adhérences que je m'attendais à détruire tandis que je réséquerais une portion dudit épiploon.

Voici donc le plan opératoire que je décidai, lequel devait malheureusement me donner certaines déceptions : incision de la peau et des tissus pour arriver couches par couches sur le sac, décoller jusqu'au niveau de l'anneau, ouvrir le sac, chercher l'intestin et le réduire, attirer l'épiploon au dehors et poser des ligatures au catgut, le renverser dans l'intérieur de l'abdomen, attirer autant que possible le sac, le suturer avec soin, bien remonter son moignon dans l'abdomen et sutures superficielles.

Comment ce programme opératoire put-il être accompli.

Le chloroforme fut donné à la malade. A ce moment j'ignorais encore qu'à son arrivée à l'hôpital cette femme était ivre et dans un état de saleté absolument repoussant, je l'ignorais d'autant plus que, lorsque le lendemain je l'avais vue pour la première fois, elle paraissait être dans les conditions les plus normales. Donc, je le répète, j'ignorais quand j'ai commencé la chloroformisation que j'avais affaire à une alcoolique. Mais bientôt je l'appris grâce à l'agitation que le chloroforme détermina et à la difficulté de l'endormir. Je regrette de ne pas l'avoir su plus tôt car j'aurais certainement retardé toute intervention chirurgicale pour instituer auparavant et pendant tout le temps nécessaire le traitement préparatoire des alcooliques par la strychnine et l'opium.

Je commençai donc, l'anesthésie obtenue, l'opération ; le premier temps alla bien. Je trouvai le sac herniaire doublé d'une telle quantité de graisse qu'on aurait pu le prendre pour un lipome si on avait eu affaire à une autre région du corps. Cette masse graisseuse diminuait cependant, lorsqu'on s'approchait de l'anneau crural, niveau auquel le sac en était alors débarrassé. Mais ce sac était très solide, les fibres du *fascia transversalis* lui formant une enveloppe résistante telle que je dus couper de gros faisceaux fibreux. Enfin, j'arrive sur le collet du sac qui correspondait à l'orifice transversal ovoïde, mesurant 3 centimètres dans un sens et 2 dans l'autre. J'ouvre le sac et j'y trouve des adhérences énormes et très larges au lieu de circonscrites que je pensais y rencontrer. Je les détache. Quant aux masses dures que j'avais cru devoir être de l'épiploon, c'était des tractus fibreux et des appendices épiploïques de la grosseur de deux phalanges. Je dus les détruire et couper aussi lesdits appendices après avoir placé des ligatures perdues au catgut. Après quoi je songeai à réduire la hernie. Celle-ci était

constituée non pas par l'intestin grêle mais bien par une partie du cœcum, tout le côlon ascendant et une portion du côlon transverse; bref la hernie diminuée du sac et de la masse graisseuse avait encore le volume du poing. Quant au sac, — ceci soit dit en passant, — fait rare, il ne pesait pas moins d'une livre. Pendant ce temps la malade, agitée, faisait des efforts qui rendaient la réduction difficile, l'intestin à peine rentré ressortait aussitôt. Je passai le doigt dans l'anneau sans rencontrer d'adhérences, mais seulement une sorte de bride difficile à délimiter. J'essayai le taxis par des pressions douces; le ventre se contractait toujours. M. Segond, qui assistait à l'opération, propose de faire le taxis non plus d'avant en arrière, mais bien d'arrière en avant; dans l'espace de trois à quatre minutes, par ce procédé, la réduction peut enfin être obtenue.

L'opération fut terminée avec les plus grands soins par des lavages antiseptiques; la plaie abdominale fut fermée, recousue solidement après avoir ramassé les débris du sac en entonnoir, tordu le pédicule avec les pinces à ovariotomie, et fermé ledit sac avec deux grosses ligatures au catgut. Il n'y avait pas eu, pendant toute la durée de l'opération, de perte de sang appréciable.

Il n'y avait donc pas eu, à proprement parler, d'épiploon dans le sac, mais seulement des appendices épiploïques hypertrophiés et d'énormes masses graisseuses. L'opération avait duré environ une heure un quart.

Quand la malade fut reportée à son lit, je recommandai de suivre sa température avec grand soin, d'autant plus qu'elle était assez basse, comme d'ailleurs dans toute opération pratiquée sur la cavité abdominale. Le pouls était petit, la dépression assez grande. A midi et demi cette femme avait 35°,4; à deux heures 35 degrés; à trois heures 35°,8. Des injections d'éther furent faites et à quatre heures on trouvait 36°,2; à cinq heures 36°,4; à six heures 36°,5. Vers sept heures cette femme était bien, calme, sans autres souffrances qu'un certain degré de constriction au creux épigastrique; le pouls était plein; la respiration bonne. A huit heures 36°,6; à neuf heures 37°,8; de là un pronostic favorable. Elle avait bien eu, à sept heures et demie, un vomissement; mais cela n'avait rien d'alarmant après une pareille opération.

Cependant, dès neuf heures du soir, cette femme commença à être en proie à une certaine agitation (sans éprouver cependant de souffrances bien vives), puis à un délire analogue au delirium tremens, enfin à une oppression assez intense. A onze heures du soir la température était de 38 degrés; à une heure du matin 39 degrés; à trois heures du matin 38°,8. Plus tard il n'a pas été possible de la prendre, en raison même de l'agitation.

Bref cette femme était en pleine attaque de delirium tremens dû à la réaction de l'alcoolisme et non de délire traumatique pur et simple que l'on n'observe que chez les hystériques ou les cérébraux anciens, lequel d'ailleurs n'est pas très grave et n'a aucun rapport avec le délire alcoolique.

Bien que la respiration parût normale, vers la moitié de la nuit, la malade avait aussi une oppression considérable; le matin cette oppression avait fait place à une dyspnée intense; les membres étaient froids, les extrémités des doigts violacées. En un mot nous étions en présence d'une violente congestion pulmonaire, comme on en observe quelquefois dans les affections abdominales et qui ont déjà fait mourir tant de malades. Des ventouses furent appliquées en grande quantité, en même temps qu'on administrait la potion de Tood. Enfin à huit heures du matin la malade succombait. Elle avait rendu en tout, dans l'espace de vingt-deux heures, 100 grammes d'urine, après avoir été cathétérisée; véritable anurie réflexe.

L'autopsie a été pratiquée; elle nous a montré l'existence d'une arcade épiploïque, laquelle avait été la cause des difficultés de réduction, arcade que le doigt n'avait pu sentir mais que nous avions soupçonnée en partie lorsque nous avions cru à la présence de quelque bride profonde. C'est elle qui a rendu l'opération aussi longue. Il n'y avait pas trace de péritonite; l'intestin malaxé présentait seulement un peu de piqueté rougeâtre. Par contre les poumons étaient violemment congestionnés, violacés; le foie n'était pas très volumineux, mais très graisseux; les reins étaient surchargés de graisse tout en étant indemnes; le cœur était graisseux au plus haut degré; enfin il y avait une congestion formidable des méninges : leur coloration violacée était analogue à celle du tissu pulmonaire.

Pour un certain nombre de chirurgiens la cause de la mort serait ce que l'on a appelé le choc traumatique. Mais ce mot ne veut rien dire du tout. De quoi donc cette femme est-elle morte? — De péritonite? Non. — De septicémie? Pas davantage, on n'a pas de septicémie en vingt heures. — De délire urémique? En général ce délire ne tue pas aussi rapidement et d'ailleurs il n'y a pas eu de coma. — De congestion pulmonaire? Celle-ci a bien joué un certain rôle mais elle n'a pas été assez considérable. Il n'y avait pas de splénisation ni d'apoplexie pulmonaire. — Rien de tout cela n'a suffi à tuer la malade qui, en réalité, est morte par le cerveau, elle est morte de delirium tremens, parce qu'elle était alcoolique, délire que nous avons traité par les injections de morphine, sans succès malheureusement.

En résumé l'opération que j'ai faite était justifiée et par les souffrances que la hernie déterminait et par l'impossibilité pour cette femme de travailler. Je ne regrette donc pas de l'avoir pratiquée bien que j'en regrette vivement les conséquences. J'ajoute que si j'avais su avoir affaire à une alcoolique, j'aurais non pas renoncé à l'opération, mais je l'aurais ajournée à deux ou trois mois afin de combattre, pendant ce temps, l'alcoolisme par un traitement préparatoire.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LE SOMNAMBULISME SPONTANÉ ET LE SOMNAMBULISME PROVOQUÉ

Par M. le docteur Mesnet.

Le malade qui a fait le sujet de cette étude est un jeune homme de dix-neuf ans, fils d'une hystérique. A l'âge de onze ans, à la suite d'une insolation et pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, il a été pris d'attaques de nerfs qui se répétèrent plusieurs fois par jour pendant trois mois avec une extrême violence et qui cessèrent au moment où apparut sur le cuir chevelu une éruption impétigineuse. A dater de cette époque, il devint nerveux, irritable, d'une extrême mobilité d'esprit. Vers la fin de 1885 apparaissent les premiers troubles du sommeil, agitation, bavardage, propos incohérents, se levant la nuit, s'habillant, marchant dans sa chambre. En juin 1886 les accès de somnambulisme deviennent plus fréquents et plus longs; ils se produisent le jour comme la nuit, il s'endort debout, à table, en mangeant, en travaillant. La mobilité de son esprit s'accroît; il ne peut pas tenir en place, il quitte Paris, fait plusieurs voyages, sans but. De retour à Paris il s'imagine être un grand musicien, se met à composer et à apprendre plusieurs instruments; plus tard il se croit chirurgien militaire. En octobre et no-

vembre de la même année, il fait de grands excès de femme, à la suite desquels son état mental devient de plus en plus chancelant, les troubles du sommeil augmentent; on le trouve un jour endormi près des fortifications, d'où il est rapporté chez lui où il reste quinze heures sans se réveiller.

Tel était l'état du malade au moment où il a accompli l'acte réputé vol, dont il a à rendre compte à la justice. (Il avait soustrait divers gros objets, chaises, commode, exposés sur le trottoir devant la boutique d'un marchand du voisinage.) Entré à l'Hôtel-Dieu, le 19 décembre 1886, il fut conduit dans le service de M. Mesnet, pour être soumis à l'examen du docteur Garnier, commis par le préfet de Police, à l'occasion de ce vol. Dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, il fut facile de constater qu'il avait de fréquents accès de somnambulisme spontané pendant lesquels il se levait, s'habillait, se promenait dans la salle, balayant, essuyant les meubles, les déplaçant, rangeant les chaises en cercle et se plaçant au milieu, une baguette à la main, avec les attitudes d'un chef d'orchestre; d'autres fois se livrant à des tentatives de suicide.

Dans l'examen des diverses sensibilités, fait en dehors des crises, on constate : analgésie, anesthésie complète, perte de la sensibilité aux températures sur une grande partie de la surface du corps. Le tact est conservé. L'électricité à courants interrompus n'est point sentie. Les muqueuses aux orifices n'ont aucune trace de sensibiitté. La vue et l'ouïe sont intactes; le goût et l'odorat sont abolis.

La constatation du somnambulisme spontané bien établie, M. Mesnet a voulu savoir jusqu'à quel point cet homme était accessible à l'action hypnotique produisant le somnambulisme artificiel.

Le malade, amené dans le cabinet de M. Mesnet, en présence de M. Tillaux, son collègue de l'Hôtel-Dieu, de M. Garnier et des élèves du service, est hypnotisé en quelques secondes par le fait seul de la surprise de son regard fixé subitement à très courte distance, sans autre point de contact avec sa personne. Aussitôt il se rapproche de M. Mesnet, se met en contact nez à nez, œil sur œil, se reculant, s'avançant avec lui, le suivant dans tous ses mouvements et tenant toujours les yeux fixés sur les siens. Ainsi attaché à sa personne, il n'a plus aucune communication avec le dehors, il n'a plus d'autres excitations que celles qu'il en reçoit, n'entend que sa voix, ne répond qu'à ses questions. On avait devant soi l'exemple le plus complet de la fascination hypnotique.

La fascination étant, entre toutes les manifestations de l'hypnose, celle dans laquelle il est le plus facile de créer au malade des hallucinations, M. Mesnet a fait sur ce malade les observations suivantes : Il a suscité chez lui une hallucination de la vue. En lui disant brusquement : un oiseau! devant vous! sur le mur! Il a éveillé son attention sur cet objet, en dirigeant son regard dans la direction voulue. Le malade se précipite à l'instant vers lui, renversant tout ce qui lui fait obstacle, élève les bras pour le saisir, etc. Puis il a successivement mis en jeu chez lui différents modes de sensibilité morale, d'émotivité, correspondant à une idée représentée. Au mot « un enterrement » prononcé brusquement devant lui, ses traits se contractent, sa figure devient triste, il soupire et pleure. Aux mots « Voyez, un mariage! » il lui vient à l'instant un sourire et il fait un pas en avant pour se rapprocher d'un spectacle agréable : « Ils dansent! » il se met à danser.

Ces diverses expérimentations faites, M. Mesnet réveille le malade par une vigoureuse insufflation sur la face. Afin de savoir quel souvenir il avait pu garder, au réveil, des diverses impressions qui lui avaient été communiquées pendant son sommeil, M. Mesnet l'interrogea sur tout ce qui venait de se passer, il ne se souvenait de rien. La scission de la mémoire était complète. Restait à faire la contre-épreuve.

Le malade, de nouveau hypnotisé par le regard et questionné sur les mêmes faits, répond nettement à toutes les questions, de manière à prouver que, dans cette nouvelle crise, il avait la mémoire la plus complète de tout ce qui s'était passé dans la crise précédente, des diverses hallucinations qui lui avaient été créées, des sentiments qui avaient été éveillés en lui pour mettre en jeu son émotivité.

Ces expériences duraient depuis une heure, le malade s'agaçait, prenait de temps en temps des expressions de frayeur, à diverses reprises il fut pris de tressaillements et de secousses des membres. M. Mesnet ayant essayé de le réveiller en lui soufflant au visage et sur les yeux, ne put y parvenir. M. Garnier essaya aussi vainement de le réveiller par suggestion. On le reconduisit à son lit, et là M. Garnier lui ordonna de se déshabiller et de se coucher, ce qu'il fit après quelques hésitations. Il eut alors une attaque convulsive, franchement hystérique, entremêlée de périodes de catalepsie et de léthargie, suivie de sanglots et de larmes. Puis il s'endormit d'un sommeil très calme qui dura trois quarts d'heure.

Les jours suivants, il n'éprouva aucun malaise particulier et resta dans un état de calme relatif, sans autre trouble que le retour périodique de ses accès de somnambulisme spontané habituel.

Comme complément de cette étude sur les influences hypnotiques exercées directement sur le malade, M. Mesnet s'est proposé une nouvelle expérience, pour savoir dans quelle mesure il serait accessible aux suggestions post-hypnotiques : c'est-à-dire, un ordre lui étant donné tel jour, s'il serait exécuté par lui, sans provocation directe, à l'heure dite?

On comprend l'importance de cette nouvelle épreuve en présence des imputations de vol qui avaient amené ce malade dans le service.

Un jour, à la visite, le malade fixant les yeux sur M. Mesnet, s'endormit; il n'en continua pas moins à répondre aux questions qui lui étaient adressées, mais sans entendre ni voir les autres assistants.

Les conditions étant favorables pour entreprendre l'expérience, M. Mesnet, escorté de ses élèves, l'emmena dans son cabinet. Fixant énergiquement son attention, et lui montrant un de ses externes, il lui dit : « Voyez la chaîne de montre de M. X... — La voyez-vous? » — « Oui » — « Hé bien! je vous ordonne demain, pendant ma visite, de prendre adroitement cette chaîne et la montre, de mettre le tout dans votre poche et de vous en aller aussitôt! » Il eut un mouvement de surprise avec secousse dans les membres et une expression de mécontement très évidente. Il ne répondit pas. M. Mesnet insista, en lui disant : « Je vous l'ordonne. Je le veux ». Il répondit : « Oui », avec un geste brusque et saccadé. Le malade fut ramené à son lit et réveillé par une insufflation sur la figure. Il ignorait absolument ce qu'on venait de faire, de dire et où on l'avait conduit.

Le lendemain, à neuf heures, en entrant dans la salle. M. Mesnet le rencontra causant dans le vestibule de choses indifférentes avec les élèves. Il avait sa tenue habituelle, toute sa liberté d'esprit; aucune trace de préoccupation ni de souci n'apparaissait dans sa personne. Sur l'ordre de retourner à son lit, il obéit aussitôt. A toutes les questions qui lui furent adressées, il répondit d'une manière très satisfaisante.

La visite terminée, M. Mesnet et ses élèves étant tous réunis autour de la table sur laquelle il signait ses cahiers, le malade, qu'il avait fait mander, placé à sa droite, l'externe M. X... à sa gauche, on causait des malades sortants et des lits disponibles. Le malade qui ne prêtait plus d'attention à la conversation, était debout, immobile, les yeux fixés sur la chaîne de montre de M. X... Sa physionomie était calme, son regard contemplatif. Il semblait se détacher de plus en plus du milieu qui l'entourait. Il s'hypnotisait à la vue des anneaux brillants qu'il avait devant les yeux et il était évidemment en proie à une lutte dont les assistants suivirent pas à pas les différentes phases.

Le regard fixé sur la chaîne, il s'absorbait de plus en plus, ses pupilles se dilatèrent, l'œil était devenu humide et la conjonctive légèrement injectée. Sa figure, calme et impassible d'abord, prit une expression singulière d'angoisse qui s'accusait non seulement par le plissement de la peau du front, mais surtout par des troubles considérables de la circulation capillaire, rougeurs partielles, décoloration avec teinte terne et livide, par places, grande perturbation du système vaso-moteur. En même temps la respi-

ration devenait rapide, il y avait des tremblements musculaires et de brusques secousses des membres par moments.

Après avoir, à plusieurs reprises, incliné sa tête et son corps vers M. X... il fit lentement un tour en avant, puis lentement un autre et porta ses deux mains vers la chaîne qu'il ne toucha pas. Plusieurs fois il retira ses mains, puis brusquement, dans un mouvement rapide, il détacha la clef de la boutonnière du gilet, retira la montre et la mit dans la poche de son pantalon.

Au même instant il quitta la salle en courant, traversa le couloir, le palier et descendit précipitamment à l'étage au-dessous.

On le retrouva au bas de l'escalier, aux prises avec un infirmier qui l'avait suivi; il était dans un état d'égarement complet. Une insufflation sur les yeux le remit instantanément en rapport avec les assistants.

Reconduit dans le cabinet de M. Mesnet, celui-ci lui demanda ce qu'il avait. Il répondit qu'il n'avait rien. « D'où venez-vous? Qu'avez-vous fait? » — « Monsieur, je ne sais pas! » — M. Mesnet retira de sa poche la montre qu'il y avait mise, en lui demandant : « Comment avez-vous cette montre? Est-elle à vous? » — « Non. » — « Je le sais bien, puisque vous venez, en notre présence, de la prendre à M. X...! » — A ce mot il s'exclama avec énergie : « Je ne suis point un voleur! » et il se mit à fondre en larmes avec des sanglots et des soupirs, accusant une grande émotion.

Au même instant aux larmes succédèrent des crises d'une violence extrême pendant lesquelles il voulut à diverses reprises se précipiter la tête contre les murs, en répétant : « Je ne suis point un voleur! c'est une infamie! » Ses violences étaient telles qu'il fallut une dizaine de personnes pour le maintenir.

Pendant plus d'une demi-heure, il présenta la succession rapide et la plus exagérée des diverses phases des perturbations hypnotiques : spasme, collapsus léthargique; puis des alternatives de catalepsie et d'extase... L'état hypnotique, dans lequel il était, ne se rattachant à aucun acte extérieur, mais bien à l'influence de sa propre émotion, échappait par cela même à toute action personnelle exercée sur lui. Profitant d'un instant d'extase contemplative, M. Mesnet lui fit prise du regard, et parvint ainsi à l'éveiller en lui soufflant sur la face.

Envisagés dans leur ensemble, dit M. Mesnet, les faits que nous venons d'exposer offrent un grand intérêt, car ils permettent, dans une certaine mesure, de faire l'analyse psychologique du malade, dans les différentes phases de l'acte que nous lui avons commandé.

En pleine possession de lui-même, au moment où il était entré dans le cabinet de M. Mesnet, l'ébranlement cérébral a commencé à l'instant où, les yeux fixés sur la chaîne de montre, l'idée suggérée s'impose à son esprit. A dater de ce moment il subit un entraînement irrésistible. Il est d'abord en lutte avec deux influences opposées : l'une suggérée qui le pousse vers l'objet qu'il doit prendre, l'autre personnelle, de résistance à l'acte qui lui a été commandé. Mais bientôt sa personnalité et sa volonté s'effacent et disparaissent et il n'est plus alors qu'un être inconscient, un instrument aveugle à la merci de l'idée qui l'entraîne.

Tel exécute le vol, comme on vient de le voir, tel combine le suicide, tel autre est homicide ou incendiaire! Et après l'accomplissement de ces actes inconscients, la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder souvenir de la période qu'il vient de traverser. Quand le magistrat intervient, tout désordre a cessé : en présence d'un homme qui ne peut expliquer ses actes, qui se retranche derrière la défaillance de sa mémoire, le juge d'instruction est amené à croire à un système de défense; il passe outre, bien que le malade réponde invariablement : « Je ne sais pas! » et que le fait accompli, qu'il ignore réellement, ait souvent eu pour témoin une nombreuse assistance.

Quelque obscures qu'elles puissent paraître, nous espérons que les progrès incessants de nos études en psychologie morbide mettront en pleine lumière ces importantes questions; et que nous arriverons, dans un avenir prochain, à convaincre les magistrats de la réalité de ces phénomènes pathologiques qui concluent à : automatisme, inconscience, amnésie.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg).

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, atteinte de carcinome de l'extrémité inférieure du rectum. Opérée une première fois, en 1884, elle quitta l'hôpital dans de bonnes conditions, au mois d'août de cette même année.

En 1885, un an après, elle revint avec une récidive intéressant la cloison recto-vaginale. Une nouvelle opération fut pratiquée, dans laquelle toute la partie malade fut enlevée jusqu'à un travers de doigt du col de la matrice. Cette femme se rétablit assez bien pour sortir encore une fois du service, mais elle y rentra un an plus tard, parce que l'utérus, non retenu par le périnée, tombait au dehors complètement, ce qui la mettait dans l'impossibilité de rien faire. Malgré des tentatives répétées de réduction et l'essai d'un pessaire spécialement fabriqué pour maintenir l'organe, le prolapsus se reproduisait et augmentait toujours.

Après la perte de substance résultant des deux opérations successives faites en 1884 et 1885, il existait un cloaque qui rendait toute autoplastie impossible, et l'on ne pouvait songer qu'à l'ablation de l'organe utérin. L'hystérectomie fut donc pratiquée; mais le voisinage du péritoine n'a pas permis l'emploi de la forcipressure. Au bout de huit jours, le tampon d'iodoforme fut retiré. Les fils tombés, la malade guérit.

M. Jules Bœckel appelle l'attention sur ce fait que, dans le cas de cette malade, il a été impossible d'appliquer le procédé de M. Richelot à cause des dégâts considérables qu'avaient entraînés les deux opérations préliminaires, opérations qui avaient amené le péritoine dans le voisinage du cloaque et empêché l'emploi des pinces. (*Gazette médicale de Strasbourg*.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. — M. Besnier, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Balzer, sur les injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis, lit un travail sur ce procédé de mercurialisation par voie hypodermique.

Il commence par déclarer que, selon lui, ce moyen ne saurait constituer une méthode de traitement général de la syphilis. Il ne guérit pas; il éteint seulement des foyers locaux et stérilise peut-être, au point de vue des foyers nouveaux.

Il donne des succès éventuels et agit très différemment selon les particularités individuelles. En somme il ne doit être rien changé dans le traitement général de la syphilis; il s'agit là simplement d'un mode particulier de mercurialisation par voie hypodermique.

M. Besnier passe en revue les différents procédés qui ont été proposés, soit avec les chlorures solubles, selon la méthode préconisée par M. Martineau, soit avec les chlorures insolubles. Ce sont là deux médications distinctes. Avec les sels de mercure solubles, vingt-quatre heures après l'injection, la germination syphilitique recommence.

Relativement aux injections de sels insolubles, sur lesquelles il veut surtout insister, M. Besnier passe successivement en revue la technique de ces injections, les accidents locaux et les accidents généraux auxquels elles peuvent donner lieu, enfin leurs indications et contre-indications.

Pour la technique elle offre un réel intérêt, car ces injections peuvent déterminer une inflammation phlegmoneuse, d'où l'éventualité de certains accidents et la nécessité de pratiquer l'antiseptie ou la stérilisation microbienne des substances injectées à l'aide des procédés habituels, lavage de la partie, etc.

Le lieu d'élection est, pour M. Besnier, la fossette rétro-trochantérienne; il lui paraît préférable de pousser l'injection dans la couche musculaire plutôt que dans la couche hypodermique; il importe de ne pas froisser le périoste. Il emploie la dose de 10 centigrammes de calomel pour 1gr,20 de vaseline liquide, et même préfère-t-il n'injecter que 5 centigrammes de calomel à la fois. Au reste, il ne saurait y avoir de formule fixe pour ce traitement. Si après dix jours on ne constate pas une action thérapeutique évidente, il faut faire une seconde séance.

Les accidents locaux de ces injections sont d'abord une douleur ou tout au moins une gêne qui persiste pendant plusieurs jours. En outre, du troisième au sixième jour, apparaît un nodus dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un gros œuf, un certain degré d'empâtement; à la seconde semaine, ce nodus s'approche de la peau, vient quelquefois à s'ouvrir et donne issue à un liquide hémato-purulent, puis laisse une plaque violacée et une cicatrice déprimée. Ces abcès sont encore assez fréquents, et si l'on en prend le pourcentage par rapport au nombre des malades et non au nombre des injections, on trouve 20 p. 100. Ces abcès s'accompagnent de douleurs à distance. Ils s'observent très fréquemment chez la femme, très rarement chez l'homme.

Les accidents généraux éloignés ne sont pas fréquents; quelquefois on voit apparaître de la stomatite; on peut éviter la salivation, en surveillant les malades. Pas d'albuminurie; parfois une céphalée obscure, difficile à interpréter.

M. Besnier, dans un cas, a vu se produire une syphilis méningée trois semaines après une injection.

Abordant la théorie hypothétique sur laquelle repose le mode d'action de ce traitement, M. Besnier dit que la mercurialisation intime des tissus, invoquée par plusieurs auteurs, est le roman des injections hypodermiques.

Il fait observer que 40 centigrammes de calomel, injectés sous la peau, correspondent à 23 centigrammes de sublimé. Or, en admettant que tout soit utilisé, il est démontré que la partie solubilisable est épuisée en quelques semaines.

Tous ces procédés quels qu'ils soient, ajoute M. Besnier, peuvent être suivis de récidive. Celle-ci dépend beaucoup plus de l'individu lui-même que du traitement mis en œuvre. A ce sujet, il fait observer que dans les statistiques, les malades qui ne sont pas revenus et sur lesquels on n'a pu constater l'absence de toute récidive ne doivent pas compter.

En résumé, M. Besnier ne croit pas qu'on doive engager les praticiens à entrer dans cette voie du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées, d'abord parce que l'efficacité définitive de cette méthode n'est pas encore démontrée; ensuite parce qu'elle peut donner lieu à des accidents locaux ou même généraux d'une certaine importance, enfin parce que la technique de ces injections exige un certain nombre de précautions assez minutieuses et qu'il ne faudrait pas négliger. Pour toutes ces raisons, M. Besnier pense que le praticien doit, jusqu'à nouvel ordre, s'en tenir aux procédés classiques.

M. BALZER ne veut aujourd'hui répondre que quelques mots à l'importante communication de M. Besnier. Il déclare d'abord n'avoir pas vu les malades déserter son service et les habituer, au contraire, à venir chercher leurs injections. Quant aux cas rebelles, il en a vu aussi et les a signalés. Il est évident qu'il n'y a pas de formule fixe de traitement, il y a des cas où il faut injecter 50 ou même 60 centigrammes et plus de calomel. Enfin la méthode des injections est surtout utile pour les malades d'hôpital qui échappent à chaque instant et ne peuvent être surveillés d'une façon absolue. M. Balzer ajoute que cette méthode est encore à l'étude, il espère apporter prochainement de nouveaux faits en nombre assez considérable.

M. BESNIER fait observer qu'il ne suffit pas que les malades ne reviennent pas pour affirmer l'absence des récidives. Il faut pouvoir constater *de visu* cette absence de récidive. M. Besnier propose de mettre à l'ordre du jour le traitement général de la syphilis et non seulement le traitement par les injections hypodermiques mercurielles.

Analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement. — **M. DUMONTPALLIER** fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 233.)

Apoplexie nerveuse. — **M. DUMONTPALLIER** communique l'observation d'un homme de trente-huit ans, non syphilitique, très nerveux, qui, à vingt-huit ans, fut frappé d'apoplexie sur la voie publique et fut paralysé du côté droit. Rentré chez lui, on s'aperçoit qu'il est aphasique, qu'il avale difficilement. Il se plaignait aussi de douleurs du côté gauche. Cette hémiplégie persista, la paralysie portait aussi sur la face. L'hémianesthésie était complète sur tout le côté droit; il avait aussi une dyschromatopsie très accusée du côté droit. M. Dumontpallier diagnostiqua une hémiplégie hystérique. Il essaya la suggestion à l'état de veille qui resta sans résultat. Sous l'influence de l'aimant, des courants et du laiton, on provoquait le phénomène du transfert. M. Dumontpallier constata également la modification parallèle de la température. Le transfert avait lieu non seulement pour la sensibilité générale, mais aussi pour la sensibilité spéciale de la vue. M. Dumontpallier eut alors l'idée d'arrêter le transfert, à moitié chemin, en appliquant également des plaques de laiton sur le côté gauche. Il obtint ainsi la guérison. Il rechercha alors si ce malade était hypnotisable. Il l'était très facilement. Il sortit guéri. Il revint quelque temps après pour des troubles gastriques que M. Dumontpallier guérit très facilement par la suggestion dans l'état hypnotique.

M. DEBOVE rappelle que beaucoup de ces malades, atteints d'hémiplégie hystérique, ont été traités comme syphilitiques et ont guéri, et il faut savoir que ces troubles guérissent spontanément.

Angine de poitrine. — **M. HUCHARD** répond aux objections qui lui ont été faites à propos de sa communication sur l'angine de poitrine et son traitement. On lui a cité des cas d'angine de poitrine sans lésions des artères coronaires; les accès d'angor pectoris, dans ces cas, sont dus, pour M. Huchard, à des rétrécissements spasmodiques de ces artères. On a également cité des faits d'aortite sans lésion des coronaires et ayant donné lieu à tous les troubles de l'angor pectoris. Cela est vrai, mais on sait que l'aortite peut déterminer la contraction des coronaires par action réflexe. Inversement plusieurs auteurs ont signalé des faits dans lesquels on a constaté la lésion des coronaires sans qu'il y ait eu, pendant la vie, de phénomènes d'angine de poitrine. D'abord dans un de ces cas, il s'agit de sclérose des coronaires; or sclérose ne veut pas dire imperméabilité. En outre, dans d'autres cas, il existait des anastomoses très suffisantes pour suffire à la circulation.

Ce qui prouve, selon M. Huchard, que c'est aux lésions des coronaires qu'est due l'angine de poitrine, c'est que les angineux meurent subitement, sans douleurs, en syncope. Il faut d'ailleurs établir une distinction capitale entre l'angine vraie par ischémie cardiaque, angine dont on meurt, et l'angine de poitrine névralgique qui guérit seule.

En résumé, il résulte des considérations présentées par M. Huchard que l'angine vraie doit être rayée du cadre des affections nerveuses, que cette angine est une maladie artérielle. Or, à une maladie artérielle, il faut opposer une médication artérielle, c'est-à-dire les iodures. C'est à l'iodure de sodium à la dose de 1 à 3 grammes par jour, pendant un à deux ans, que M. Huchard donne la préférence.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mars 1887, M. le docteur Perroud, chargé du cours complémentaire des maladies des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 22 mars 1887, M. le docteur Laroyenne, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des femmes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 22 mars 1887, M. Louise, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par arrêtés ministériels en date du 4 mars, M. le docteur Moutard-Martin, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. le docteur Hardy, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

— Nous sommes heureux d'annoncer que nos honorés confrères MM. les docteurs Jardin, ancien chef de clinique du docteur Mallez, et Passant, médecin en chef du Dispensaire de salubrité, viennent d'être promus au grade de commandeur avec plaque de l'ordre du Christ de Portugal.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Got est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Tourneau, décédé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Doumer, agrégé, est chargé d'un cours de physique, en remplacement de M. Terquem, en congé.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le professeur Duménil est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. Ollivier, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne de ladite École, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. Petel, suppléant, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Ollivier appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Charpy, suppléant, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite École, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Berson, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de physique.

— M. Costantin, agrégé des sciences naturelles, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, est chargé des fonctions de maître de conférences à l'École normale supérieure, en remplacement de M. G. Bonnier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Féré, médecin adjoint à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Barbrau (de Commentry) et Simon Pierre (d'Autun).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 19 avril 1887, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et jeudis, à une heure et demie de l'après-midi. Les élèves de deuxième et de troisième années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont seize inscriptions; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Voici les conditions d'admission : 1° Les élèves de deuxième et troisième années (doctorat et officiat) sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires correspondant à l'inscription de janvier 1887;

2° Les élèves justifiant de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, avant le 2 avril, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 francs);

3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin) jusqu'au 2 avril inclusivement, de midi à quatre heures.

— M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale, le mercredi 30 mars 1887, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Des Cloizeaux commencera le cours de minéralogie, le vendredi 1er avril 1887, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les merdredis et vendredis suivants à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des combustibles et dans celle des métaux. Des conférences auront lieu le jeudi dans la galerie ou dans l'amphithéâtre. Une affiche spéciale indiquera l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

— Plusieurs de nos abonnés nous demandent l'adresse de M. le docteur Raoult-Deslongchamps. Notre distingué confrère habite à Paris, rue des Écoles, 6 *bis*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par M. le docteur Albert Veillard. 1 vol. grand in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

De la constriction métallique appliquée à la rachitomie, par M. le docteur R. Lefour, chirurgien de la Maternité de Bordeaux. 1 vol. grand in-8° de 140 pages avec 4 gravures sur bois et une planche en chromolithographie. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Impressions de campagne (1870-1871), par M. le professeur H. Beaunis. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan et Berger-Levrault et Cie.

Du rôle de l'eau dans la nutrition, par M. le docteur E. Callamand, de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8° de 110 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Sensation et mouvement, études expérimentales de psychomécanique, par M. le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre. In-8° avec 44 graphiques dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20939

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 30 mars 1887.

M. le docteur Armand Després, chirurgien de la Charité et membre du Conseil municipal de Paris, nous adresse la lettre suivante :

Paris, le 29 mars 1887.

Mon cher Directeur,

M. le directeur de l'hôpital de la Pitié, à qui M. le directeur de l'Assistance publique donnera sans doute des instructions pour contester l'exactitude des faits, a pris, il y a quelque temps, une sous-surveillante d'un service de chirurgie de cet hôpital, pour l'envoyer dans un service d'enfants, afin de remplacer les sœurs hospitalières renvoyées.

Pour une raison ou pour une autre, il fut question de rappeler cette surveillante dans son ancien service, et il devenait urgent de trouver une personne pour la remplacer. C'est alors que Mme D... fut avertie qu'elle serait appelée à ce poste et qu'elle a refusé ; une dame H..., également diplômée de l'École d'infirmières, pressentie de la même façon, a également refusé ; et l'on a dû laisser, dans le service d'enfants, la surveillante que l'on y avait placée.

Je me hâte d'ajouter que ce n'est pas de M. le directeur de la Pitié que je tiens le fait. Je craindrais, en effet, si je ne faisais cette déclaration, que M. Peyron ne sacrifiât ce directeur aussi allègrement qu'il a sacrifié au Conseil général deux excellents employés de l'Assistance publique, MM. Bruyère et Savouré, condamnés, sans doute, tous deux par M. Bourneville, qui est toujours, à ce qu'il paraît, directeur occulte de l'Assistance publique.

M. Peyron pouvait certainement, à l'aide d'une restriction mentale, nier énergiquement le fait que j'ai avancé ; je ne m'en étonne pas autrement et c'est assurément là un moyen d'administrer à la portée de tout le monde.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, etc.

Dr Armand Després.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MM. Hardy et Brouardel sont intervenus dans la discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales. M. Hardy, qui avait déjà pris part à la discussion de 1873 pour le maintien de l'institution telle quelle, a repris le texte de sa première argumentation en l'accentuant plus encore et en précisant quelques-uns des points sur lesquels il voudrait voir consolider et raffermir, sinon étendre, les attributions et les droits de l'inspectorat local et permanent, qu'il considère comme le meilleur moyen de surveillance et la meilleure garantie de la bonne tenue et de la prospérité des établissements thermaux. M. Brouardel, qui fait partie de la commission, mais qui n'en partage pas les idées, usant de son droit des minorités, est venu exposer devant l'Académi le système qu'il n'est pas parvenu à faire admettre par ses collègues. Partant de ce fait que le corps médical étant très inégalement réparti entre les nombreuses stations thermales de la France, il est illogique de les soumettre toutes à un système unique et uniforme de contrôle, et considérant que ce contrôle est, surtout et avant tout, d'ordre administratif, il propose un système de surveillance dans lequel le premier rôle incomberait au ministre lui-même, comme étant plus immédiatement responsable des intérêts du public en cette matière. Le ministre, éclairé et secondé pour l'exécution par le comité consultatif institué auprès de son ministère et les préfets des départements où se trouvent les stations thermales, désigneraient à l'occasion, et suivant les besoins, des délégués choisis soit au sein même du comité consultatif, soit dans les départements, selon qu'il s'agirait d'intérêts généraux ou d'intérêts plus spécialement locaux, parmi des ingénieurs, des chimistes ou des médecins, suivant les nécessités et la nature des sujets à contrôler. Il ya là évidemment un plan nouveau digne d'être sérieusement étudié.

L'Académie a entendu dans cette séance diverses communications dignes d'intérêt, notamment celles de M. Ball sur la morphinomanie et de M. Cornil sur les eaux de Paris et la fièvre typhoïde. Nos lecteurs en trouveront un résumé au compte rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Ectropion cicatriciel, autoplastie.

Mercredi dernier nous avons pratiqué une opération d'autoplastie relativement considérable par l'étendue de la surface qu'il s'agissait de réparer chez un malade auquel nous aurions dû faire l'ablation d'un cancroïde ulcéré du nez.

Aujourd'hui nous avons encore à faire deux autoplasties, mais cette fois la cause qui nécessite ces opérations n'est plus la même ; il ne s'agit pas de combler le vide produit à la suite d'une intervention chirurgicale, que nous aurions à pratiquer dans la même séance, il ne s'agit pas non

plus de quelque affection néoplasique mais bien, chez les deux malades, d'un cas d'ectropion, et d'ectropion cicatriciel.

En effet, le premier malade est un homme jeune — il a trente-six ans — qui, au mois d'août 1885, recevait, en pleine figure ou mieux sur la joue et jusqu'au-dessous de l'œil droit et presque à bout portant, un coup de fusil, lequel, après avoir produit un décollement irrégulier de la paupière inférieure, ressortait en arrière au niveau de l'os malaire qu'il fracturait. L'accident avait lieu à la campagne, dans son pays; cet homme y fut soigné et guéri, mais resta avec des replis conjonctivaux renversés de la paupière inférieure considérablement déviée, tombant pour ainsi dire sur la joue, le bord ciliaire affectant une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, en un mot avec un véritable ectropion cicatriciel. C'est ainsi que six mois plus tard il vint nous consulter et entra à l'hôpital.

Par l'opération autoplastique que nous avons pratiquée alors, nous avons ramené le bord ciliaire à sa place normale et taillé un petit lambeau oblique pour rétablir la continuité de la paupière au niveau de l'angle interne de l'œil, après quoi nous avons suturé les deux paupières afin de maintenir le tout dans une bonne situation pendant tout le temps nécessaire à une restitution convenable. Cette suture nous l'avons défaite seulement il y a huit jours, c'est-à-dire neuf mois environ après notre opération d'autoplastie.

Les choses ont très bien repris, si ce n'est en un point situé tout à fait à la partie interne, où nous trouvons une petite surface rouge, suppurant légèrement et qui, depuis que nous avons retiré les sutures, tend à s'accroître par suite de la tension naturelle et réciproque qui se fait entre les tissus de l'angle interne de l'œil d'une part, et l'aile du nez du même côté d'autre part. Aussi avons-nous là à intervenir pour combler cette petite surface à peu près triangulaire à base arrondie, c'est ce que nous allons faire de la manière suivante. Je vais faire une incision à cinq ou six millimètres de dedans en dehors en disséquant. Au-dessous, pour restituer et remonter le bord libre de la paupière à sa place normale et pour combler la petite plaie bâillante, je vais aller tailler un lambeau de dimension nécessaire, non sur le nez ni sur la joue, où la chose ici n'est pas possible, mais bien sur le front un peu au-dessus du nez et de la paupière supérieure, lambeau que je ramènerai sur cette petite plaie.

Dans la seconde autoplastie que nous avons à faire, il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans qui, étant en nourrice, tomba dans le feu, et fut grièvement brûlée; néanmoins les cicatrices ne sont pas très profondes, elles occupent la région de la face comprise entre la pointe du nez et l'angle interne de l'œil. Ces cicatrices ont entraîné peu à peu la formation d'un ectropion qui, d'après la malade, s'en irait croissant surtout depuis un an et s'accompagnerait depuis cette époque d'un certain larmoiement.

C'est encore là un ectropion cicatriciel mais beaucoup moins prononcé que chez le précédent malade, du moins à l'époque où pour la première fois j'ai dû intervenir, c'est-à-dire il y a neuf mois. Il y a déplacement du bord ciliaire et renversement en dehors de la muqueuse palpébrale. Or, cet ectropion, malgré sa date très ancienne, paraissant affecter depuis quelque temps une marche progressive, il devient nécessaire d'y remédier et c'est dans ce but que cette femme, d'ailleurs bien portante, est entrée à l'hôpital.

Ici l'opération ne sera pas tout à fait la même que chez le précédent malade, en ce sens que le lambeau ne sera pas pris sur le front où cela est inutile, mais bien dans la région génienne, sur la joue, où la peau est saine et suffisamment lâche pour remplir cet office. Donc incision et dissection permettant de relever le bord ciliaire complètement jusqu'à ce qu'il occupe sa position normale; incision et dissection d'un lambeau vertical, pris sur la joue pour couvrir la plaie béante et transporté de bas en haut, tandis que chez l'autre malade le lambeau pris sur le front était transporté, au contraire, de haut en bas. Accolement et suture.

Telles sont les deux opérations auxquelles nous allons immédiatement procéder.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des syphilides tertiaires (1).

II

Dans ma leçon de vendredi dernier, je vous ai décrit les deux grandes formes de syphilides tertiaires, c'est-à-dire les syphilides tuberculeuses sèches et les syphilides gommeuses ulcératives, et j'en étais arrivé au chapitre des réparations lorsque l'heure m'a forcé d'interrompre cette étude.

Lors donc que les syphilides ont duré un certain temps, et qu'elles ont une certaine tendance à se réparer, qu'arrive-t-il? Il arrive qu'elles subissent les modifications suivantes : les aréoles diminuent, les bords s'effacent, le fond se déterge et bourgeonne et la cicatrisation commence. La cicatrice, une fois établie, persiste en présentant les quatre grands caractères suivants : 1° Elles sont remarquables par leur configuration arrondie, cerclée, circinée; 2° elles se groupent en cercle quand elles sont nombreuses; 3° elles sont profondes, déprimées; 4° elles sont pigmentées, maculeuses, noires à tout jamais, sauf dans quelques cas où cette coloration disparaît et la cicatrice devient blanche.

Telles sont les caractères des syphilides gommeuses ulcératives, auxquels nous devons ajouter quelques considérations sur les caractères dominants : l'insidiosité, la ténacité, la facilité de récidive.

1° *Insidiosité.* — Le début de ces syphilides est très insidieux. Les malades ont, sur l'aile du nez, par exemple, quelques petits boutons analogues à ceux de l'acné, boutons inoffensifs en apparence, plus même souvent qu'un simple clou du furoncle. Puis au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années, les boutons se ramollissent, s'ulcèrent et, dans l'espace de quelques jours, ils déterminent une trouée dans l'aile du nez, l'échancrant, le perforant, à la grande stupéfaction, au grand effroi des malades qui, jusque-là, n'avaient attaché aucune importance à cette lésion, tandis que cette destruction était de longue date et sourdement préparée.

2° *Ténacité.* — Quand une syphilide gommeuse est établie sur un point, elle y tient ferme, elle y persiste pendant des mois et des années, progressant dans un sens ou dans l'autre pendant un temps que nous ignorons, en tous cas

(1) Suite. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 289.

pendant plusieurs années, pendant un, deux et trois ans, dix ans quelquefois et même davantage.

3° *Facilité de récidive.* — Ces syphilides ont une facilité étonnante de recrudescence, de récidive. Rien de plus commun, en effet, que de voir tout à coup une syphilide traitée grandir de nouveau. La récidive peut avoir lieu *in situ* ou à distance; *in situ*, c'est-à-dire sur la cicatrice elle-même où des nodosités gommeuses se forment à nouveau, s'ulcèrent et se cicatrisent à leur tour. Nous en avons observé un cas assez récent où cette récidive *in situ* s'est produite trois fois. Chez d'autres, au contraire, elle se fait à une distance plus ou moins grande de la première atteinte, ainsi la malade du n° 5 de la salle Saint-Louis qui, soignée et guérie, il y a six mois, d'une syphilide de la face, est rentrée récemment pour une lésion de même nature développée, dans ces derniers temps, sur l'épaule.

Variétés. — Elles sont très nombreuses, mais deux seulement sont réellement importantes : 1° la forme mixte, caractérisée par l'association de la syphilide tuberculeuse sèche à la syphilide ulcéreuse, ces deux syphilides évoluant à côté l'une de l'autre, en conservant leurs caractères propres ; 2° la forme hypertrophique, caractérisée par l'addition à la syphilide tuberculeuse sèche d'une infiltration interstitielle, gommeuse, des parties sur lesquelles existe la lésion, infiltration qui se surajoute comme volume à celui des tubercules syphilitiques; de là une hypertrophie gommeuse, un excès de volume plus ou moins considérable. Cette hypertrophie, parfois gigantesque, atteint le volume du lupus éléphantiasique. Quelquefois les nodosités sont très peu abondantes par elles-mêmes et c'est l'infiltration qui prédomine, et les tissus plus ou moins considérablement hypertrophiés présentent une surface presque lisse et non plus nodulaire donnant à la face, par exemple, lorsque la lésion y a fait lieu d'élection, une laideur singulière, un aspect léonin, ainsi qu'on l'a appelé autrefois, d'où le vieux nom de léontiasis syphilitique auquel je préfère celui de syphilome hypertrophique diffus. Bien plus, la lésion peut encore atteindre un volume plus grand, je pourrais vous citer tel cas où la face était si tuméfiée, que l'individu était absolument méconnaissable, que le nez, quoique doublé de volume, paraissait enfoncé au milieu de joues si proéminentes qu'elles lui formaient un véritable sillon, avec des lèvres excessivement hypertrophiées, des paupières extrêmement tuméfiées, des oreilles triplées de volume et complètement déformées, etc.

Des lésions arrivées à un pareil degré sont souvent incurables, et tout ce que l'on peut tenter d'obtenir c'est une diminution de volume. Heureusement aussi ce sont là des formes rares.

Complications graves. — Elles ne sont pas très communes non plus et sont de quatre ordres : 1° l'inflammation; 2° l'érysipèle; 3° la gangrène; 4° le phagédénisme.

1° *Inflammation.* — Le nombre des cas en est restreint, la lésion évoluant généralement à froid, sans inflammation. Cependant lorsque cette inflammation existe, elle est le résultat de quelque cause locale et s'observe au pourtour de la lésion. Ces causes locales sont le défaut de soin, la malpropreté, l'incurie, des pansements mal faits ou irritants, des cautérisations intempestives, etc. Parfois peuvent s'y mêler quelques causes générales : veilles, fatigues, excès et surtout alcoolisme. Cette inflammation détermine une sorte de turgescence générale de la partie malade, l'empâtement de la région, une sensibilité anomale, ainsi que certaines modifications de la lésion elle-même : ainsi l'ulcère devient violacé, son aréole s'étend, sa sécrétion est ichoreuse, sanieuse et fétide.

2° *Érysipèle.* — Cet accident n'est pas rare, il n'est pas toujours fâcheux, dans certains cas même il est un incidens heureux, salutaire, favorisant la guérison de l'ulcération syphilitique. C'est ainsi que, dans quelques cas, des syphilides étendues, anciennes, chroniques et rebelles à tout traitement, ont été guéries par l'apparition d'un érysipèle. Celui-ci peut donc être quelquefois réellement curatif. Cependant il ne faudrait pas s'exagérer son influence comme l'ont fait certains auteurs qui, par suite, ont cru devoir chercher à provoquer un érysipèle, faisant en cela une déplorable pratique, l'érysipèle non seulement ne guérissant pas toujours, mais pouvant dans certains cas emporter le malade. Nous en avons eu une observation dans le service, il y a deux ans, chez une femme atteinte de syphilides gommeuses de la face. Enfin il est aussi des cas — et ce sont les plus nombreux, — où, s'il n'est ni nocif ni favorable, il est absolument indifférent au point de vue de la curabilité de la syphilide, laissant les choses en l'état.

D'où je conclus que si on a vu parfois l'érysipèle avoir une action salutaire, les cas sont aussi plus nombreux où son apparition n'a eu aucune influence favorable, bien plus elle a été nuisible et est devenue une complication de la plus haute gravité.

3° *Gangrène.* — La gangrène peut être primitive ou consécutive. Le premier cas est celui auquel Bazin a donné le nom de syphilide tuberculo-gangréneuse. Alors à peine la syphilide est-elle formée que l'infiltrat tuberculeux devient livide au centre, et d'une teinte chocolat à la périphérie, avec anesthésie de la partie malade, car en réalité il s'agit bien de la formation d'une escharre au-dessous de laquelle on trouve les tissus mortifiés, insensibles, escharre ne reconnaissant pour origine aucune cause occasionnelle extérieure. Les parties mortifiées prennent l'aspect sphacelé, elles se détachent et au-dessous d'elles on rencontre enfin l'ulcération syphilitique. Ces phénomènes peuvent se produire sur l'universalité des lésions, des syphilides que présente tout le corps et caractérisent parfaitement la gangrène essentielle primitive. Nous avons eu l'occasion d'observer une malade qui présentait ainsi une cinquantaine de syphilides sur lesquelles les accidents gangréneux ont suivi le processus que nous venons d'indiquer.

C'est à ces syphilides que Bazin avait donné le nom de syphilides tuberculo-gangréneuses, comme nous le disions tout à l'heure.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE

Par M. le docteur F. Fraipont.

S'il s'agit d'un membre, on le met dans un bain de sublimé à 3 p. 1000 pendant dix minutes. Si l'érysipèle siége au tronc ou à la tête, on lave longuement toute la partie rouge et surtout la plaie avec cette solution. Les plaies profondes ou anfractueuses en sont soigneusement irriguées. On applique ensuite sur la plaie de la gaze iodoformisée, trempée dans cette solution, et, sur toute la partie rouge et un peu au delà, du goudron liquide. On recouvre le tout d'un enveloppement humide avec l'eau blanche de Burow.

Dans quatre cas traités de cette façon, le résultat a été complet et très rapide. Dans le cinquième cas, le traitement est resté

inefficace, parce qu'on avait commencé trop tard et qu'on l'avait appliqué incomplètement. La plaie aussi était très petite.

Nous ajouterons que M. le docteur G. Jorissenne a déclaré avoir réussi aussi dans l'érysipèle facial en employant un mélange de vaseline, de beurre de cacao et d'une assez grande quantité de sublimé. Bien que l'absorption se fasse lentement, les progrès du mal n'en sont pas moins arrêtés immédiatement après l'application de la pommade. Il est nécessaire que la partie malade soit, au préalable, lavée avec un mélange de vin aromatique et de sublimé. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Pouchet, pour la section de physique et chimie médicales ;

2° Une lettre de M. Morache (de Bordeaux), qui se porte candidat pour le titre de membre correspondant ;

3° Une lettre de M. le docteur Layet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui envoie l'exposé de ses titres et travaux scientifiques à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national ;

4° Une lettre de M. le docteur Marquezy (de Neufchâtel-en-Bray), avec une note manuscrite sur un monstre (Renvoi à l'examen de MM. Quéniot et Charpentier) ;

5° Un rapport manuscrit de M. Jenot, sur une épidémie de croup ayant sévi en 1886 dans les communes de Barenton, Bagny, Dercy et Moutiers (Aisne) ;

6° Une note de M. le docteur Granger, sur la greffe animale.

— M. Dujardin-Beaumetz demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente quelques réflexions au sujet de la communication que M. Ball a faite dans la dernière séance sur les injections hypodermiques d'eucalyptol dans le traitement de la phthisie.

Les résultats auxquels il est arrivé diffèrent de ceux qu'a obtenus M. Ball. Jamais il n'a observé la disparition des bacilles dans les crachats. L'eucalyptol en injections modifie l'expectoration et en diminue la quantité ; c'est un médicament balsamique. C'est là une conclusion très analogue à celle de MM. Bouveret et Péchadre (de Lyon).

Si les injections hypodermiques d'eucalyptol ont quelques avantages, elles offrent aussi des inconvénients. Chez certains phthisiques, la diminution de l'expectoration produite par l'injection augmente la dyspnée. De plus, quand on dépasse la dose de 1 gramme, l'exhalation par les voies pulmonaires de l'eucalyptol gêne les malades et leur fait perdre l'appétit. Enfin dans la phthisie accompagnée de fièvre, ces injections ont plus d'inconvénients que d'avantages.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du décret approuvant l'élection de M. Bergeron à la place de secrétaire perpétuel.

Sur l'invitation du président, M. Bergeron prend place au bureau.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de pharmacie.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la première division. Les candidats portés sur la liste de présentation sont : MM. L. Thomas (de Tours), Surmay (de Ham), Dezanneau (d'Angers), Demons (de Bordeaux), Queirel (de Marseille) et Closmadeuc (de Vannes).

Le scrutin donne le résultat suivant :

Nombre de votants 71, majorité 36.

M. L. Thomas obtient	41	suffrages.
M. Surmay	23	—
M. Dezanneau	5	—
M. Closmadeuc	2	—

En conséquence M. Thomas est déclaré élu.

LECTURES

Méthode des injections hypodermiques. — **M. ALBIN MEUNIER** lit, sous ce titre, un travail dans lequel il passe en revue toutes les injections à base de vaseline liquide médicinale, dont il a successivement publié les formules dans divers journaux de médecine de Paris et de Lyon. Il cite, parmi les substances qu'il a expérimentées, l'eucalyptol, le thymol, le menthol, l'hélénine, l'eugénol, le camphre ; les essences de térébenthine, de canelle, de cubèbe, de santal, de copahu ; la kosine, la cocaïne, l'aconitine, la digitaline, la quinine ; le chloroforme, la créosote, l'iodoforme, etc., etc.

Traitement de la morphinomanie. — **M. BALL**, en son nom et en celui de M. O. Jennings, lit un travail sur la morphinomanie, dont la première partie est consacrée à l'étude de l'influence des injections morphinées répétées sur la circulation. (Il fait passer un grand nombre de tracés sphygmographiques sous les yeux de ses collègues.) La deuxième partie de ce travail est relative au traitement.

On a préconisé, dit-il, comme succédanés de la morphine, un grand nombre de médicaments divers. L'alcool, le café, la paraldéhyde, la cocaïne, l'apomorphine, le chloral, la vanilline, la pilocarpine et bien d'autres substances médicamenteuses et toxiques ont été successivement mises en avant. Mais la plupart de ces médicaments se trouvent être non seulement insuffisants, mais encore nuisibles. Ils produisent des troubles qui leur sont particuliers et qui viennent souvent se surajouter aux inconvénients de la morphine, sans les atténuer en aucune mesure.

Nous avons pensé, ajoute M. Ball, qu'il serait préférable de s'adresser aux toniques du cœur et de relever l'action de cet organe au moment où il commence à défaillir. Dans ce but nous nous sommes adressé au sulfate de spartéine, qui remplit la plupart des conditions voulues.

Le traitement de la morphinomanie consisterait donc :

1° A placer le malade dans une maison de santé, où la surveillance indispensable du médecin peut s'exercer à chaque instant ;

2° A supprimer plus ou moins complètement l'usage de la morphine ;

3° A relever l'action du cœur au moment opportun par une injection de spartéine à laquelle on joindrait, en cas de besoin, une injection de morphine, si les accidents devenaient par trop menaçants.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

M. HARDY a quelques réflexions à présenter sur les discours de M. Rochard et de M. de Ranse. Il est d'accord avec M. Rochard sur un point, sur les éloges qu'il a faits du rapport de M. Vidal ; seulement après l'avoir couvert de fleurs, il l'a sacrifié. Plus logique que lui, il ne proposera seulement que quelques légères modifications aux conclusions.

Nous sommes tous, dit-il, d'aaccord sur ce point, comme je l'étais avec Pidoux et J. Guérin lors de la discussion de 1873, qu'il faut une surveillance. Les opinions ne varient que sur le choix et le mode de nomination des agents chargés d'exercer cette surveillance. Et pourquoi ne pas conserver l'inspectorat tel qu'il est? On dit que cette institution est antidémocratique, qu'elle blesse l'égalité entre confrères ; on objecte, en outre, que les

inspecteurs ne remplissent pas leurs fonctions; le service est mal fait.

La première objection ne me paraît pas sérieuse. Les médecins consultants sont-ils donc tous égaux entre eux? Chacun ne cherche-t-il pas à se distinguer et à s'élever, s'il le peut, au-dessus des autres?

Le service est mal fait, l'inspecteur n'est pas écouté et manque d'autorité. Lorsqu'il reçoit les plaintes des malades, il les transmet au préfet qui ne leur donne pas toujours suite, parce qu'il a souvent des ménagements à garder avec les directeurs, les fermiers et les employés qui sont de la localité, auxquels il ne veut pas déplaire ou qu'il répugne à déplacer. De là le découragement de l'inspecteur quand il voit qu'on ne tient pas plus compte de ses observations.

Mais les choses ne se sont pas toujours passées ainsi : je me rappelle avoir vu, il y a plus de trente ans, au Mont-Dore, un inspecteur, Bertrand, qui y avait une autorité absolue et incontestée, qui se faisait obéir de tous et obtenait tout ce qu'il désirait pour le bien de l'établissement. Il en était de même de Prunelle, de Petit à Vichy, d'Allard à Royat, de Niepce à Allevart. Je crois donc non seulement que la surveillance est nécessaire, mais encore qu'elle est possible.

Je n'insiste pas sur les soins à donner aux indigents et aux malades qui ont droit à la gratuité. Cette question me paraît avoir été suffisamment traitée dans le rapport. Quant aux rapports que l'on exige des inspecteurs, je passe volontiers là-dessus et je ne verrais aucun inconvénient à ce qu'on en supprime l'obligation. J'aimerais mieux des mémoires bien faits, bien étudiés, qui signaleraient au besoin leurs auteurs aux choix que pourrait avoir à faire l'Académie en cas de vacances.

Enfin est-il bien vrai que les fonctions d'inspecteur constituent, comme on l'a dit, une sorte de privilège à l'avantage de celui qui en est pourvu et le place nécessairement au-dessus de tous ses confrères? Il est telles stations où j'ai vu des médecins qui avaient beaucoup plus de succès que l'inspecteur. Pour que l'inspecteur profite des avantages qu'on lui suppose, il faut qu'il ait déjà par lui-même une certaine notoriété.

Pour la nomination des inspecteurs, je partage l'avis de la commission, qui attribue à l'Académie le droit de présentation des candidats au choix du ministre. Le comité consultatif d'hygiène est composé en grande partie de fonctionnaires qui relèvent du ministre et qui n'auraient par conséquent pas toute l'indépendance voulue. Je vais sur ce point même plus loin que la commission, je suis d'avis que les adjoints devraient être nommés de la même manière que les inspecteurs; je repousse le choix par les médecins libres, je craindrais les froissements, les luttes et tiraillements qui en pourraient surgir et qui seraient préjudiciables à la dignité du corps médical de la station. Je voudrais enfin que l'autorité fût armée d'un pouvoir suffisant contre les inspecteurs incapables ou négligents de leurs devoirs.

Je suis, en résumé, grand partisan du maintien de l'inspectorat et je me rapproche, dans les points principaux, du projet élaboré par la commission; je suis, au contraire, opposé aux idées émises par M. Rochard dans son rapport et dans son dernier discours. Comme lui, d'ailleurs, je me soumets d'avance au jugement de l'Académie, persuadé qu'après avoir entendu des avis différents elle saura choisir, dans la question qui lui est soumise, la solution la plus large et la plus pratique, celle qui sera le plus profitable à l'avenir et à la prospérité de nos établissements d'Eaux minérales.

M. BROUARDEL. Nos collègues, MM. Vidal et Rochard, bien que proposant des solutions opposées, ont reconnu tous deux que les plaintes des médecins consultants près des stations n'étaient pas dénuées de toute valeur; mais ils ont déclaré que les intérêts des indigents et la sauvegarde de notre richesse hydrominérale s'opposaient à leur suppression et ils ont proposé une organisation uniforme pour toute la France.

Je crois que la difficulté serait moins grande si, rompant avec l'habitude française d'organiser sur un même type des services qui présentent, suivant les localités, des différences considérables, nous étudions un système approprié aux diverses nécessités.

Examinant comment est réparti le corps médical dans les diverses stations, il trouve que, sur 104 stations ayant un inspecteur, le nombre des médecins varie depuis 1 jusqu'à 50. Du tableau qu'il a dressé, il résulte que 74 stations ont 5 médecins au plus, 18 de 5 à 10, 10 ont plus de 10 médecins.

Il y a donc, dit M. Brouardel, un bloc irréductible de 74 stations pour lesquelles, quel que soit le titre qu'on lui donne, le service sera fait nécessairement par un délégué nommé par le ministre ou toute autre autorité.

Doit-on soumettre au même régime les autres stations, les 28 qui comptent 6 médecins au moins?

Parmi les fonctions que doit remplir le médecin inspecteur, quelles sont celles auxquelles il satisfait en réalité?

Parmi celles qui sont d'ordre administratif, il en est pour lesquelles le médecin est, en général, incompétent et qui rentreraient mieux dans les attributions d'un ingénieur ou d'un chimiste.

Il en est pour lesquelles il est compétent, mais impuissant, surtout dans les grandes stations. Mes collègues vous en ont donné les raisons.

Découragé par cette impuissance, l'inspecteur se désintéressera de réformes qu'il sait irréalisables.

Dans les petites stations il n'en est pas de même. L'inspecteur, moins absorbé, a plus de temps à donner aux intérêts administratifs. Il reste dans les fonctions d'ordre purement médical, en première ligne le traitement des indigents.

L'organisation de ce service ne me semble pas nécessairement voué à l'uniformité. Dans quelques stations il y a des hôpitaux, dans d'autres il n'y en a pas, ou les lits sont peu nombreux. Les maladies pour lesquelles on va dans les stations sont diverses et le traitement peut nécessiter des consultations plus ou moins fréquentes.

De ces considérations, M. Brouardel tire les conclusions suivantes : Il est possible de ne pas soumettre toutes les stations d'eaux minérales à un même système de contrôle.

Et en mon nom personnel je fais une proposition :

La surveillance des stations d'eaux thermales est d'ordre gouvernemental, les intérêts de tous sont liés à l'entretien de leur prospérité.

Cette surveillance générale sera exercée par le ministre du commerce. Le comité consultatif d'hygiène publique provoquera l'envoi de délégués spéciaux, ingénieurs des mines, chimistes ou médecins suivant les cas particuliers et les besoins signalés.

La surveillance locale sera exercée par le Préfet; le conseil d'hygiène du département provoquera les délégations, soit de l'ingénieur des mines du département, soit d'un chimiste. L'inspecteur de l'hygiène du département sera chargé de la surveillance hygiénique et administrative.

Le service local serait fait dans les petites stations par un médecin nommé par le ministre du commerce sur la présentation du comité consultatif d'hygiène. Ce médecin serait chargé du traitement des indigents. Il serait chargé également de rédiger le rapport administratif envoyé au ministre et le rapport scientifique envoyé à l'Académie.

Dans les stations qui ont plus de cinq médecins, ceux-ci seraient réunis une fois par an sous la présidence du préfet, ils nommeraient une commission de trois membres ou plus, suivant le besoin du service. Ces membres choisiraient leur président et seraient chargés de toutes les fonctions dévolues, par l'article précédent, au médecin délégué.

Dans le cas où les médecins ne pourraient tomber d'accord pour choisir leur délégué et dans celui où ceux-ci ne rempliraient pas leurs devoirs, le ministre, le comité consultatif entendu, désignerait trois médecins pour remplacer les précédents.

COMMUNICATION

L'eau de rivière et la fièvre typhoïde à Paris. — **M. CORNIL** fait en son nom et au nom de **MM. CHANTEMESSE** et **WIDAL**, une communication sur ce sujet.

Le but de ce travail a été d'étudier les rapports qui existent à Paris entre l'apparition des épidémies de fièvre typhoïde et la distribution de l'eau de rivière.

En 1882, Paris a perdu, par la fièvre typhoïde, 3 352 habitants. Or, dans cette année, on a distribué beaucoup d'eau de Lourcq, de la Seine et de la Marne.

En regard de ces chiffres, il faut placer le résultat de l'enquête faite dans des casernes où le chiffre des effectifs et de la morbidité typhoïde était placé en parallèle de la qualité des eaux de boisson. Il résulte d'un tableau dressé par M. le docteur Régnier, médecin des sapeurs pompiers, que, parmi les sapeurs-pompiers, l'épidémie avait sévi en août, septembre et octobre, comme dans la population civile. Dans des casernes neuves, bien construites, mais où les soldats buvaient de l'eau de Marne non filtrée, la morbidité a été de 17 p. 100; tandis que dans la vieille caserne de Jean-Jacques-Rousseau où l'on buvait de l'eau de Vanne, on n'a eu que 7 dixièmes p. 100 de morbidité.

L'épidémie de 1885 est résumée par des tableaux où l'on voit combien l'accroissement de la fièvre typhoïde dans la population parisienne a été rapide pendant le mois de juillet. C'est nettement de dix-huit à vingt jours après distribution d'eau contaminée que la courbe de la maladie a fait son ascension.

Si l'on considère ce qu'il est advenu de la fièvre typhoïde pendant cette même année 1885, dans les casernes des sapeurs-pompiers, on trouve dans la note publiée en 1886, par le docteur Régnier, des renseignements qui complètent et confirment hautement les résultats fournis par l'enquête sur la population hospitalière.

Ainsi notre enquête sur les épidémies de fièvre typhoïde en 1887, 1886, 1885, 1882, démontre d'une manière évidente les rapports de cause à effet, entre la distribution des eaux de rivière et l'apparition des épidémies. Les périodes d'incubation sont variables suivant la teneur de l'eau contaminée en microbes pathogènes.

En terminant, les auteurs donnent le résultat d'expériences faites au laboratoire de M. Cornil. Les liquides et les bouillons riches en bacilles et en spores typhoïdiques sont stérilisés par une ébullition de quelques minutes. La conséquence pratique est, qu'il suffit de faire bouillir l'eau potable pour se mettre à l'abri des germes typhoïdes qu'elle peut contenir.

M. LÉON COLIN rappelle, à cette occasion, à l'Académie que, depuis deux mois, chaque caserne de Paris est pourvue d'une borne-fontaine alimentée par de l'eau de source.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mars 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, docteurs Sibaud et Péthellaz.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin, docteur Camail.

— MM. les chirurgiens des hôpitaux de Paris sont convoqués, à l'Assistance publique, le samedi 2 avril, à l'effet de nommer un membre du Conseil de surveillance, en remplacement de M. Nicaise, démissionnaire pour cause de santé.

— M. le docteur A. Meynot a fait don à l'Académie de médecine d'un capital de 70 000 francs, destiné à la fondation de deux prix annuels : l'un pour les maladies des oreilles, l'autre pour les maladies des yeux.

— L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris tiendra sa séance annuelle, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 16 avril, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— Le banquet annuel des internes en médecine aura lieu le samedi 16 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

Le prix de la souscription, fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice, peut être remis dans les hôpitaux à l'interne économe de la salle de garde de médecine, ou bien à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, rue Saint-Georges, 24; Bottentuit, rue de Castellane, 13; Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42.

— M. le docteur Dudley P. Allen, secrétaire de la section de chirurgie générale au congrès de Washington, est en ce moment à Paris, où il restera jusqu'au 6 avril. Il est descendu à l'hôtel de Calais, rue Neuve-des-Capucines. Notre distingué confrère se met gracieusement à la disposition des chirurgiens français, qui désirent ou se rendre, ou adresser des communications au 9e congrès international de médecine qui s'ouvrira à Washington, le 5 septembre prochain.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire de la saison d'été de l'année 1887, commenceront le lundi 25 avril 1887, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'administration de l'Assistance publique.

Des conférences, sur l'histologie normale et pathologique, continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 20 avril.

— Le prix Godard n'ayant pas été décerné par la Société anatomique, en 1887, sera décerné le 13 janvier 1888. Les Mémoires devront porter sur un sujet d'anatomie normale ou pathologique ou de tératologie; être manuscrits et inédits, ou imprimés; dans ce dernier cas ils ne devront pas avoir plus de trois ans de date et devront être envoyés en double exemplaire. Les mémoires déjà récompensés ne sont pas admis à concourir. La valeur du prix est de 480 francs. Adresser les mémoires à M. le docteur Broca, archiviste de la Société anatomique, 15 rue de l'École-de-Médecine, avant le 29 juillet 1887.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Fournier (de Brest), Moyencourt (de Flixécourt), Neyret (de Lyon) et Ollivier (de Huelgoat).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie, par M. le docteur O. JENNINGS. 1887, grand in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène de l'enfant en nourrice et au sevrage, guide pratique de la femme qui nourrit, par M. le docteur E. TOUSSAINT, inspecteur du service de protection des enfants du premier âge, etc., etc. 1 vol. in-18 jésus de 150 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie, par M. DUBUC. In-8°, 1887. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Coccoz.

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur ODDO. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20954

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Attentats aux mœurs. — Aberrations génitales innées.

Le seul article du code qui vise les attentats publics à la pudeur est l'art. 330 du code pénal : « Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. »

Qu'est-ce que le législateur entend par outrage public à la pudeur? Un arrêt de la Cour de cassation le définit : tout acte qui, par sa licence et sa publicité, peut être une occasion de scandale. On a discuté s'il faut entendre la publicité *réelle* ou seulement *possible*.

La jurisprudence admet que la possibilité suffit pour constituer le délit : c'est donc assez qu'un acte ait été commis dans le corridor d'une maison ou dans l'allée d'un jardin où *il aurait pu* être vu, pour qu'il soit considéré comme un outrage public à la pudeur. D'autre part, il est admis qu'on ne publie que ce qui tombe sous le sens de la vue, mais non des paroles ou des chansons. Les attentats publics à la pudeur sont donc des actes licencieux qui peuvent avoir été vus et avoir été une occasion de scandale.

Quand vous aurez été commis dans des affaires d'attentat à la pudeur, vous verrez combien ce genre de délit est plus commun qu'on ne le pense. Il occasionne actuellement en France plus de 3000 jugements par an.

Il est nécessaire que je vous fasse l'histoire de l'attentat à la pudeur dans ses diverses formes, et il y a, dans ce sujet, une certaine difficulté d'exposition. La première partie, qui a trait à la publicité de l'acte naturel de la génération, est très simple, mais la seconde, qui impose l'étude psychique du coupable, est plus compliquée : c'est une question très délicate et toute neuve, fouillée seulement depuis quelques années.

L'outrage public à la pudeur peut d'abord être accompli par deux personnes ensemble. Ceux d'entre vous qui ont fréquenté les villages, savent que, dans presque tous, il y a des filles qu'on appelle des *fromentines* et qui ont la spécialité de se livrer dans les blés et les foins. Généralement, c'est le garde-champêtre qui les surprend en besogne et sa déposition seule suffit. A Paris, ces choses ne se passent pas dans les blés mais dans certains enclos, dans des constructions abandonnées, et les femmes qui fréquentent ces endroits portent le nom de *pierreuses*. Elles ont ordinairement un casier judiciaire bien fourni et on en voit qui en sont à leur cinquantième, centième condamnation pour des faits de ce genre.

Une autre catégorie d'actes est celle qui se commet dans les voitures et les wagons en marche. Lorsque les stores ne sont pas baissés, la Cour de cassation a jugé, d'une façon absolue, qu'il y avait toujours attentat public à la pudeur. D'un autre côté, lorsque les stores sont baissés, elle a refusé de juger la question en principe et s'en est rapportée à chaque tribunal en particulier, pour apprécier si les actes avaient pu être vus du dehors, d'une façon ou de l'autre. Dans ce cas, il y a attentat public à la pudeur.

D'ailleurs, on trouve des délicatesses de jurisprudence bizarres. Une grande tragédienne étrangère, qui habitait à Paris avec son mari du côté de l'avenue de Villiers, n'avait pas remarqué que les persiennes de leur chambre pouvaient se lever à volonté du dehors. Un jour qu'elle se livrait avec son mari à des actes conjugaux, un gamin indiscret qui s'était hissé jusqu'à la fenêtre, non content de regarder ce spectacle, appela des camarades, et il y eut bientôt un véritable attroupement qui attira les sergents de ville. Or, on jugea qu'il y avait attentat public à la pudeur, de la part de ces malheureux, dans le sein du mariage et entre les quatre murs de leur chambre, parce qu'ils n'avaient pas pris des précautions suffisantes pour empêcher la publicité.

Cependant, si quelqu'un a été témoin par supercherie, il n'y a pas publicité. Dans un pavillon situé entre cour et jardin, un individu pénètre dans la cour, pousse la porte du pavillon et, apercevant des faits du même genre que les précédents, crie au scandale. Il fut jugé qu'il n'y avait pas eu d'outrage public parce que, s'il avait vu quelque chose, ce témoin l'avait bien voulu.

D'autre part, l'outrage public peut avoir lieu dans un endroit clos; exemple : un exhibitioniste, qui tombe au milieu d'une petite soirée de cinq ou six personnes, devant lesquelles il vient étaler ses parties génitales.

Mais il n'y a pas publicité, si les témoins sont complices. Un individu avait couché avec deux femmes. Or, il ne pouvait pas les coïter toutes les deux à la fois et l'une d'elles était forcément témoin.

Pourtant, cet homme n'était certainement coupable d'ou-

trage vis-à-vis de qui que ce soit, car le troisième larron ne se trouvait pas là par hasard et à son insu.

J'arrive à la partie plus difficile de ma leçon, à l'étude de cette classe d'individus où rentrent les masturbateurs, les pédérastes, les faits de bestialité, les exhibitionistes, enfin les érotomanes de toutes les formes. Tâchons de voir ce que sont ces individus. Et, à ce propos, je vous rappelle ce que je vous ai déjà dit, que tout individu, dont les fonctions génitales ne s'accomplissent pas normalement, est prédisposé à des troubles psychiques. Je ne veux pas dire par là que tout individu, qui commet des actes contre nature, appartient à la psychopathie, mais, souvent, il relève plutôt de la pathologie que de la police correctionnelle. Tantôt, comme l'a dit Maudsley, il y a beaucoup de crime et peu de folie; tantôt, au contraire, beaucoup de folie et peu de crime.

Nous allons suivre une division un peu schématique. La classification par types s'impose à la description, tout en ayant le défaut de figer trop les images et de forcer un peu les lignes. Mais il suffit que vous sachiez que ces types se rencontrent rarement à l'état de pureté, parce qu'ils s'envahissent les uns les autres et se mêlent.

Le premier groupe est représenté par les *satyriasiques*, qui se satisfont par des moyens légitimes, mais qui sont affligés d'une érection, presque constante, leur faisant désirer sans cesse le coït. Étant interne de M. Velpeau, en 1860, je me rappelle de l'avoir accompagné en ville pour enlever une tumeur du sein à une femme. Pendant qu'on la chloroformait, cette femme nous ayant fait des confidences extraordinaires, nous la questionnâmes à son réveil sur la véracité de ses paroles et elle nous raconta alors que son mari, véritable satyre, lui imposait jusqu'à dix et douze conjonctions par jour. Comme elle tenait un magasin de chaussures, elle avait consenti, à bout de forces, qu'une des demoiselles de magasin partageât les faveurs de son mari. Mais, bientôt, la permission s'était étendue à toutes, et il y avait alors dans ce magasin huit jeunes filles, qui servaient d'abord les pratiques et servaient, ensuite, les désirs du cordonnier.

Je suis actuellement avec M. Vibert en présence d'une femme qui, épuisée par des faits de ce genre, a demandé la séparation de corps. Non seulement son mari avait une fureur sexuelle impossible à satisfaire, au service de laquelle il l'appelait à toute heure du jour et de la nuit, mais lorsqu'elle n'arrivait pas à la minute, il lui administrait une volée de coups de poing.

Il est assez rare que le satyriasis donne naissance à une enquête. Cependant M. Motet rapporte le fait d'un employé de bureau, satyriasique, qui passait tous les jours devant le jardin d'une pension de jeunes filles dont la grille était ouverte. Très gêné par ses érections, il se livrait en marchant à toutes sortes de contorsions et prenait les postures les plus bizarres. Les jeunes filles, l'ayant remarqué, imaginèrent de se poursuivre en singeant les grimaces de cet individu. La maîtresse de pension, qui s'en était aperçue et avait appris ce qu'était le personnage, le fit arrêter, mais il fut acquitté, parce qu'il avait une infirmité le mettant dans l'impossibilité de marcher autrement.

J'aborde le groupe le plus important, celui des aberrations génésiques que je divise en deux classes : les aberrations innées et les aberrations acquises qui proviennent, tantôt de l'habitude du vice, tantôt de la paralysie, de l'idiotie, de la sénilité, d'une altération cérébrale, etc. Ce groupe a été étudié par Vespale, Kraftebing, Charcot, Motet, et, tout dernièrement encore, dans les *Annales d'hygiène* et dans une thèse présentée à Lyon par un élève de M. Lacassagne.

Il y a un certain nombre d'enfants, et, pour ma part, je n'en connais qu'un, qui, dès leur plus tendre enfance, se précipitent sur leurs petits camarades et paraissent vouloir tenter sur eux les actes que font les chiens dans la rue. Si on cherche bien dans le passé de ces enfants, on trouve presque toujours, soit chez les parents, soit chez eux-mêmes, un antécédent quelconque. Les parents de celui que j'ai connu accusaient sa nourrice de lui avoir appris des choses qu'il n'aurait pas dû savoir. Le fait est que, lorsque cet enfant vous caressait en vous regardant avec des yeux ardents, tout son petit être respirait un désir de volupté extraordinaire. Un jour, il fut surpris ayant pénétré dans le lit de son frère et cherchant à introduire sa verge dans l'anus. Je ne sais s'il avait reçu une éducation préalable, mais, certainement, il y avait aussi quelque chose d'inné. Avec les femmes, avec sa mère et sa sœur, on lui reprochait d'être froid et peu affectueux.

Ces phénomènes se produisent donc parfois avant l'âge de dix ans. Mais un fait plus fréquent, c'est qu'au moment de la puberté, les instincts génitaux suivent une marche inverse à celle de la nature, surtout chez les infantiles dont j'ai déjà parlé. Ils sont pris de passion pour un de leurs *copaings;* ils le suivent pas à pas, et tout ce qu'il fait, ils le font. D'autres fois, ce type idéal repose sur un individu beaucoup plus âgé, dont ils recherchent l'intimité et, pour peu que celui-ci s'y prête, il en résulte souvent des actes de masturbation ou de pédérastie. Cette espèce de contagion peut constituer un réel danger dans les collèges. Il existe deux ou trois exemples, où elle s'est répandue à 100 et 150 élèves.

Lorsqu'on revient sur le passé de certains individus, on découvre qu'étant enfants, ils jouaient à la poupée, faisaient des travaux de tapisserie, en un mot, on trouve une âme de femme dans un corps d'homme. Dans leurs rêves, ils ne se sentent jamais en contact avec une femme, mais avec des hommes grands, vigoureux et *aux grosses fesses.* Ce mot est caractéristique dans leur bouche. Après avoir passé par ces idées nocturnes, lorsque, sous l'influence de camarades, ils essayent du coït féminin, ils éprouvent un échec et, après quelques tentatives avortées, ils y renoncent et se livrent à l'onanisme. Lorsqu'ils ont pris l'habitude des actes invers, ils en sont souvent très humiliés; leur défaut d'aptitude génitale devient une obsession, ils font des aveux désespérés au médecin et finissent quelquefois par le suicide. Quelquefois aussi ils tombent de débauche en débauche et ne sont plus seulement des pédérastes *de amicitiâ,* comme disaient les anciens, mais se prostituent au premier venu.

Il y a donc là toute une déviation, qui commence généralement au collège et qui devient de plus en plus fréquente. Est-ce que les habitudes scolaires se sont modifiées? Est-ce la multiplicité des élèves, est-ce le surmenage intellectuel qui entrent ici comme facteurs? Je n'en sais rien. Mais, si vous êtes médecins d'établissement, quand vous verrez des enfants avec des mammites, l'œil caressant, cherchant à être aimables, méfiez-vous, même au point de vue de la salubrité intellectuelle du collège.

Une déviation analogue se retrouve chez les femmes avec les mêmes amitiés, les mêmes séries de rêves, etc. Vespale

rapporte l'exemple d'une femme de trente-cinq ans, sœur d'une maîtresse de pension en Allemagne, qui, à l'âge de quinze ou seize ans, couchant avec une de ses cousines, se livrait sur elle à des actes manuels ou labiaux. Mais elle raconta plus tard qu'elle jouait toujours le rôle actif. Elle refuse ensuite de se marier et se lie avec une autre jeune fille qui meurt. Enfin, rebutée et humiliée par une élève de sa sœur, elle la viole et est enfermée comme aliénée. Elle raconta alors toute sa vie passée sans la moindre pudeur et on constata qu'elle était vierge.

Un autre fait, cité par Kraftebing, est celui d'une fille de médecin, qui, échappée une première fois de chez ses parents, fut retrouvée dans une maison de tolérance, où elle s'était prise d'une amitié de ce genre pour une fille publique. Peu de temps après être sortie d'une maison de correction, elle se sauva de nouveau et alla rejoindre son amie dans une autre maison de tolérance en Allemagne.

Or, chez ces deux sujets, il y avait des antécédents : la première était née avec un bec de lièvre et une fente de la voûte palatine ; la seconde avait pour père un ivrogne et ivrogne avant la naissance de sa fille. Vous voyez qu'on trouve toujours quelque chose au point de vue de l'interprétation clinique.

Un sous-groupe est représenté par les hystériques sur lesquels je n'ai pas à revenir.

Un phénomène assez fréquent est une localisation voluptueuse anomale. Vous avez lu, dans les *Confessions* de Jean-Jacques Rousseau, qu'ayant éprouvé une jouissance particulière sous sa première fessée, il cherchait toutes les occasions de s'en faire donner d'autres. Cette excessive sensibilité cutanée de la région fessière est assez commune, et, d'ailleurs, quelques vieux débauchés font rallumer leur chaleur par la *flagellation*.

Fidèle à l'ordre hiérarchique, j'arrive à une forme plus grave. Pour ceux qui ont pris certaines habitudes, le désir génésique se systématise et ils en arrivent, par exemple, à ne pouvoir plus entrer en érection que devant un costume militaire ou ecclésiastique, une barbe de vieillard, une livrée de domestique, etc. C'est ainsi qu'à la fin de l'empire, dans l'affaire de la rue de Marbeuf, on découvrit que les membres de la société se déguisaient en guides de la Garde, en ecclésiastiques, en domestiques, en un mot revêtaient tous les costumes susceptibles de susciter chez certains individus le spasme vénérien.

Remarquez que, presque toujours, c'est l'œil qui est l'agent de la concupiscence. D'autres fois, il lui faut un homme nu, dont il regarde les organes génitaux ou l'anus ; d'autres fois, certains objets absolument inanimés. Kraftebing rapporte l'exemple d'un individu, qui avait eu sa première éjaculation en voyant un bonnet blanc sur la tête d'une vieille femme et qui, depuis, entrait en érection chaque fois qu'il en voyait un, même étendu pour sécher. Pour un autre, cité par Charcot, c'était un tablier blanc ; il est entré au couvent où son obsession l'a poursuivi.

Il y a quelques années, une dame fut réveillée en sursaut, ayant le cou fendu depuis l'oreille jusqu'à la clavicule et une main entamée. Elle appelle sa fille qui couchait à côté. On fouille. L'assassin avait disparu. Impossible d'en trouver la trace. Or, mon attention fut mise en éveil, lorsque je vis dans la loge du concierge un imbécile qu'on me dit être son fils. Je priai le juge d'instruction de continuer l'enquête dans cette loge et on trouva, dans la table de nuit de l'imbécile, un des jupons de la fille de la victime, inondé de taches spermatiques. Ce garçon avait eu une nuit l'idée d'aller se satisfaire sur la jeune fille elle-même et, pour ne pas être dérangé, il avait voulu se débarrasser d'abord de la mère.

D'autres couchent en costume de femme pour s'exciter. Motet cite le fait d'un individu chez lequel la vue seule d'une bottine de femme provoque l'éjaculation.

Le jour où vous serez commis dans des enquêtes de ce genre, vous serez navrés de voir des hommes, souvent intelligents et honnêtes, frappés d'une infirmité qui les empêche d'occuper le rang qu'ils méritaient dans la société. Je soigne, depuis quelques années, un homme dont vous connaissez tous le nom, docteur en beaucoup de choses, extrêmement généreux et bon et qui a rendu de très grands services. Il n'a jamais vu de femmes, n'a jamais été pédéraste, malgré de violentes tentations auxquelles il résiste énergiquement, mais un objet de deuil, un enterrement qui passe, bouleversent ses facultés génésiques, au point qu'il lui a été impossible d'aller à l'enterrement de ses parents.

Le jardinier d'un jardin public avait l'habitude de se manustuprer auprès d'une Vénus de Milo. A Saint-Pétersbourg, un individu fut surpris dans la même action près d'une des nymphes qui ornent l'entrée du palais impérial.

Lorsque vous fouillerez dans le passé de ces malheureux, vous trouverez des tares, soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les maladies de leur jeunesse. Ils ont été troublés dans tout leur être avec prédominence du sens génésique.

Ils sont excités toujours par la vue, quelquefois par l'odorat, jamais par l'ouïe. Tardieu parle des *renifleurs* qui vont respirer les exhalaisons des colonnes Rambuteau. Il y a aussi les *stercoraires* qui n'entrent en érection que lorsqu'ils voient une femme aller à la garde-robe devant eux. Les Allemands prétendent qu'il existe en France des maisons publiques, où les cabinets sont disposés de telle façon qu'on puisse assister facilement à ce spectacle. Je ne sais si les Français connaissent ces maisons-là, mais ce que je retiens, c'est que les Allemands savent les décrire et j'en conclus que, s'ils n'en ont pas chez eux, c'est sans doute parce qu'ils ont soin d'entretenir les nôtres !

Une forme, encore plus grave, a pour représentants ces individus qui ne reculent pas devant un crime et tuent une femme ou un enfant, soit pour ajouter encore à leur volupté, soit pour jouir du cadavre. Au moyen âge, Gilles de Laval, le fameux *Barbe-Bleue* qui infligeait toutes sortes de tortures à des enfants, jouissait encore d'eux pendant qu'ils râlaient. Dans un mémoire justificatif au roi, il reconnaît lui-même en avoir sacrifié plus de six vingts par an, c'est-à-dire plus de cent vingt. A Rome, Tibère se conduisait de même. Et, de nos jours, Menesclou peut être rangé dans cette catégorie.

Certains individus trouvent une jouissance à causer de la douleur aux femmes. A une époque, à Strasbourg, des hommes, munis de cannes armées de stylet, lardaient les femmes qu'ils rencontraient à la nuit, en sorte qu'on n'osait plus sortir, passée une certaine heure.

Il y a deux ans, à Paris, le même fait s'est produit deux fois dans la même semaine. Une actrice connue a reçu un coup de pointe à l'abdomen, qui a perforé tous les vêtements, et 2 ou 3 centimètres de couche adipeuse, et une jeune fille avec sa mère a reçu la même blessure au sein.

Enfin, une dernière variété comprend ceux qui entrent en érection en présence d'un cadavre. Nous avons été

obligés d'établir un surveillant à la Morgue, parce que certains individus venaient se masturber à la vue des corps exposés. Un exemple fameux est celui du sergent Bertrand et plus récemment celui de Blau, à Saint-Ouen : tous deux déterraient les cadavres de femmes pour en abuser.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en pareilles circonstances, il y a toujours eu des individus qui se sont déclarés, à tort, les coupables. Cela prouve bien que les actes de ce genre rentrent plutôt dans le domaine de la psychopathie que dans les manifestations d'un esprit qui raisonne.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des syphilides tertiaires (1).

III

Après avoir passé successivement en revue les trois principaux caractères des syphilides gommeuses ulcératives, nous avons étudié trois des grandes complications qui peuvent survenir pendant leur processus et nous en étions restés à la quatrième, ou complication par excellence, c'est-à-dire le phagédénisme. Celui-ci peut se présenter sous deux formes : la forme superficielle et la forme profonde ou perforante, térébrante, qui constitue le véritable phagédénisme.

Le phagédénisme superficiel, ou serpigineux comme on l'appelle encore, marche par infiltration gommeuse progressive des bords qui, peu à peu, se ramollissent, s'ulcèrent à leur tour, se continuant ainsi avec l'ulcération primitive. Si ces ulcérations serpigineuses s'étendent quelquefois au hasard, sans méthode, ce qui est rare, bien plus souvent, au contraire, elles sont méthodiques dans leur évolution et procèdent ou par bandes circinées, sinueuses, ou par rayonnement centrifuge. C'est ainsi que l'éruption grandit par séries de demi-cercles.

Mais, ce qui est plus remarquable, ce sont les caractères des bords opposés dans les syphilides serpigineuses ; ainsi, quand le phagédénisme a progressé pendant un certain temps, si l'on compare la tête du serpent à ce qu'on peut appeler la queue, on voit cette dernière marcher à la cicatrisation, tandis que l'extrémité opposée présente une infiltration surabondante ulcérée. De même dans le rayonnement centrifuge, on voit le centre en voie de cicatrisation ou même cicatrisé, tandis que les bords, la périphérie, sont ulcérés et le siège d'une infiltration à son maximum. Ainsi l'ulcération phagédénique présente des caractères opposés des bords opposés : au niveau des points où s'étend l'ulcération, les bords sont relevés, saillants, taillés à pic ; au contraire, du côté opposé ces bords sont plats et sans entaillure.

La marche est lente, chronique, irrégulière et saccadée, et avec le phagédénisme tout est à surprise. Ainsi, au moment où la lésion est en bonne voie de guérison, on la voit tout à coup prendre un élan nouveau malgré la non-interruption du traitement. Quelquefois son étendue reste limitée à une région et le mal en reste là, tandis que dans d'autres cas, il dépasse ces limites, il peut envahir, par exemple, toute la tête, tout le cuir chevelu, la face, etc. Mais ce n'est là encore que le petit phagédénisme.

Le grand, le vrai phagédénisme, le profond, le térébrant est bien autre chose, car il peut envahir jusqu'aux muscles. Son siège de prédilection est la face et, sur celle-ci, le nez. Au début, il est caractérisé par une infiltration gommeuse et interstitielle offrant quelque ressemblance avec le lupus; puis le mal progresse, il envahit et détruit successivement la peau, la couche cellulo-adipeuse, les aponévroses, les muscles, les cartilages et les os, car tout y passe. Ces derniers, atteints, en arrivent à s'exfolier, se carier.

Mais, chose étonnante, pendant le cours de ces destructions successives, on observe une indifférence locale et générale de l'organisme, une absence de toute réaction autour de la lésion, et l'individu reste bien portant, sans fièvre ni troubles fonctionnels.

Telle est la règle à côté de laquelle on rencontre de temps à autre quelques exceptions. C'est ainsi que, quand les lésions recouvrent une grande étendue, les sympathies organiques s'éveillent, ce sont des douleurs périphériques vives, névralgiformes, atroces parfois ; c'est une fièvre hectique avec exacerbation fébrile le soir, défaillance de nutrition, consomption. Les conséquences sont des mutilations d'organes, des pertes de substance : les lèvres, par exemple, peuvent être enlevées tout à fait, l'oreille crénelée, perforée, détruite presque entièrement, des orteils peuvent disparaître, etc., etc.; la face peut être anéantie; plus de nez, plus même de peau sur le visage. Et ce n'est pas encore là le maximum d'horreur. J'ai vu, il y a vingt ans, dans ses derniers moments, un artiste des plus célèbres de l'Opéra, effrayant à voir tant il était épouvantablement défiguré : plus de nez du tout, plus de lèvre supérieure, plus de peau sur la face, laquelle était remplacée par une vaste cicatrice, plus de voûte palatine ni de voile du palais, plus de fosses nasales, plus de charpente osseuse dans le nez. Bref, le nez, la bouche et le pharynx ne formaient plus qu'une seule antre, à travers laquelle on apercevait la base du crâne. Telle était l'homme qui, à un moment donné de sa vie, avait été la coqueluche des Parisiennes et qui mourait dans un affreux marasme, quoique sans souffrances physiques.

Eh bien ! Alibert a observé un cas plus affreux encore, dont il a rapporté l'observation dans son livre.

Ceci dit sur ces horribles lésions, je vais aborder maintenant le côté pratique par excellence du sujet qui nous occupe, c'est-à-dire le diagnostic différentiel des scrofulides et des syphilides.

Parmi tous les caractères que nous avons décrits, en est-il de spécial qui permette de dénoter à coup sûr les syphilides? Non, il n'en est pas de véritablement pathognomonique. Nous savons seulement qu'il en est de bons qui permettent de préjuger la nature du mal et je vais les résumer de la manière suivante :

Dans la syphilide sèche, la coloration est rouge sombre jambonné, les tubercules sont consistants, durs, fermes, résistants. Dans la syphilide gommeuse, ulcéreuse, nous avons la couleur foncée des croûtes, l'ulcération à pic, l'adhérence des bords, leur dureté, leur infiltration, une aréole rouge sombre; un aspect crêmeux, bourbillonneux. Enfin, les ulcérations sont arrondies, groupées soit en cercle complet, soit en demi-cercle, en demi-lune.

Bien que ces différents signes ne soient pas pathognomoniques, ils impriment à la lésion syphilitique un facies presque caractéristique. Malheureusement, les syphilides tertiaires n'ont pas toujours cet ensemble de caractères, de là, dans certains cas, des difficultés plus ou moins grandes de diagnostic, même pour les syphiliographes les plus expé-

(1) Suite. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 314.

rimentés, surtout de diagnostic différentiel d'avec le lupus tuberculeux.

Voyons donc quels sont les signes qui peuvent faciliter ce diagnostic. Ces signes sont de deux ordres : 1° objectifs; 2° rationnels.

Nous passerons en revue aujourd'hui les signes objectifs. Si nous comparons, par exemple, les syphilides sèches et les scrofulides du nez, nous voyons qu'elles présentent un certain nombre d'analogies, d'identités. Ainsi, c'est tout d'abord une éruption rouge tuberculeuse, occupant un siège identique, de volume égal, de configuration à peu près semblable. Mais un examen attentif nous montrera certaines différences : 1° la couleur qui, dans la syphilide, est d'un rouge sombre, jambon fumé; tandis que dans la scrofulide elle est d'un rouge plus clair, plus inflammatoire, parfois même rouge-jaune, rouge de sucre d'orge; 2° la consistance, ferme, dure au toucher, non dépressible, ne s'écrasant pas sous le doigt, dans la syphilide; consistance mollasse, s'affaissant sous la pression, dans la scrofulide, dont le tubercule est moins plein, moins rempli.

Dans les formes humides, nous trouvons cinq grands caractères différentiels qui sont :

1° L'aréole rouge sombre, foncé, jambonné dans la syphilide; rouge plus clair, plus inflammatoire et souvent teinté de bleu dans la scrofulide.

2° Les croûtes dures, compactes, homogènes, résistantes, stratifiées, composées, quelquefois même ostriacées et de couleur noire, sombre ou verdâtre, vert de bronze antique, dans les syphilides; croûtes molles, au contraire, claires, blanc-jaunâtre, grisâtres dans les scrofulides.

3° *Bords*. — Les bords sont très accentués, élevés, faisant relief, durs, engorgés, infiltrés, entaillés, coupés à pic, non décollés, non flottants, mais adhérents dans la syphilide; non élevés, à peine saillants et mous, flasques, non taillés à pic mais décollés, à peau flottante au contraire dans les scrofulides.

4° *État du fond*. — Fond creux, déprimé, inégal, anfractueux, raviné selon l'expression de Bazin, parfois étagé, et surtout bourbillonneux, crêmeux, jaunâtre et revêtu d'un enduit qui rappelle le bourbillon du furoncle dans la syphilide; fond moins profond, non bourbillonneux, mais rosé comme des bourgeons charnus, comme une plaie en voie de réparation, quelquefois même rougeâtre, lisse, recouvert d'une pellicule pseudo-cicatricielle, parfois même constituée par une surface bourgeonnante, mamelonnée, végétante dans ce que l'on a appelé le *lupus frambœsoides*.

5° *Configuration d'ensemble*. — La syphilide est méthodique, disciplinée et se développe suivant trois types : le type orbiculaire, le type en demi-cercle et le type en ondulation serpentine. La scrofulide, au contraire, a une configuration irrégulière, variée, bien moins méthodique.

Tels sont les signes permettant de faire le diagnostic objectif des syphilides et des scrofulides, mais quelle valeur ont-ils? Ils sont à la fois excellents et insuffisants; insuffisants parce qu'ils n'ont rien de constant, rien d'absolu, 1° parce que si les scrofulides sèches sont remarquables par la coloration que j'ai décrite tout à l'heure, et qui les différencie du lupus, il est cependant des cas aussi où le lupus est recouvert de croûtes noires analogues à celles des syphilides; 2° parce que certaines syphilides présentent quelquefois — rarement il est vrai — des bords décollés et flottants comme le lupus; 3° enfin, parce qu'on a vu des cas où les scrofulides affectaient, comme les syphilides, une configuration circinée simulant ces dernières au plus haut point. Le fait est exceptionnel, mais il existe. Aussi, je le répète, les signes objectifs n'ont-ils réellement qu'une valeur restreinte; de là la nécessité des signes rationnels. Nous les étudierons dans notre prochaine leçon.

EXPÉRIENCES

SUR LES MOUVEMENTS RYTHMIQUES DU CŒUR.

Par MM. Germain Sée et E. Gley.

Deux opinions principales ont été émises sur les causes des contractions rythmiques du cœur; ou bien, comme M. Brown-Séquard, dès l'année 1853, et plus tard MM. Ranvier, Marey, Bowditch, on a soutenu que les mouvements du cœur ont lieu avec toute la régularité de leur rythme, sans que le système nerveux intervienne pour leur production, ou bien on a soumis les contractions cardiaques à l'influence du système nerveux et surtout des ganglions nerveux qui sont disséminés dans les parois mêmes du muscle cardiaque; mais la plupart des physiologistes considèrent aujourd'hui ces ganglions, non plus comme des organes producteurs du mouvement rythmique, mais comme des organes d'entretien et de régulation pour cette fonction rythmique, attribuée en propre à la fibre musculaire. Voici maintenant un travail de MM. Kronecker et Schmey (1), qui a passé inaperçu, malgré trois ans de date, et qui pose la question à un autre point de vue. Ces deux physiologistes ont, en effet, cherché à montrer qu'il existe à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, dans le cœur du chien, un point d'entre-croisement des voies d'innervation, dont ils font un centre de coordination pour les mouvements des ventricules.

La question nous a paru assez importante pour mériter de nouvelles recherches aussi précises que possible.

Nos expériences, au nombre de trente, dont les premières remontent au mois de juillet 1886, ont été faites sur le chien, profondément curarisé ou bien chloralisé et curarisé, les deux nerfs vago-sympathiques ayant été ou non sectionnés, et la respiration artificielle étant convenablement établie. La poitrine de l'animal était ouverte et le péricarde fendu de bas en haut. Dans ces conditions, si l'on enfonce une aiguille au point indiqué par les deux physiologistes allemands, on constate qu'il se produit *immédiatement* des contractions très intenses des ventricules, mais tout à fait irrégulières, désordonnées, comme ataxiques, qui s'affaiblissent très vite, en se transformant en oscillations ou trémulations fibrillaires; celles-ci cessent bientôt, en même temps que les ventricules se dilatent et que les oreillettes continuent à battre rythmiquement.

Dès que les trémulations ventriculaires ont commencé, le pouls artériel disparaît, la pression du sang dans les artères tombe à zéro, et désormais on ne peut plus, par aucun moyen, rétablir la fonction rythmique des ventricules. L'expérience, réalisée de cette manière, n'a cependant réussi qu'un très petit nombre de fois (3 fois sur 14) : ce qui prouve sans doute que le centre nerveux dont il s'agit est mal déterminé anatomiquement et très limité.

Étant donnée cette difficulté d'obtenir par l'excitation mécanique un résultat constant, nous avons eu recours aux excitations électriques. Ce n'est pas que l'excitation des courants de pile et des courants induits sur les mouvements des ventricules n'ait déjà été bien établie par MM. Panum, Ludwig et Hoffa, Einbrodt, Wooldridge, Tigerstedt, et surtout par M. Vulpian (1874), mais il s'agissait d'étudier l'action électrique sur le point du cœur que nous considérons. Or, nous avons vu que la faradisation de ce

(1) *Das Coordinationscentrum der Herzkammerbewegumgen* (Acad. des sciences de Vienne, 1884).

point, avec un courant de moyenne intensité, détermine les trémulations ventriculaires si caractéristiques, que les nerfs pneumogastriques ou modérateurs du cœur aient été ou non sectionnés ou bien paralysés ou non par l'atropine. Si l'intensité de l'excitation varie, les résultats ne sont plus les mêmes. En effet, nous avons constaté que, si l'on diminue la fréquence des chocs d'induction (jusqu'à 9 ou 10 par seconde), l'intensité du courant restant la même, ou bien si, inversement, on diminue l'intensité du courant, sans faire varier la fréquence des excitations, on détermine une très grande accélération des contractions cardiaques, qui cesse en général immédiatement dès qu'on interrompt la faradisation. Si, alors, les électrodes étant replacées au même point, on augmente soit la fréquence des excitations, soit la force du courant, on voit se produire les trémulations des ventricules.

Ce n'est pas seulement à la suite de l'électrisation du tiers supérieur de la cloison ventriculaire que nous avons observé ces phénomènes : c'est aussi par l'excitation, dans les mêmes conditions, du tiers moyen et du tiers supérieur, et même des parois des ventricules. Faut-il attribuer ces effets à la diffusion du courant jusqu'au point nerveux dont nous avons parlé, qui serait ainsi une sorte de *nœud vital* du cœur? Pour diverses raisons expérimentales, cette manière de voir ne nous paraît pas admissible.

Les résultats acquis ne nous autorisent même pas à considérer comme démontrée l'existence d'un centre coordinateur des mouvements du cœur. Qu'il y ait, au point de la cloison ventriculaire que nous avons indiqué, une sorte de nœud vital du cœur, en ce sens que, une fois ce point lésé, les ventricules, animés seulement de tremblements violents, perdent très vite leur puissance fonctionnelle, cela n'est pas douteux; il est clair, étant donné l'effet singulier d'une simple piqûre en cet endroit, qu'il se trouve en ce point un groupe de cellules nerveuses. Mais ce que nous croyons être encore incertain, c'est la nature fonctionnelle de ce centre. Il est possible, en effet, qu'une excitation mécanique ou électrique en ce point, en déterminant des contractions extrêmement rapprochées et désordonnées, épuise très vite et complètement l'irritabilité du muscle lui-même, de telle façon que ce muscle ne soit plus capable de recouvrer sa fonction. Ce qui semblerait indiquer que ce phénomène se ramène peut-être à une action accélératrice, c'est-à-dire tonique, exagérée, c'est la production, dans certaines conditions, d'une accélération des battements cardiaques, qui aboutit, plusieurs tracés nous l'ont démontré, aux trémulations décrites, pour peu que l'on augmente l'intensité du courant. Qu'on remarque, d'ailleurs, que ces contractions ondulatoires semblent constituer la seule forme de tétanos que puissent prendre les muscles à mouvements rythmiques. Nous sommes donc en droit de nous demander si les oscillations ventriculaires ne dépendent pas d'un trouble apporté à la fois dans les éléments nerveux et dans les éléments musculaires du cœur. Des expériences en voie d'exécution nous permettront peut-être de trancher la question.

Au point de vue médical, ces recherches ne laissent pas de présenter un réel intérêt. L'observation clinique et l'anatomie pathologique, en effet, avaient montré à l'un de nous que la maladie appelée *angine de poitrine* est due à une oblitération des artères nourricières du cœur ou artères coronaires. Or, par l'injection de poudre inerte dans ces artères ou par la ligature de l'une d'elles (1), on produit des trémulations identiques à celles que nous venons d'étudier. Il est donc permis de supposer que, si, par suite de l'oblitération d'une artère coronaire, il y a irritation des amas de cellules nerveuses placées dans la cloison interventriculaire, les contractions des ventricules déjà troublées peuvent se transformer en ces oscillations désordonnées, pour ainsi dire folles, devenant rapidement mortelles. Il nous semble, en tout cas, que le mécanisme de l'angine de poitrine peut être singulièrement éclairé par la connaissance exacte de tous ces faits relatifs au nœud vital du cœur.

(1) G. Sée, Bochefontaine et Roussy, *Arrêt rapide des contractions rythmiques des ventricules cardiaques sous l'influence de l'occlusion des artères coronaires* (C. R., 10 janvier 1881).

CONSTIPATION ET MASSAGE

Par M. le docteur George Berne.

1° Le massage abdominal est un moyen toujours inoffensif et salutaire dans le traitement de la constipation rebelle à l'emploi des moyens thérapeutiques usuels.

2° La durée de chaque séance doit être de quinze à vingt minutes. Les séances sont d'abord quotidiennes dans la première période du traitement.

3° Les selles naturelles se produisent, en général, vers la sixième séance. L'effet du traitement se perpétue après la cessation du massage.

4° On devra presser doucement au niveau du fond de la vésicule biliaire et solliciter les contractions de ce réservoir, afin de favoriser le cheminement de la bile vers le gros intestin. Cette manœuvre, propre à l'auteur, complète utilement les procédés de massage connus de nos jours.

5° Le massage, tout en provoquant la sécrétion plus abondante du suc intestinal, stimule la contractilité du gros intestin, par son action sur le système diastaltique intra-viscéral.

6° En dehors de tout phénomène réflexe, le massage agit mécaniquement et facilite le cheminement du contenu de l'intestin. (*Journal de médecine de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de Corbie. — Sont nommés : 1° médecin titulaire, M. le docteur Dubois (de Villers-Bretonneux) ; 2° médecin-adjoint, M. Démarquet, médecin à Corbie.

— M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire des recherches de M. le professeur Hébert à la Sorbonne, fera sa prochaine excursion géologique du mardi 5 avril au samedi soir 9 avril 1887, en Normandie. Rouen : sénonien, turonien, cénomanien ; Le Havre : cénomanien, gault, kimméridien; Trouville : kimméridien, corallien, oxfordien, archéen, silurien, récif du lias ; Luc : bathonien ; Bayeux et Port-en-Bessin, bajouin, bathonien.

Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, lundi soir 4 avril, à 8 heures 20 minutes précises, pour le départ.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Le tome XXXIV de la première série, le tome XXIII de la deuxième série, la première partie du tome XVII de la troisième série, la deuxième partie du tome XII de la quatrième série et la deuxième partie du tome I de la cinquième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau ; et Victor Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20958

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES

PAR LES APPAREILS EN ZINC LAMINÉ (1).

Par M. le docteur V. Raoult-Deslongchamps,
médecin principal de 1re classe en retraite.

V

Appareils pour fractures de cuisse. — La principale, je pourrais presque dire la seule indication à remplir dans les fractures de cuisse, plus spécialement encore que dans toutes les autres, est de maintenir si bien la réduction des fragments, quand on a réussi à l'obtenir, que toute déviation, tout chevauchement et partant tout raccourcissement du membre soit impossible. Or, c'est justement dans cette fracture que la puissance et la direction des muscles agissent le plus efficacement, pour produire les déplacements de l'os brisé.

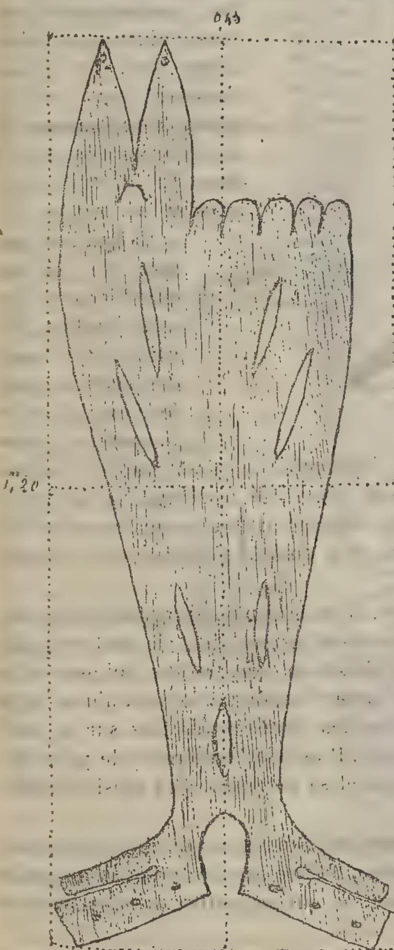


Fig. 5.

Je ne m'arrêterai pas à décrire tous ces appareils. Ils sont innombrables et on en invente de nouveaux tous les jours. Aujourd'hui, les plus à la mode sont les bandages plâtrés et l'extension continue, faite au moyen de larges bandelettes de diachylon et obtenue au moyen de poids considérables. Les résultats qu'ils fournissent sont loin d'être l'idéal, et on se félicite lorsque la guérison a lieu avec 2 ou 3 centimètres de raccourcissement. Aussi, la guérison d'une fracture de cuisse sans raccourcissement passe-t-elle pour un mythe. Avec mon appareil, au contraire, ce résultat doit être la règle et la diminution de longueur du membre, l'exception, même dans les circonstances les moins favorables, par exemple, lorsque la fracture est très oblique. J'oserai même avancer qu'on pourrait dans certains cas obtenir une légère élongation du membre, au lieu d'un raccourcissement.

Cet appareil ne diffère de celui de la jambe que par le prolongement de sa partie supérieure et sa forme adaptée aux fonctions qu'il a à remplir. La figure 5 donne la forme et les dimensions réduites à peu près à 1/10 que j'ai définitivement adoptées pour l'appareil à fracture de cuisse.

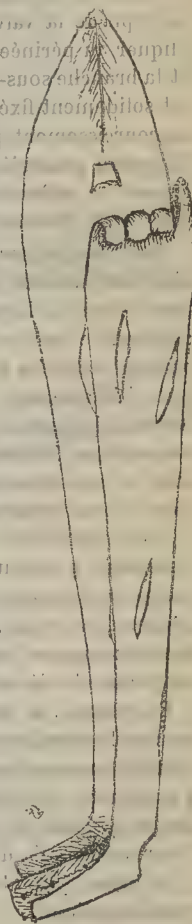


Fig. 6.

Pour obtenir le patron convenable d'après ce dessin, le chirurgien devra prendre bien exactement la longueur du membre, en opérant sur le membre sain, depuis le périnée jusqu'à la plante du pied, et ne pas oublier que le côté interne de son patron devra avoir environ 12 centimètres de plus que cette longueur, pour compenser la perte produite par la formation de la semelle et par le repli destiné à prendre son point d'appui sur le périnée. Un appareil trop grand peut toujours être utilisé, un trop petit ne peut rendre qu'un médiocre service.

L'appareil découpé, on le recourbe en gouttière sur l'une ou l'autre de ses deux faces, suivant que l'on a à faire au membre droit ou au membre gauche, de manière à lui donner la forme représentée dans la figure 6.

On prend de nouveau la longueur du membre et on replie la valve supérieure interne de la gouttière, de manière que la base arrondie de ce repli puisse s'adapter exactement au périnée, à la hauteur convenable, pour que l'extrémité plantaire du membre blessé, rendu par les tractions à sa dimension normale, vienne à peu près en contact avec la partie verticale de l'appareil et que le talon corresponde à la fenêtre destinée à le recevoir. On réunit, au moyen d'un fil de fer, les deux parties de la valve externe, pour lui donner une forme incurvée, et on replie en forme de crochet le petit morceau de zinc découpé dans le haut de cette valve, lequel doit servir à empêcher le glissement des tours de bande, par lesquels l'appareil sera fixé autour du bassin. Il sera bon de placer de suite, dans la fente qui sépare la partie postérieure des parties latérales de la semelle, un bout de bande, qui pourra servir à l'extension, si on juge à propos de l'employer plus tard. Une couche d'ouate est ensuite disposée dans l'intérieur de la gouttière, suivant les indications données pour l'appareil de jambe.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 297.

Ces premières dispositions prises, on procède à la réduction et on applique un bandage de Scultet, mais, je le répète, ce bandage n'est pas indispensable et le membre peut être mis à nu dans l'appareil matelassé.

Pour ce faire, le chirurgien prend à pleines mains le membre et le soulève, en s'efforçant, par des tractions divergentes, de maintenir la coaptation des fragments, secondé par un aide qui soulève le bassin, tandis qu'un autre aide glisse sous celui-là la gouttière préparée. Cette opération est toujours fatigante, et parfois difficile; elle amène quelquefois la reproduction partielle du déplacement. Il n'y a pas lieu de s'en inquiéter.

Dès que le membre est placé dans la gouttière, le blessé éprouve déjà un notable soulagement. On examine alors si la couche d'ouate est bien restée en place, car souvent elle se replie et s'enroule au moment où l'appareil est glissé sous le membre. On veille à réparer ce petit désordre et à ce que la base du repli de la valve interne vienne bien s'appliquer au périnée, qui doit être garni d'une bonne couche d'ouate.

La gouttière est d'abord fixée en haut par un spica de l'aine, qui la fixe parfaitement sur la hanche et la partie supérieure de la cuisse. Puis, des tractions sont exercées sur le bas de la jambe, pour donner au membre toute l'extension possible, et le pied est à son tour solidement fixé à la partie verticale de l'appareil par des tours de bandes en étrier.

Les fragments sont ainsi solidement fixés : ils ne peuvent plus chevaucher, ni le membre se raccourcir. En effet, la base arrondie du repli de la valve supérieure interne de la gouttière vient s'appliquer au périnée sur un point fixe qui n'est autre que l'ischion et la branche sous-pubienne de l'os iliaque. D'un autre côté, le pied est solidement fixé à la partie verticale de l'appareil. Pour qu'un raccourcissement pût se produire, il faudrait, ou que le haut de l'appareil pénétrât dans le bassin, ou que les bandes qui arrêtent le pied se relâchassent, ou bien que le zinc de l'appareil s'infléchît. Cette dernière hypothèse serait seule possible.

Pour l'empêcher de se produire, la gouttière est fixée et pour ainsi dire moulée sur, autour et tout le long du membre par des lacs à boucles disposés sur des coussinets. La solidité est encore augmentée par un remplissage d'ouate, qui comble tous les vides existant entre les membres et l'appareil, de sorte que ces derniers sont si intimement unis qu'ils ne peuvent avoir de mouvements isolés et indépendants. Cette manière de faire a de plus l'avantage de paralyser le spasme musculaire et de répartir la pression nécessaire au maintien de la coaptation sur tout le membre où sa division la rend presque inappréciable.

Il est cependant une position du membre où un léger raccourcissement pourrait se produire, c'est l'abduction exagérée. Le poids du membre est d'ordinaire un obstacle suffisant pour l'empêcher d'avoir lieu. Pour y remédier, il suffit de faire redresser le haut du corps et de lier les deux membres ensemble pour les empêcher de s'écarter.

En résumé, la résultante de toutes les forces qui tendent à raccourcir le membre vient aboutir au périnée. On serait tenté d'après cela de supposer que la pression doit y être excessive et difficile à supporter. C'est dans ce but que j'avais disposé un lien à la partie pédieuse de l'appareil en vue de faire une légère extension. L'expérience m'a démontré que c'était une précaution inutile.

La figure 7 montre le mode d'application de l'appareil et l'appareil appliqué.

La douleur cesse habituellement peu d'instants après l'application de l'appareil et est remplacée par le sentiment ordinaire de pesanteur et d'engourdissement. Si elle apparaît de nouveau, ce n'est que pour peu de temps et elle n'est jamais assez forte pour faire songer à l'ablation de l'appareil. Une fois calmée, trente-six heures au maximum après l'accident, elle ne reparaît plus pendant toute la durée du traitement. Elle est généralement moins forte et moins tenace que dans les fractures de jambe.

Le membre, contenu dans l'appareil, paraît plus long que l'autre de près d'un centimètre. Cet allongement n'est qu'apparent et il faut tâcher de toujours l'avoir pendant les premiers temps du traitement, pour obtenir un bon résultat définitif. Le blessé sent son membre bien maintenu et solide. S'il ne peut tout d'abord se lever et même s'asseoir sur son lit (cependant j'en ai vu le faire sans inconvénient), il peut du moins glisser sur lui en s'aidant du membre sain, avoir la tête et le tronc soulevés au moyen d'oreillers ou d'un plan incliné, ce qui diminuera la fatigue du décubitus et facilitera beaucoup l'usage des bras et des mains. Bientôt, il lui sera loisible de se coucher sur le côté sain ou même sur le côté fracturé. Les soins de propreté sont donnés et les évacuations naturelles s'exécutent avec la plus grande facilité. Dans les mouvements qu'il est obligé de faire pour soulever son bassin et le haut du corps au moyen du trapèze, on est tout surpris de voir le blessé, sans qu'il en ait conscience, prendre un point d'appui, presque autant sur le membre fracturé que sur l'autre, tant les fragments sont bien immobilisés. Malgré toutes les recommandations, vers le dixième ou le douzième jour, les blessés s'assoient dans leur lit; aussi, à ce moment, je n'hésite pas à les mettre dans un fauteuil à suspension ou sur un tricycle qui leur permet de circuler dans les cours. Vers cette époque, j'avais essayé l'usage des béquilles, mais leur emploi est incommode à cause de l'excès de longueur de l'appareil. Ce n'est que le cinquantième jour, lorsque l'appareil aura été sectionné au-dessus du genou et réduit à sa partie crurale, qu'on pourra user des béquilles. L'appareil ne devra être enlevé définitivement qu'après soixante jours.

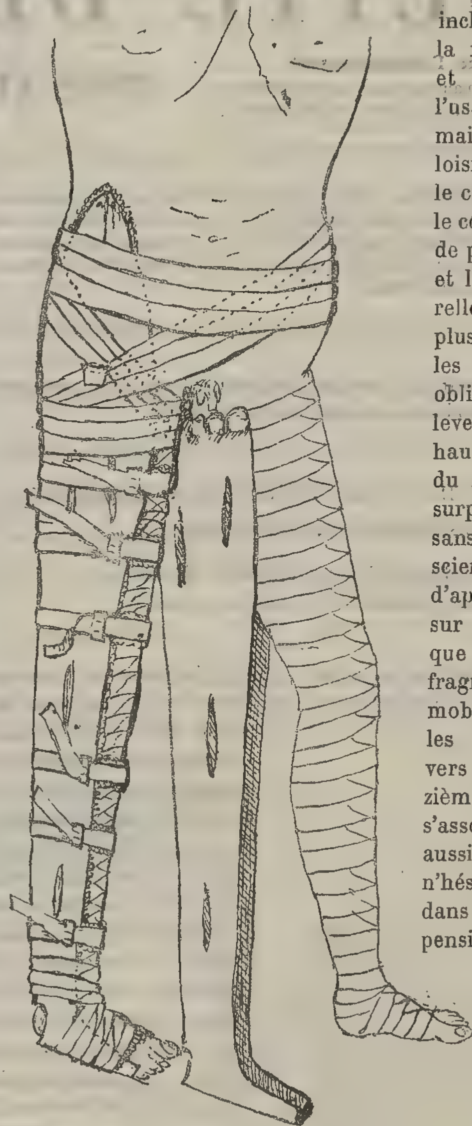


Fig. 7.

Pour la chirurgie de guerre, la longueur de cet appareil rend son transport difficile. Pour parer à cet inconvénient, le docteur Schön (de Vienne) a imaginé de le diviser en deux parties, qui peuvent se réunir au moyen de petites lames laissées sur le bord d'une de ces parties et qui pénètrent dans des fentes pratiquées sur le bord correspondant de l'autre partie. Il est bien préférable de plier l'appareil vers sa partie moyenne et sa longueur sera ainsi diminuée de moitié.

On aura recours avec avantage à deux lames de zinc appliquées, l'une sur le devant de la cuisse, l'autre sur le devant de la jambe doublé d'une couche de ouate, ce qui permettra de supprimer les coussinets.

Cet appareil convient à toutes les fractures du fémur du tiers inférieur et de la partie moyenne. Pour celles du tiers supérieur du col, pour les coxalgies où l'immobilisation de la hanche est regardée comme plus nécessaire, avis que je n'accepte pas sans réserve, j'ai cru devoir modifier la valve externe en lui

donnant des dimensions, qui lui permettent d'embrasser le bassin, comme le montre la figure 8.

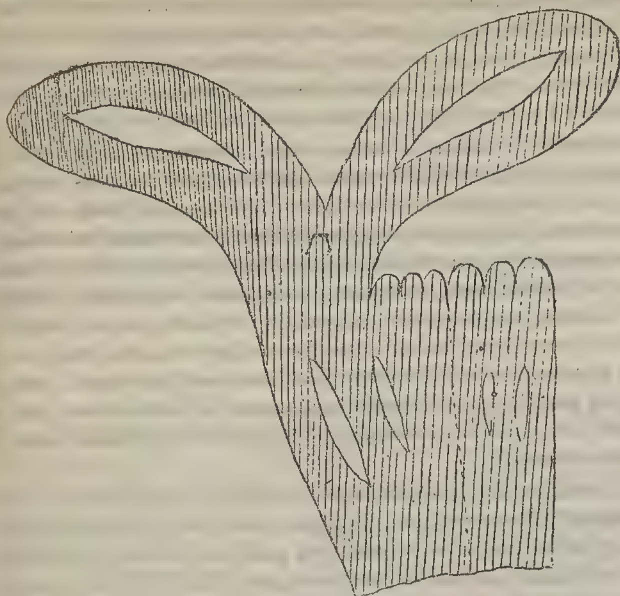


Fig. 8.

L'appareil, ainsi modifié et appliqué, est représenté ci-dessous par la figure 9.

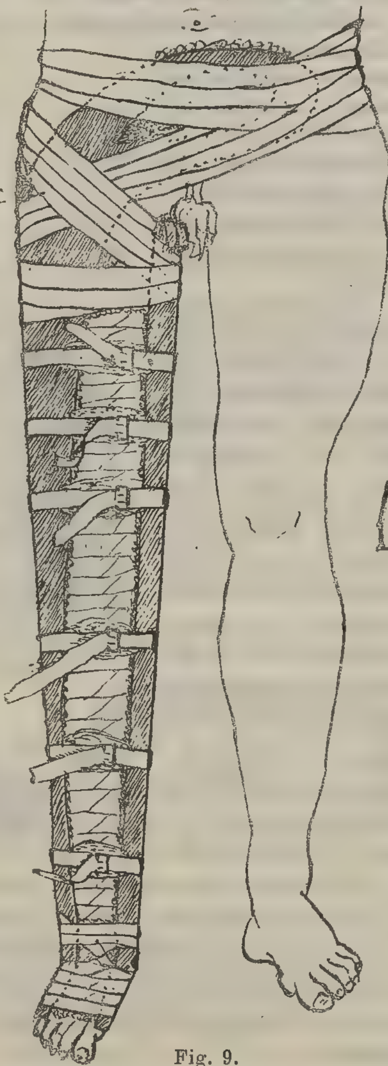


Fig. 9.

VI

Appareil pour fracture de la rotule. — Les diverses indications à remplir dans le traitement des fractures de la rotule peuvent se résumer dans une seule : coapter exactement les fragments aussitôt que possible après l'accident produit et empêcher leur séparation ultérieure. Si le but est simple et évident, il n'est pas aussi facile à réaliser qu'on pourrait le croire, à cause de la puissance d'action du muscle triceps fémoral qui tend à entraîner le fragment supérieur, de l'exiguïté et de la mobilité des fragments sur lesquels on a peu de prise, et qu'il est difficile de maintenir dans l'immobilisation nécessaire. Aussi, le nombre et la variété des appareils inventés pour traiter cette fracture est-il considérable. Malgré cette abondance de moyens, les résultats favorables sont rares et ce n'est que très exceptionnellement que l'on a pu obtenir des réunions osseuses; le plus souvent il reste entre les fragments un espace plus ou moins considérable qui gêne singulièrement les mouvements de l'articulation du genou. Je crois avoir trouvé la cause de ces insuccès, cause que je n'ai vue signalée nulle part.

Au moment où l'accident s'est produit, il est très facile de rapprocher les fragments et de les maintenir en contact avec un simple bandage croisé ou les appareils ordinairement employés. Mais, bientôt le genou se gonfle, un épanchement se produit dans l'articulation et le chirurgien est obligé de supprimer les moyens contensifs employés, jusqu'à ce que l'épanchement ait disparu, vers le dixième ou le douzième jour. Il réapplique alors son

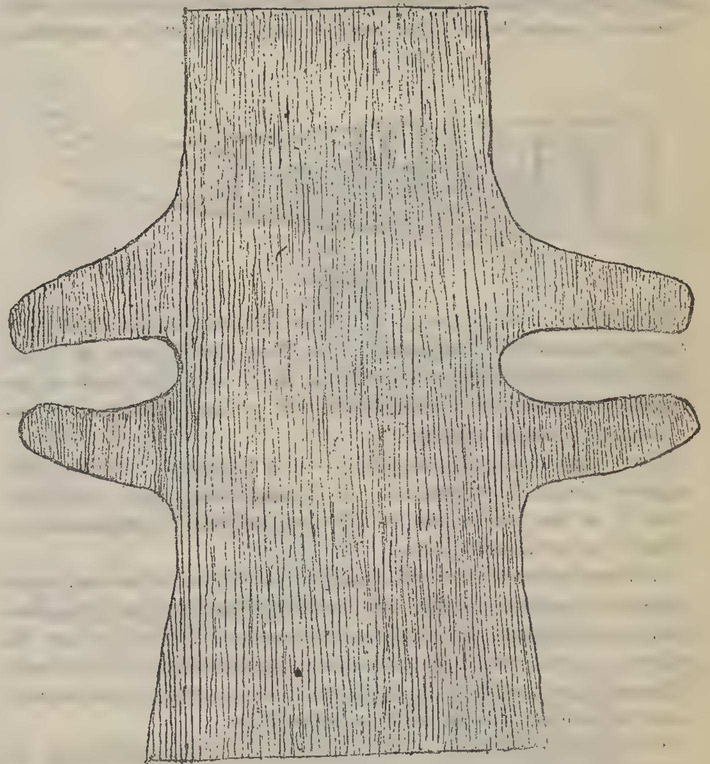


Fig. 10.

appareil, mais il est trop tard pour obtenir un bon résultat. Car la rotule, isolée des parties molles, n'a que peu de vitalité; le travail de nutrition et de réparation y est peu actif, et lorsqu'on



Fig. 11.

veut remettre le fragment en contact, les surfaces traumatiques, baignées par le liquide de l'épanchement, ont subi un commencement de réparation isolée qui rend leur réunion cicatricielle impossible.

Le but que j'ai dû me proposer, en créant un nouvel appareil, a donc été de permettre à l'épanchement de se produire, de parcourir ses phases, sans que les fragments cessent un seul instant d'être en contact parfait. Je crois être arrivé au but cherché puisque, dans les deux seuls cas où je l'ai employé moi-même, j'ai eu une réunion osseuse.

Voici, réduit à un cinquième, le modèle de cet appareil (fig. 10). Recourbé en gouttière, il a la forme indiquée par la figure 11. L'application est très simple.

Il faut d'abord appliquer sur le membre un bandage roulé qui, partant de l'extrémité du pied, s'étend jusqu'au-dessous de la tubérosité du tibia. L'appareil, garni d'une couche uniforme d'ouate, est ensuite appliqué de manière que les bords des appendices, ou brides, viennent s'appliquer exactement sur les bords supérieur et inférieur de la rotule rapprochés aussi exactement que possible. Il est bon d'imprimer aux bords de ces brides, qui se recouvrent en partie, une légère torsion pour qu'ils agissent plus efficacement. Deux

lacs à boucles sont disposés sur eux pour assurer leur action. Deux autres sont appliqués sur les extrémités de l'appareil pour assurer son maintien. Quand l'épanchement se produit, on desserre au fur et à mesure les lacs qui recouvrent les brides. Celles-ci glissent l'une sur l'autre, sans cesser d'emprisonner la rotule dont les surfaces traumatiques ne cessent pas d'être en contact. A mesure que l'épanchement se résorbe, les lacs, et partant les brides, sont resserrés graduellement. La pression des brides sur les extrémités

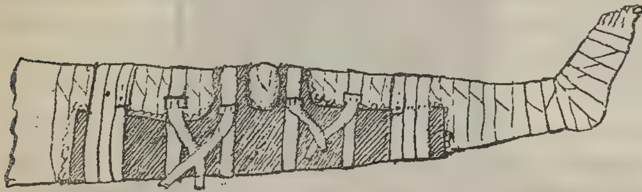


Fig. 12.

supérieure et inférieure de la rotule déterminent quelquefois le chevauchement des fragments et un léger écartement en forme de V. Pour remédier à cet inconvénient, il suffit de disposer sur eux un petit tampon d'ouate assuré par un lacs. La figure 12 représente l'appareil appliqué.

Il est important d'appliquer de suite l'appareil. Si l'on n'est appelé qu'après la production de l'épanchement dans l'articulation, il ne faut pas hésiter à vider celle-ci avec un aspirateur et placer l'appareil sans tarder.

Le blessé pourra être levé et mis de suite dans le fauteuil à suspension. Il pourra marcher avec des béquilles, dès que l'épanchement aura disparu. La rotule reste exposée à l'œil et au tact du chirurgien, qui remédiera au moindre déplacement et n'enlèvera l'appareil que lorsque la consolidation sera parfaite. Une dépression linéaire sera le seul vestige de la lésion.

Cet appareil, privé de ses brides, conviendra parfaitement au traitement des arthrites du genou.

VII

Appareils pour fracture du bras. — Le bras n'a qu'un seul os arrondi, entouré partout d'une couche à peu près égale de muscles, qui lui donnent une figure assez régulièrement cylindrique. L'appareil destiné à le soutenir, lorsqu'il est fracturé, devra affecter la même forme. J'ai été amené à la conception de celui que j'ai inventé par le souvenir d'un petit appareil, aussi simple que léger, que j'ai

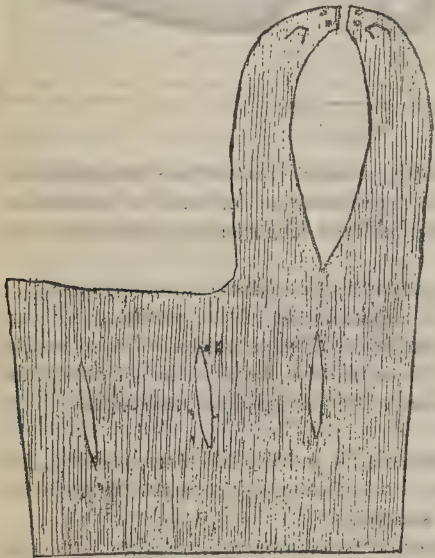


Fig. 13.



Fig. 14.

vu employer en Algérie par les Arabes. Il se compose de lamelles de roseaux juxtaposées et reliées entre elles par quatre ou cinq bandelettes de toile repliées, entre lesquelles ces lamelles sont fixées par des points de couture. Ces petites attelles multiples embrassent parfaitement le membre, sont rapidement appliquées ou enlevées et maintiennent bien les fragments fracturés. Cet appareil a l'avantage énorme de pouvoir être resserré et de suivre le membre dans son retrait, sans avoir besoin d'être déplacé. Tout en l'imitant, je l'ai complété en lui permettant de bien embrasser le moignon de l'épaule, ce qui le rend apte à agir efficacement dans les fractures du col. Pour les fractures sus-condyliennes, je préfère avoir recours à l'appareil que j'emploie dans les fractures du coude.

La figure 13 donne la forme et les dimensions réduites à un cinquième que j'ai définitivement adoptées pour les bras de grosseur et de longueur moyennes. Pour les bras plus longs ou plus volumineux, il sera bon, sans que cela soit absolument nécessaire, d'augmenter un peu ces dimensions. Pour les bras courts ou amaigris, on le diminuera en coupant le zinc avec des ciseaux. L'appareil découpé est recourbé en gouttière cylindrique sur l'une ou l'autre de ses faces, suivant que l'on a affaire au bras droit ou au bras gauche. La partie externe supérieure est également recourbée, de manière à représenter un segment d'ovoïde creux, qui se moule très bien sur le moignon de l'épaule. Il présente alors la forme suivante.

Le membre est recouvert, après réduction, d'un bandage roulé, s'étendant depuis les doigts jusqu'à l'aisselle, et l'appareil, muni d'une couche uniforme d'ouate, est placé sur le bras et maintenu par trois lacs. Un bout de bande est passé dans les trous que présente l'appendice à sa partie supérieure. Ses deux chefs entrecroisés passent, l'un sur le devant, l'autre sur le derrière de la poitrine et viennent se nouer sous l'aisselle opposée, préalablement garnie d'un tampon de ouate.

Le blessé peut de suite imprimer à son bras des mouvements, le balancer, plier l'avant-bras, se servir de ses doigts; quelques-uns arrivent même à porter la main sur la tête, sans rien ressentir dans le foyer de la fracture, tant la contention est parfaite.

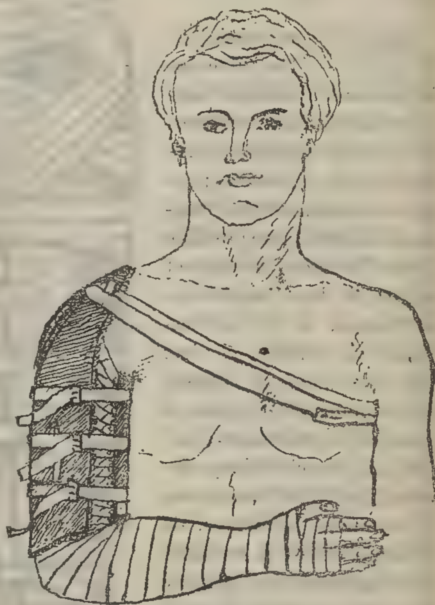


Fig. 15.

Au lieu d'immobiliser l'articulation du coude et de fixer d'une manière permanente l'avant-bras demi-fléchi dans une écharpe, je laisse au blessé la liberté de le porter à son gré dans la flexion ou dans l'extension, la main glissée dans l'ouverture antérieure du paletot boutonné dans le premier cas, pendant le long du corps et introduit dans la poche du pantalon dans le second. Cette dernière position est d'ordinaire préférée par le blessé et le poids du membre fournit une extension permanente, très appréciable pour les chirurgiens qui la considèrent comme nécessaire — opinion qui n'est pas la mienne.

L'indépendance du corps laissée au membre, le peu d'épaisseur de l'appareil, moulé sur le bras et le moignon de l'épaule, permettent au blessé d'endosser ses vêtements ordinaires et même ceux de soirée. Il peut se promener et même aller dans le monde, où l'on soupçonnera à peine qu'il puisse être atteint de fracture. Le lever de l'appareil et sa réapplication exigent à peine une minute.

La figure 15 représente l'appareil appliqué.

Quand j'ai inventé cet appareil, j'avais d'abord songé à pratiquer l'extension et la contre-extension, en donnant à sa partie interne une longueur telle que les bords supérieur et inférieur, recourbés en surface arrondie, vinssent s'appliquer le premier sur l'aisselle,

le second sur l'avant-bras à demi fléchi; mais l'idée m'a semblé malheureuse et j'y ai renoncé d'autant plus que les fragments n'ont aucune tendance à chevaucher, la fracture étant d'ordinaire transversale, la contraction musculaire rapidement anéantie et les fragments parfaitement maintenus par l'appareil.

L'appareil peut être enlevé du trente-cinquième au quarantième jour.

Le cal est peu ou pas apparent. Le bras a la même forme, la même longueur et la même direction que l'autre, il est seulement un peu amaigri.

En prolongeant un peu son appendice, il m'a servi très utilement pour le traitement d'une luxation acromio-claviculaire, lésion dans laquelle tous les autres moyens employés avaient échoué.

VIII

Appareil pour les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'olécrâne et des extrémités supérieures du radius et du cubitus. — Dans toutes ces fractures, il y a un but à remplir et un écueil à éviter. Le but est de maintenir les fragments, une fois la réduction opérée, immobiles dans la position convenable pour que la consolidation puisse se faire d'une manière satisfaisante; l'écueil est de laisser trop longtemps l'articulation huméro-cubitale sans mouvements, ce qui l'expose à l'ankylose, résultat déplorable qui, dans ce genre de lésion, n'est malheureusement pas rare; car, dans ces fractures voisines de l'article, celui-ci participe toujours plus ou moins au traumatisme. Immobiliser les fragments, permettre les mouvements articulaires, tel est le double objectif, sinon contradictoire, au moins peu concordant, que j'avais à réaliser, en inventant l'appareil dont il va être question. Je crois y être arrivé d'une manière fort simple.

Fig. 16.

La figure 16 donne la première forme et les dimensions de cet appareil réduites au cinquième.

La figure 17 le représente après sa transformation en gouttière.

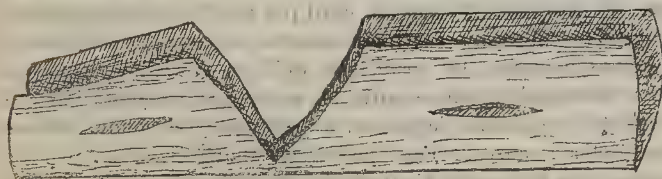


Fig. 17.

La flexibilité du zinc permet de le plier dans sa partie échancrée et de lui donner la forme représentée dans la figure 18.

La réduction de la fracture étant faite, j'applique une bande mouillée sur le membre, depuis les doigts jusqu'au tiers supérieur du bras. Celui-ci est ensuite déposé dans la gouttière étendue ou bien fléchie et celle-ci est fixée au moyen de quatre lacs à boucle, deux sur le bras et deux sur l'avant-bras. Les deux figures 19 et 20 montreront, du reste, mieux que toute description, le mode d'application de cette gouttière et le but qu'elle est appelée à remplir.

On comprendra aisément que le membre qu'elle renferme peut, grâce à la flexibilité du zinc, être placé dans toutes les positions, depuis l'extension jusqu'à la flexion à angle droit, suivant la volonté du chirurgien, sans que les fragments fracturés, solidement maintenus par le zinc, les lacs et les coussinets d'ouate, participent à ces mouvements, lesquels se passent exclusivement dans l'articulation huméro-cubitale. Il arrive d'ordinaire qu'après un certain nombre de mouvements de flexion et d'extension, l'isthme, qui réunit la partie brachiale à la partie anti-brachiale de la gouttière

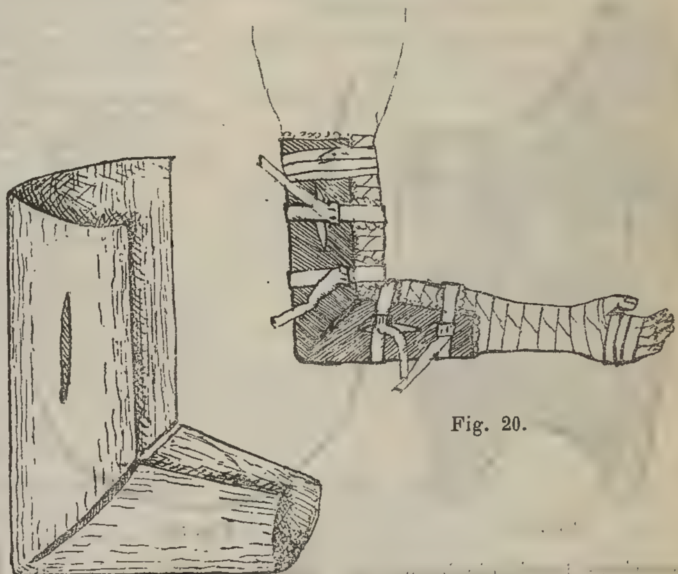


Fig. 18.

Fig. 20.

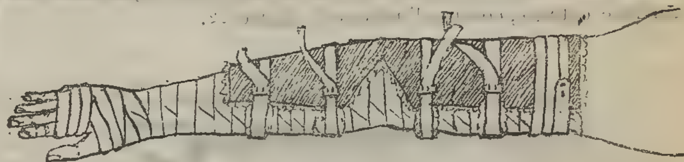


Fig. 19.

se rompt. On les réunit de nouveau avec des bouts de fil de fer recuit, qui forment une espèce de charnière. L'appareil, ainsi modifié, peut encore aussi bien servir. J'ai appliqué cet appareil dans plusieurs cas, dont quelques-uns sont relatés dans mon livre et je n'ai eu qu'à me louer de son emploi.

IX

Appareil pour les fractures de l'avant-bras. — Ces fractures peuvent embrasser isolément le radius et le cubitus, ou comprendre ces deux os à la fois. Dans les deux cas, une même indication capitale se présente : c'est d'empêcher que, sous l'action des muscles rotateurs, les fragments ne soient entraînés vers l'axe médian du membre, ne s'accolent à l'os congénère et que les mouvements de pronation et de supination ne deviennent limités, sinon impossibles par suite de leur consolidation dans cette position vicieuse. Tous les appareils généralement usités ont pour but de s'opposer à cette tendance et le réalisent avec plus ou moins de succès. Le plus simple, le plus efficace et en même temps le plus usité, consiste dans l'emploi de compresses graduées, placées en avant et en arrière sur les espaces interosseux et recouvertes de petites attelles en bois, fixées elles-mêmes par une bande roulée.

Cet appareil est loin d'être mauvais, mais il a l'inconvénient d'être lourd, volumineux, et de se déplacer facilement, surtout si l'avant-bras ne conserve pas l'immobilité. Il a de plus le désavantage de soustraire à la vue du chirurgien les parties qu'il a intérêt à surveiller. Celui que j'ai inventé, tout en remplissant mieux le but indiqué, a tous les avantages du précédent, sans aucun de ses défauts. Il est très léger et si peu épais qu'il augmente à peine le volume du membre et qu'il permet de revêtir toute espèce de vêtements, même les habillés. Il agit seul, sans le secours de compresses graduées. Il ne peut se déranger, et il maintient avec tant de précision les fragments coaptés que le blessé peut, immé-

diatement après son application, soulever son avant-bras, le porter sur sa tête, se servir de sa main et même écrire et faire les mouvements de pronation et de supination, sans qu'aucune sensation se produise dans le foyer de la fracture.

La figure 21 donne la forme première et les dimensions, réduites au cinquième, de cet appareil.

On le transforme en gouttière, dont les faces latérales sont



Fig. 21.



Fig. 23.

recourbées longitudinalement de manière à offrir une saillie mousse sur leur face interne et une dépression correspondante sur leur face externe, comme l'indique la figure 22.

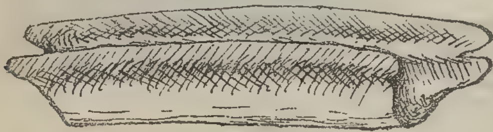


Fig. 22.

La figure 23 donne, en grandeur naturelle, une coupe transversale de cette gouttière à sa partie moyenne.

Cet appareil n'est pas symétrique comme le précédent et partant pouvant s'adapter aux deux membres. Un seul exemplaire suffira néanmoins pour toutes les fractures de la diaphyse du radius et du cubitus des deux côtés. En effet, en le courbant sur une de ses faces, il conviendra aux fractures des deux os, du cubitus du côté droit et du radius du côté gauche; en l'infléchissant sur la face opposée, il pourra servir aux fractures du cubitus gauche et du radius droit.

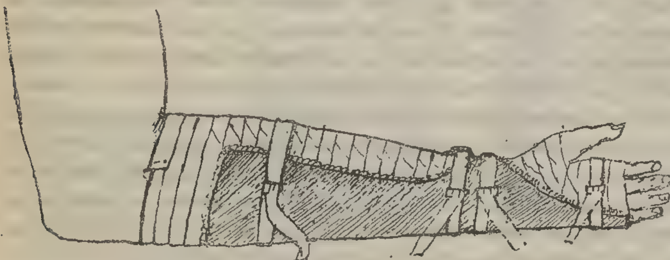


Fig. 24.

Ces fractures occupent habituellement un seul des deux os de l'avant-bras et sont d'ordinaire transversales. Aussi, en dehors de celui dont nous avons indiqué la tendance à se produire vers l'axe du membre, y a-t-il, en général, peu de déplacement des fragments, et la réduction n'offre aucune difficulté. Une fois opérée, un bandage roulé, comprenant la main, est appliqué sur l'avant-bras; puis la gouttière, préalablement munie d'une couche d'ouate, est adaptée sur le radius ou le cubitus, suivant le cas, de manière que le coude longitudinal saillant que présente intérieurement chacune de ses faces corresponde bien aux espaces interosseux. La face la plus longue doit toujours être en rapport avec la partie postéro-externe de l'avant-bras. Elle est ensuite fixée par trois lacs à boucle.

L'action de cet appareil est remarquable. En effet, la striction des lacs agit d'abord sur le corps et surtout sur les bords libres de la gouttière et, secondairement, sur les renflements arrondis qu'elle présente sur ses faces intérieures. Ceux-ci agissant comme les mors moussés et très allongés d'une pince, compriment et refoulent les chairs qui garnissent les espaces interosseux. Mais cette pression de seconde main, modifiée par l'élasticité du zinc, est douce, égale et continue, quoique énergique par sa persistance; elle ne détermine jamais de douleur. Par suite de la disposition imprimée par les lacs constricteurs à la gouttière, l'os fracturé se trouve comme engainé dans une espèce d'étui métallique.

Si la fracture occupe les deux os, le cubitus devra toujours occuper le fond de la gouttière. Les fragments du radius seront suffisamment maintenus par les bords libres de l'appareil formant attelle.

L'appareil peut être laissé en place sans être dérangé jusqu'à consolidation suffisante, c'est-à-dire jusqu'au trentième jour. On n'a qu'à resserrer les liens, à veiller à la bonne position du membre et à faire exécuter des mouvements de pronation et de supination pour éviter les raideurs articulaires. Cependant il sera mieux de le lever vers le quinzième jour et de mettre l'avant-bras à découvert, pour mieux voir l'état des choses et rectifier, au moyen de petits tampons d'ouate, la coaptation dans le cas exceptionnel où celle-ci laisserait à désirer. La guérison a lieu d'ordinaire avec conservation parfaite des mouvements de rotation de l'avant-bras sans raideur d'aucune articulation et souvent sans cal apparent.

La figure 24 représente l'appareil appliqué pour une fracture du radius droit.

Cet appareil est excellent et bien supérieur à tous les autres employés jusqu'à présent. Il agit avec une précision remarquable et ne se déplace jamais.

DES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PENDANT LA GROSSESSE.

Par M. le docteur VINCENT.

Trois femmes, en état de grossesse et atteintes de fièvre typhoïde, ont été soumises à la méthode de Brand, c'est-à-dire à l'emploi des bains froids, non seulement pour combattre la dothiénentérie, mais avec la conviction de mettre ainsi en usage le moyen le plus sûr de conjurer l'avortement si fort redouté en pareille occurrence.

Dans ces trois cas, les bains froids ont guéri la fièvre typhoïde, prolongé la grossesse jusqu'à terme et procuré des enfants bien portants.

Il s'agissait bien chez ces trois malades de la fièvre typhoïde et non pas de ce que l'on a appelé la fièvre propre à la grossesse. M. le docteur Vincent ne croit pas à la fièvre de grossesse; pour lui les affections ainsi dénommées ne sont que des fièvres typhoïdes bénignes. Du reste, quoi qu'il en soit, dit-il, c'est aux bains froids qu'on doit recourir, les autres médicaments tels que le sulfate de quinine, l'ergotine, le salicylate de soude, doivent être rejetés à cause de leurs propriétés abortives. Quant à l'antipyrine, elle fait courir d'autant plus de dangers de collapsus que le cœur est en imminence morbide.

Abordant ensuite la question du traitement des suites de couches fébriles, M. le docteur Vincent conclut des observations qu'il a pu faire sur ce sujet, que les bains froids sont efficaces et inoffensifs, dans les suites de couches, contre la fièvre puerpérale, mais que si l'antipyrine ou un autre antithermique, agissant de même, conviennent moins bien que les bains froids dans la fièvre typhoïde des femmes enceintes, par contre, ils peuvent, en général, les remplacer dans les fièvres, suites de couches. (*Lyon médical.*)

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20921

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ET DES BEAUX-ARTS

I

Décret relatif au rétablissement des droits d'inscription dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les lois des 29 décembre 1873, 3 août 1875 et 1er mai 1883;

Vu l'article 1er de la loi du 26 février 1887, ainsi conçu :

A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État seront soumis à un droit d'inscription de 30 francs par trimestre.

Sont dispensés de ce droit les boursiers, les maîtres répétiteurs et maîtres d'études des établissements publics d'enseignement secondaire. Peuvent en outre en être dispensés un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de droit peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire en vue des grades dans les Facultés des lettres.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Écoles supérieures de pharmacie, dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences.

Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées.

Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription;

Vu le décret du 22 août 1854;

Vu les décrets des 14 juillet 1875, 20 juin et 12 juillet 1878 et 14 octobre 1879;

Vu le décret du 8 janvier 1887;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique;

Le Conseil d'État entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Le droit d'inscription établi par l'article 1er de la loi du 26 février 1887, dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État, est acquitté, soit par un versement trimestriel de 30 francs, soit en un seul versement de 120 francs, effectué au commencement de l'année scolaire.

Dans le premier cas, le droit de bibliothèque et le droit de travaux pratiques sont acquittés par quart, à l'époque des versements trimestriels; dans le second cas, ils sont acquittés en une seule fois pour l'année entière.

ART. 2. — La dispense d'inscription attribuée aux boursiers des Facultés ou Écoles par la loi du 26 février 1887, s'applique à tous les titulaires de bourses entretenues près de ces établissements, soit sur les fonds de l'État, soit sur les fonds de concours versés par les départements, les villes ou les particuliers, conformément au décret du 25 juillet 1885.

ART. 3. — Les étudiants dispensés des droits d'inscription acquittent les droits de bibliothèque et de travaux pratiques par trimestre, dans les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie et les Écoles de médecine et de pharmacie; dans les autres Facultés, ils acquittent au début de l'année scolaire, en un seul versement, les droits complémentaires afférents à leurs études.

ART. 4. — Chaque année, avant l'ouverture des cours et dans les limites prévues par la loi, le ministre de l'instruction publique fixe, pour chaque établissement, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription.

ART. 5. — Le doyen ou directeur, après avis du conseil de la Faculté ou École, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le ministre, les étudiants dispensés conformément à l'article qui précède.

ART. 6. — Les dispenses sont accordées pour une année scolaire; elles peuvent être renouvelées.

ART. 7. — Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen ou directeur, après avis du conseil de la Faculté ou École, pour défaut de travail ou d'assiduité aux cours, conférences et exercices pratiques.

Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire.

Le retrait de dispense ne s'applique qu'aux trimestres à échoir.

Dispositions transitoires.

ART. 8. — Pour l'année 1887, le dixième des étudiants qui peuvent être dispensés des droits d'inscription sera calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement, du 1er janvier au 31 décembre 1886.

Les droits de bibliothèque actuellements dus, en tout ou en partie, seront acquittés intégralement lors du plus prochain acte de scolarité, inscription ou examen.

Art. 9. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 31 mars 1887.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Berthelot.

Le ministre des finances, A. Dauphin.

II

Arrêté ayant trait aux demandes de dispense des droits d'inscription.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu la loi du 26 février 1887;
Vu le règlement d'administration publique du 31 mars 1887;
Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Article premier. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscription sont adressées au doyen de la Faculté ou au directeur de l'École, du 15 octobre au 1er novembre.

Art. 2. — Elles sont accompagnées :

D'un état, certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille;

S'il s'agit d'inscriptions de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études;

S'il s'agit d'inscriptions de deuxième, de troisième et de quatrième années, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente délivré par les professeurs et chefs de travaux pratiques compétents.

Si l'étudiant change de Faculté ou d'École, le certificat est joint à son dossier.

Art. 3. — Lorsque la dispense du droit d'inscription est retirée à un étudiant par application de l'article 7 du décret du 31 mars 1887, mention en est faite au dossier de l'étudiant.

Art. 4. — A la fin de chaque année scolaire, le doyen ou directeur adresse au ministre un rapport sur les dispenses accordées ou retirées dans le cours de l'année. Ce rapport, avant d'être transmis au ministre, est communiqué au conseil général des Facultés.

Art. 5. — Par mesure transitoire, des dispenses du droit d'inscription peuvent être accordées pour le troisième et le quatrième trimestre de la présente année scolaire dans les limites fixées par l'article 8 du décret du 31 mars 1887.

Fait à Paris, le 31 mars 1887.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Berthelot.

III

Circulaire aux recteurs, au sujet de l'application de la loi du 26 février et des décret et arrêté du 31 mars 1887, relatifs au rétablissement du droit d'inscription.

Monsieur le recteur, la loi de finances du 26 février dernier a rétabli, à partir du 1er avril 1887, la perception d'un droit d'inscription, dans les Facultés et Écoles d'enseignement supérieur. Ce droit est fixé uniformément à 30 francs par trimestre, dans les Facultés et Écoles d'enseignement supérieur de tout ordre, et quel que soit le grade pour lequel des inscriptions sont exigées par les règlements actuellement en vigueur, règlements auxquels il n'est d'ailleurs rien modifié. Vous remarquerez que le droit supplémentaire de 10 francs, auquel les étudiants en droit avaient été astreints de 1854 à 1880, pour l'inscription obligatoire à la Faculté des lettres, n'a pas été rétabli. Bien que ne donnant plus lieu à perception, cette inscription avait été maintenue depuis 1880. Il a semblé qu'il était inutile de la maintenir plus longtemps; elle est et demeure supprimée à dater du 1er avril 1887. Vous remarquerez aussi que la loi du 26 février n'a apporté aucune modification au tarif des droits de bibliothèque et de travaux pratiques établis par les lois antérieures.

Pour établir l'assiette de ce nouveau droit, MM. les secrétaires des Facultés et Écoles devront se conformer strictement aux instructions générales de 1882 et de 1883 et aux instructions spéciales qui vont suivre. Il a fallu modifier, sur certains points, quelques-uns des modèles de 1883; je vous adresse les nouveaux modèles; vous les ferez répartir sans retard entre les divers établissements d'enseignement supérieur de votre ressort.

Dates des versements. — Le règlement d'administration publique du 31 mars, rendu en exécution des paragraphes 5 et 6 de l'article premier de la loi du 26 février 1887, prescrit que les droits d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques peuvent être acquittés, au gré des étudiants, soit par versements trimestriels, soit en un seul versement, au commencement de l'année scolaire, pour les quatre trimestres de l'année. Il suit de là qu'il doit y avoir concordance absolue entre la perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques; l'étudiant qui acquittera le droit d'inscription trimestre par trimestre acquittera de même le droit de bibliothèque et, s'il y a lieu, celui de travaux pratiques; l'étudiant qui versera en une seule fois les droits afférents aux quatre inscriptions de l'année devra verser, en même temps et en une seule fois, la totalité des droits de bibliothèque et de travaux pratiques. Sauf les cas d'inscriptions rétroactives faisant l'objet d'une décision spéciale, c'est seulement au début de l'année scolaire, c'est-à-dire lors de l'inscription de novembre, qu'il sera possible de verser la totalité des droits de l'année. Ainsi, un étudiant qui aura versé en novembre les droits afférents au premier trimestre ne saurait être admis à verser en janvier ou en avril les droits afférents au reste de l'année; mais l'étudiant qui aura été autorisé à prendre rétroactivement, en janvier, par exemple, l'inscription de novembre, en même temps que celle de janvier, pourra acquitter par anticipation les droits d'avril et de juillet en acquittant ceux de janvier et, rétroactivement, ceux de novembre.

La conséquence de ce qui précède, c'est que les étudiants auront désormais la faculté de prendre simultanément, au début de l'année, les quatre inscriptions de l'année. Les droits acquittés doivent correspondre rigoureusement à des inscriptions prises. MM. les doyens et secrétaires veilleront avec le plus grand soin à ce que, dans les cas de versements anticipés, il ne soit pas pris par les étudiants de nouvelles inscriptions avant l'expiration du temps réglementaire de scolarité impliqué dans les inscriptions simultanées. Lorsqu'au cours d'une année un étudiant demandera à changer de Faculté ou d'École, mention sera faite à son dossier des inscriptions dont il aura acquitté les droits par anticipation. Ces inscriptions vaudront dans toute autre Faculté ou École de même ordre. Toutefois les inscriptions acquittées par anticipation dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne sauraient valoir dans les Facultés de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie; en effet, les droits acquittés pour inscriptions dans les écoles de plein exercice et préparatoires sont acquis aux villes où siègent ces écoles, et non au Trésor.

Il va sans dire que les conseils des Facultés conservent le droit d'annuler des inscriptions acquitées par anticipation. (Décret du 30 juillet 1883, art. 16.)

Ces annulations, lorsqu'elles seront prononcées, ne donneront lieu à aucun remboursement. Les droits d'inscriptions sont des droits acquis.

Par mesure transitoire, les étudiants pourront, en prenant la troisième inscription de 1886-1887, prendre en même temps la

quatrième, et acquitter, en un seul versement, les droits afférents à l'une et à l'autre.

Les inscriptions cumulatives et rétroactives se rapportant à un trimestre antérieur au 1er avril 1887 ne sont pas passibles de droits.

D'après les règlements en vigueur jusqu'à ce jour, les droits de bibliothèque doivent être acquittés en une seule fois, dans les Facultés de théologie protestante, de droit, des sciences et des lettres, en même temps que les frais afférents à l'examen qui termine l'année d'études. Ce mode de perception ne pouvait être maintenu, étant données les dispositions de l'article premier du décret du 31 mars.

Pour rentrer au plus tôt dans l'uniformité et éviter des complications fâcheuses, il a été décidé (art. 10 du même décret) que les droits de bibliothèque actuellement dus, en tout ou en partie, seront acquittés intégralement lors du plus prochain acte de scolarité, inscription ou examen. Ainsi un grand nombre d'étudiants en droit se trouvent devoir, à ce jour, en vertu des règlements en vigueur, deux quarts du droit de bibliothèque de dix francs. Ils devront les acquitter avec le troisième quart en prenant la plus prochaine inscription. Ceux auxquels l'état de leur scolarité permet de subir un examen, sans prendre d'inscription nouvelle, acquitteront le droit de bibliothèque, en totalité, au moment de la consignation des droits d'examen.

Dispenses des droits d'inscription. — Aux termes de la loi du 26 février 1887, sont dispensés des droits d'inscription les répétiteurs des lycées et collèges et les boursiers près les Facultés et les Écoles d'enseignement supérieur.

La dispense accordée aux maîtres répétiteurs est absolue; elle s'étend aux maîtres répétiteurs stagiaires, titulaires et auxiliaires des lycées et collèges, et même aux répétiteurs pourvus d'un congé régulier; elle vaut simultanément dans plusieurs Facultés; ainsi, un maître répétiteur peut se faire inscrire, sans acquitter de droits, à la Faculté des lettres et à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences.

Les boursiers ne sont dispensés du droit d'inscription que dans la Faculté ou École à laquelle ils sont attachés. La bourse leur a été accordée pour un ordre déterminé d'études; elle les attache à une Faculté ou à une École déterminée; c'est dans cette Faculté ou dans cette École seule qu'ils doivent être exemptés du droit d'inscription.

Le Conseil supérieur et le Conseil d'État se sont inspirés des intentions du législateur en interprétant le mot « boursiers » dans le sens le plus large. Dispense est accordée, non pas seulement aux boursiers de l'État, mais aux boursiers entretenus près les Facultés par les départements, les communes ou les particuliers. C'était d'ailleurs une conséquence du décret du 25 juillet 1885. Ce décret a disposé, en effet, article premier, que « les subventions allouées par les départements, les communes ou les particuliers et applicables au personnel, au matériel et aux bourses » des Facultés et Écoles seraient portées en recette au compte des fonds de concours, de même que les revenus et produits des dons et legs, et, article 3, que les étudiants qui ont obtenu les bourses d'études entretenues dans les établissements d'enseignement supérieur jouissent des mêmes privilèges que les boursiers de l'État. Pour constituer à celui en faveur de qui elle est consentie la qualité de boursier, il faut, mais il suffit que la subvention destinée à payer la bourse, qu'elle vienne d'un département, d'une commune ou d'un particulier, soit inscrite régulièrement au budget des fonds de concours et versée directement au trésorier général sur un titre de perception délivrée par le doyen ou directeur (voir Instruction du 4 décembre 1885). Un étudiant qui recevrait directement une subvention d'un département, d'une commune ou d'un particulier ne serait pas un boursier, et, par suite, n'aurait aucun droit aux immunités des boursiers.

Ni les répétiteurs ni les boursiers ne sont exemptés des droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Outre les dispenses de droit dont il vient d'être parlé, le législateur a prévu des dispenses facultatives. Elles peuvent être accordées, dans chaque établissement, à un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription. Ce dixième sera déterminé chaque année par le ministre, avant le commencement de l'année scolaire, et calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement, au cours de la précédente année scolaire, déduction faite des dispenses de droit, c'est-à-dire des dispenses des maîtres répétiteurs et des boursiers et des exemptions résultant des règlements antérieurs, dont il sera question plus loin. Pour les dispenses à accorder pendant le troisième et le quatrième trimestres de la présente année scolaire, le dixième a été calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement du 1er janvier au 31 décembre 1886.

On a fait remarquer, lors de la discussion du décret du 31 mars dans le Conseil supérieur, que, dans les Facultés des lettres et des sciences, le nombre des étudiants astreints au droit d'inscription, en dehors des répétiteurs et des boursiers, était fort petit, et que, ce nombre devant servir de base au calcul des dispenses facultatives, celles-ci seraient parfois en nombre insignifiant. En présence des termes formels de la loi, il m'a été impossible de proposer une exception pour les Facultés des sciences et des lettres. D'ailleurs, il importe de remarquer que, dans ces Facultés, les inscriptions ne sont exigées qu'en vue du grade de licencié. Si, parmi les candidats à ce grade, il m'en est signalé quelques-uns, en dehors des répétiteurs et des boursiers, qui soient particulièrement dignes d'intérêt, je ne refuserai pas de leur rembourser, par mesure exceptionnelle, les droits d'inscription qu'ils auront dû verser, dans la limite des crédits dont je dispose.

Vous remarquerez et vous ferez remarquer à MM. les doyens que le nombre des dispenses facultatives ne devra en aucun cas être dépassé.

Sont en dehors du dixième, et doivent être considérés comme dispensés de droit, les étudiants exemptés des droits universitaires, en vertu des règlements antérieurs. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici ceux de ces règlements qui prononcent ou impliquent l'exemption des droits d'inscription :

Règlement du 27 novembre 1834, arrêté du 2 décembre 1864, décret du 28 mai 1864, arrêté du 26 novembre 1864, exemptant de tous droits universitaires, dans toutes les Facultés, les élèves qui ont obtenu un prix d'honneur ou le premier prix d'histoire (rhétorique) au concours général des lycées de Paris ou au concours général des départements.

Règlement du 27 novembre 1834, exemptant de tous droits universitaires les fils de professeur, dans la Faculté où le père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions.

Ordonnance du 17 mars 1840, exemptant de tous droits, dans les Facultés de droit, pour le doctorat, les étudiants de troisième année qui ont obtenu un premier ou un second prix.

Le décret du 27 décembre 1881, dispensant des droits qui étaient perçus à cette date les lauréats de première et de deuxième année dans les Facultés de droit, doit être entendu comme les dispensant des droits d'inscription.

Les dispenses spéciales prévues par le décret du 21 avril 1869, dans les Écoles supérieures de pharmacie, sont maintenues.

Sauf les rares exceptions résultant des règlements qui viennent d'être rappelés, les étudiants compris dans le dixième facultatif ne sont, pas plus que les répétiteurs et les boursiers, dispensés du droit de bibliothèque et du droit de travaux pratiques. D'une manière générale, les étudiants dispensés du droit d'inscription acquitteront les droits de bibliothèque en un seul versement, au début de l'année scolaire, ce qui implique qu'ils prendront simultanément, en novembre, les quatre inscriptions de l'année. Toutefois, dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Écoles supérieures de pharmacie, les Écoles de médecine et de pharmacie, il a été décidé, dans un intérêt qui ne vous échappera pas, qu'ils acquitteraient par trimestre les droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Les dispositions du décret et de l'arrêté du 31 mars, sur la forme suivant laquelle sont accordées et retirées les dispenses, sont assez claires et assez précises pour qu'il soit inutile de les

commenter. J'ai tenu à donner aux doyens et aux conseils de Facultés l'importante prérogative de conférer les dispenses. Les conseils des Facultés jugeront s'ils doivent accorder toutes les dispenses disponibles dès le mois de novembre, ou s'il ne conviendrait pas d'en réserver quelques-unes pour les cas qui pourraient se présenter après la session de baccalauréat de novembre. Il n'est pas interdit aux conseils de déléguer leurs pouvoirs à une commission.

Les demandes de dispenses doivent être faites sur papier timbré.

Les inscriptions des maîtres répétiteurs seront reçues sur la présentation d'un certificat délivré par le proviseur ou principal, constatant leur qualité. Ce certificat devra énoncer la date de leur délégation ou de leur nomination; il restera annexé au dossier.

Les inscriptions gratuites des étudiants en droit et des étudiants en médecine et en pharmacie seront reçues, dans les Facultés des lettres et dans les Facultés des sciences, sur la production d'un certificat du doyen ou directeur constatant leur inscription régulière et qui restera annexé au dossier. Ils ne seront admis à prendre simultanément quatre inscriptions dans les Facultés des lettres ou des sciences que s'ils justifient de quatre inscriptions de droit, de médecine ou de pharmacie.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

BERTHELOT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

De l'urémie lente ou chronique.

Vouloir rattacher toujours l'idée d'urémie à une maladie rapide, à évolution éclatante, est une opinion très accréditée, et de plus une erreur grave, à cause des conséquences qu'elle peut avoir touchant le pronostic et le traitement.

En effet, tout médecin convaincu de ce processus ne reconnaîtra pas l'urémie, qui n'aura pas ces caractères, et, par suite, ne la traitera pas.

C'est pourquoi, je crois utile de profiter de l'existence de cas présentant de tout autres allures, un caractère que j'appellerai de chronicité par opposition à la forme ordinaire, pour appeler immédiatement sur eux votre attention. J'en profite surtout quand, comme aujourd'hui, l'on a affaire à un fait aussi net que celui qui vient d'évoluer sous nos yeux.

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-deux ans, ajusteur mécanicien, qui était couché au n° 38 de la salle Jenner. Cet homme est entré, le 8 du mois dernier, avec des symptômes urémiques parfaitement caractérisés et est mort le 7 de ce mois, soit après trente jours de maladie passés dans le service, plus une période prodromique, pendant laquelle il est resté malade chez lui, soit en tout six semaines environ. C'est donc là ce qu'on peut appeler un cas d'urémie lente ou chronique, par opposition à l'urémie rapide qui évolue en trois ou quatre jours.

Ce malade, quand il est arrivé ici, n'était pas un inconnu pour nous, car déjà, à la fin de l'année 1885, il avait séjourné dans nos salles pour une néphrite parfaitement diagnostiquée, traitée et suivie d'une amélioration assez notable pour, au bout de quelques semaines, avoir pu rentrer chez lui et reprendre ses occupations.

Il est resté ainsi assez bien portant pendant près d'une année, car c'est seulement il y a deux mois, qu'il a commencé à sentir ses forces diminuer d'une façon notable, que le travail lui est devenu pénible. Puis sont apparus, et d'une manière permanente, les douleurs de tête, douleurs assez fortes pour entraîner l'insomnie, puis encore des troubles de la vue, du gonflement, de l'œdème des jambes, enfin une gêne notable de la respiration. C'est ce dernier symptôme qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, il présentait l'ensemble des symptômes que je viens d'énumérer : œdème des extrémités, bouffissure du visage, céphalalgie permanente, obscurcissement de la vue et gêne respiratoire. Cette dernière, sans lésion appréciable des organes de la respiration, était bien certainement d'origine urémique, ainsi d'ailleurs que tous les autres phénomènes morbides. Mais le malade n'avait eu ni vomissements ni diarrhée. Par contre, le cœur gauche était considérablement hypertrophié et l'on entendait un bruit de galop très net.

Enfin, les qualités de l'urine étaient tout à fait en rapport avec le syndrome pathologique. En effet, le premier examen auquel on les soumit donna les résultats suivants : polyurie, 3 litres dans les vingt-quatre heures; densité 1010; urée, $20^{gr},80$; chlorures, $14^{gr},30$; acide phosphorique, $2^{gr},26$; albumine, $3^{gr},75$; cylindres hyalins, granuleux, et débris de cylindres tenant à une néphrite ancienne, interstitielle, avec dépouillement épithélial, soit donc néphrite mixte.

Notre homme fut immédiatement soumis au régime lacté et, vu l'élément interstitiel et l'artério-sclérose, à l'iodure de potassium à dose faible pour commencer (1 gramme par jour). Mais à peine cet iodure était-il administré depuis quarante-huit heures, que le malade présentait non seulement le coryza et le larmoiement auxquels la médication iodée donne si souvent lieu, mais encore un œdème considérable de la région sous-maxillaire antérieure et latérale, formant un véritable cordon œdémateux. Heureusement le larynx restait indemne, sans quoi le danger eût pu être assez pressant pour nécessiter une intervention chirurgicale, c'est-à-dire la trachéotomie.

Était-ce là un fait insolite? Ces manifestations de la médication iodurée ne sont ni fréquentes ni très rares. Elles se produisent, généralement, quand le larynx est déjà malade antérieurement à l'administration de l'iodure de potassium (laryngite simple ou ulcéreuse, syphilitique ou tuberculeuse). C'est là un fait très important à connaître, quand on prescrit ce médicament.

Chez notre malade, nous avons donc supprimé immédiatement l'iodure de potassium, en nous bornant à continuer le régime lacté. Au bout de quelques jours, l'amélioration était notable et bientôt tout œdème avait disparu. Quant aux urines, l'albumine avait diminué de jour en jour, tombant successivement à 2,60, à 2,55 et même à 1,60 dans les vingt-quatre heures.

Malheureusement des accidents intercurrents de broncho-pneumonie se déclarèrent, accompagnés d'un mouvement fébrile (38°,2) qui dura quatre ou cinq jours. A cette occasion, nous avons remarqué un fait sur lequel j'ai appelé l'attention de mes confrères, il y a plus de vingt ans, c'est-à-dire la non-influence, en pareil cas, de la fièvre sur les urines des sujets brightiques. Cette broncho-pneumonie a guéri, ne laissant pour toutes traces qu'un peu plus de râles qu'auparavant.

En résumé, l'albumine diminuait et la polyurie restait à deux litres environ par vingt-quatre heures ; mais ce n'était là qu'une amélioration apparente et non réelle, car la céphalalgie et les troubles de la vue persistaient. De plus, la

quantité d'urée était de 18 grammes, et la densité non seulement ne dépassait pas 1010, mais le plus souvent était de 1008. C'est là un fait de la plus haute importance, car la persistance dans la diminution de la densité des urines d'un brightique est d'un pronostic grave, quelles que soient les circonstances, car elles montrent que ce que la dépuration rénale produit n'est que de l'eau et que les matières extraites sont éliminées en quantité insuffisante par l'urine.

Ce pronostic grave fut d'ailleurs confirmé, quelques jours plus tard, par l'accroissement des symptômes, par l'apparition des vomissements et des désordres cérébraux caractéristiques de l'urémie lente : apathie intellectuelle, inertie du malade restant silencieux, lacunes dans sa mémoire, modifications du caractère. C'est ainsi qu'il devenait indocile, qu'il refusait de se soumettre au régime lacté. D'ailleurs, il s'illusionnait sur l'état de sa santé, se croyant même, par instants, guéri et demandant son exeat. Puis, il éprouvait non pas de l'agitation, mais certaines impulsions locomotrices, du reste sans bruit, se levant la nuit, se promenant dans les salles et se recouchant en marmottant des paroles incohérentes.

Enfin, plus tard, est survenue de la somnolence; puis, il éprouvait une gêne respiratoire notable sans que, cependant, on pût constater aucune modification dans l'état physique de ses poumons. La dyspnée fut même telle, l'avant-veille de sa mort, que je prescrivis une saignée. Les accidents furent conjurés pendant quelques heures seulement et, le lendemain, notre malade succombait dans le coma.

Avec une élimination de 18 à 20 grammes d'urée par jour, chez un homme qui trichait quelque peu sur le régime lacté que je lui avais prescrit, nous avons pu constater une altération considérable du sang, c'est-à-dire la présence dans ce sang de 1gr,92 d'urée pour un litre de sérum. Ce chiffre, ramené à un litre de sang (comme on comptait autrefois) représente 1gr,66 d'urée, c'est-à-dire une accumulation énorme, la quantité normale, par litre de sang, étant de 16 centigrammes d'urée. D'où il résulte que, malgré une élimination continue de l'urée par les urines, cet homme était depuis longtemps sous l'influence urémique.

En résumé, le processus que je viens de décrire, avec une durée de six semaines environ, période prodromique comprise, est le tableau fidèle de l'urémie lente, urémie chronique, évoluant sans bruit, sans éclat, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, avec des oscillations qui sont en rapport avec l'état des urines, c'est-à-dire avec le degré de l'empoisonnement. En somme, c'est une marche avec des rémissions et des aggravations successives jusqu'au moment de la mort, alternatives ou oscillations qui peuvent durer six, sept semaines, voire même, parfois, deux mois entiers.

J'ajoute, enfin, que, dans l'urémie lente ou chronique, les malades n'ont pas ces convulsions que l'on observe dans la forme aiguë, rapide; et si, par hasard, le malade a quelques mouvements convulsifs, ceux-ci ne sont pas généralisés, mais seulement partiels.

L'autopsie de notre malade a été faite avec soin; elle a montré les lésions suivantes : cœur fortement hypertrophié, pesant 600 grammes, reins atrophiés, les substances corticales presque entièrement disparues, aspect granuleux. Lésions de la néphrite interstitielle type, absolument démontrées par le microscope avec altération de l'épithélium, soit en somme les lésions d'une néphrite mixte. Ajoutons à cela l'existence d'un œdème cérébral assez prononcé.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Kyste séreux à grains riziformes du poignet; incision; lavage; guérison.

Mme B..., soixante-deux ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 28 octobre 1886. Elle est atteinte, depuis près de deux ans et demi, d'une dilatation kystique de la gaine tendineuse dorsale du poignet gauche.

La tumeur se présente sous la forme d'une masse nettement bilobée. Elle remonte du côté de l'avant-bras jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet et descend presque de la même longueur sur la face dorsale du carpe. La largeur est de 25 millimètres environ.

La peau ne présente pas la moindre trace d'altération et glisse facilement sur la tumeur. Cette dernière est fluctuante au-dessus et au-dessous de l'étranglement médian, formé par le ligament dorsal du carpe. En faisant circuler le liquide d'une partie à l'autre, on a nettement la sensation de froissement de neige, que donnent les grains riziformes.

Les mouvements de flexion des doigts sont très possibles, bien qu'un peu gênés. La malade sent que cette gêne va en augmentant, et c'est pour cela qu'elle vient réclamer nos soins.

État général excellent. La malade ne paraît pas rhumatisante. Elle est cuisinière, très exposée à mettre les mains alternativement dans l'eau froide et dans l'eau chaude. Elle nous assure ne jamais faire de grands efforts. Nous ne savons pas à quoi attribuer cette affection, qui ne porte que sur l'une des deux mains.

Je proposai l'ouverture du kyste, qui fut acceptée.

Opération le 2 novembre 1886.

La malade endormie, la région fut soigneusement nettoyée avec du savon, de l'éther, et lavée de sublimé.

Incision de la partie brachiale du kyste, qui se présenta constituée par une membrane blanchâtre très résistante, et épaisse de près de 1 millimètre. L'ouverture faite, il s'écoula une très minime quantité de liquide filant, légèrement teinté et une très grande quantité de grains riziformes.

L'incision, d'abord étroite, fut portée à plus de 2 centimètres. Les tendons étaient à nu. En plusieurs points on voyait de petits grains appendus à la paroi par un mince pédicule. Pour les détacher, je fus forcé de faire le grattage avec une curette de Volkmann.

Au cours de l'opération, je fis une incision pareille sur la tumeur de la partie brachiale, ce qui me permit un nettoyage parfait de la cavité kystique. Il me fut alors facile de constater que la partie située sous le ligament annulaire présentait un étranglement des plus manifestes, ayant moins de 1 centimètre. Les autres parties étaient dilatées en ampoule.

Je mis deux petits drains dans chacune des incisions. La cavité fut lavée avec une solution de sublimé à 1/1000e. Pansement à l'iodoforme, légèrement compressif.

3 novembre. La malade a un peu souffert cette nuit de la compression. Elle n'a pas eu de fièvre. T. 37°,6, P. 92.

Le pansement est changé, parce que les parties profondes sont un peu tachées de sérosité rose.

8 novembre. La malade a toujours été très bien. Elle ne souffre pas du tout de sa main. Pansement.

La plaie a bon aspect. Je diminue les drains, conservant seulement un petit bout pour maintenir béante l'ouverture des plaies.

12. La malade va parfaitement. Les plaies ont bon aspect. La gaine paraît oblitérée. Il n'y a pas de sécrétion dans le pansement. Suppression des drains.

19. Les orifices par lesquels passaient les drains sont oblitérés

avec un morceau de diachylon. La gaine est oblitérée, mais la place qu'elle occupe forme une saillie allongée.

Il est évident que l'épaississement des parois de la gaine est la cause de cette persistance de volume.

Les doigts se fléchissent assez facilement et sans douleur.

22 novembre. La malade commence à travailler modérément. Sa main ne lui cause aucune souffrance.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêté réglant le concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris.

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu le décret du 12 août 1886, portant règlement d'administration publique sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, disposant :

1° Article 21e, que les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés au concours;

2° Article 24e, qu'un arrêté ministériel statuera sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques;

Vu les propositions du préfet de la Seine, en date du 15 février 1887;

Arrête :

Article premier. — Le concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance est réglé ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite en formule.

Les malades seront choisis par les juges avant la séance et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les épreuves.

Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen des malades; cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic et dix minutes pour la rédaction de l'ordonnance, avec formules, laquelle rédaction sera lue à la fin de la séance. Vingt-cinq points seront donnés pour cette épreuve.

Les vingt-cinq points seront divisés en :

a Quinze points pour le diagnostic;

b Dix points pour l'ordonnance.

2° Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (question commune à tous les candidats).

Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation, dont la lecture sera donnée en public.

Il sera donné quinze points pour la consultation écrite.

3° Appréciation des titres antérieurs.

Dix points seront accordés à l'appréciation des titres antérieurs.

Les épreuves seront publiques.

Il y aura un concours tous les ans, à moins de vacances exceptionnelles dans les places des médecins des bureaux de bienfaisance.

Les candidats, en s'inscrivant, indiqueront, par ordre de préférence, les arrondissements pour lesquels ils concourent.

Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance, ayant au moins dix années de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'Administration centrale.

Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

Art. 2. — Le préfet de la Seine est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 février 1887.

René Goblet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er avril 1887, M. le docteur Giraud, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— M. le professeur Lannelongue et M. Horteloup, chirurgien des hôpitaux, sont nommés membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— MM. Bergeron, Cuffer, Gérin-Roze, Grancher, Hardy, Lallier, Constantin Paul, Robin et Tillaux, sont désignés, par le sort, pour faire partie du jury du concours de médecins du Bureau central.

— M. Charles Richet, agrégé, secrétaire de la section des sciences du comité des travaux historiques et scientifiques, est nommé membre de ladite section.

M. le professeur Vaillant, membre de la section des sciences du même comité, est nommé secrétaire de ladite section.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lapicque (Louis-Édouard), licencié ès sciences naturelles, est nommé aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Calmels, décédé.

M. Martin (André-François), docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Fauvel, décédé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Demon, agrégé, est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

MM. Colas et Hochstœtter, chefs de clinique médicale, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'au 31 décembre 1887.

M. Gillon (Paul-Alfred), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur de matière médicale et d'hydrologie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Rémy et Simon, agrégés, sont appelés à l'exercice, à partir du 16 avril 1887.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Pojolat, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. le professeur Blatin.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Gusse, professeur de physique au lycée de Limoges, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite École.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Colomb (Marie-Louis-Georges), licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Duchartre, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bénard (de Buzançais).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide Rosenwald. — Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique (1re partie : classement par ordre alphabétique de noms des médecins et pharmaciens de France et des colonies; — 2e partie : classement des médecins et pharmaciens de Paris par quartiers, des départements et colonies par cantons, avec le chiffre de la population pour chaque division). Prix : 4 fr. 50. — Paris, Lucien Rosenwald, éditeur, 35, rue de Maubeuge; et J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20971

10

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

21

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place dela Madeleine, Paris.

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

42

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

92

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

45

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars)Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus ilylustres médecins, un des meilleurs hémostatique-(Ergotine, 10 gr.; eau 100 gr.); pour injection hspodermique, l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général: LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

85

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants,* au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices,* chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, exinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger. *Adh. Dethan*

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

78

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales;** très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPOT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate,** s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

56

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Injecteur rectal gazogène du Dr DIBOT pour le traitement préconisé par le Dr BERGEON.

Prix, **25** fr.; remise, 20 p. 100.

Phie LEBRUN, 47, rue Lafayette, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A la suite de plusieurs lectures intéressantes à divers titres : de M. le docteur R. Lefour sur la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre; de M. Thoinot sur la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau de la Seine à Ivry; de M. Laborde relative à des expériences faites sur les deux derniers suppliciés et de M. le docteur Ad. Nicolas sur l'eau potable dans les chantiers de Panama; l'Académie a repris la discussion sur l'inspectorat. Deux partisans de l'inspectorat local et permanent, MM. Constantin Paul et Tillot, sont venus grossir le camp des défenseurs du statu quo. La discussion générale est close. Les séances de mardi prochain et de mardi en quinze seront consacrées à la lecture et à la discussion des conclusions.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Adénome de la région sus-hyoïdienne. — II. Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire et de la voûte palatine.

I. J'ai procédé, il y a quelques jours, à l'ablation d'un adénome ramolli de la glande sublinguale, se propageant vers la bouche, qui simulait, au premier abord, une véritable grenouillette. Aujourd'hui je vais enlever une tumeur du cou, tumeur de la région sus-hyoïdienne gauche, de nature ganglionnaire. Elle est trilobée, mobile, sans adhérences à la peau, ni prolongement vers la cavité buccale. Mais s'agit-il de la glande sous-maxillaire? Non; — de ganglions lymphatiques? Oui, et ceux-ci seuls me paraissent atteints.

Le malade est un homme de haute taille, fort, robuste, âgé de quarante ans, c'est-à-dire ayant passé l'âge de la tuberculose ganglionnaire; aussi, suis-je porté à considérer sa tumeur bien plus comme un adénome, un lymphosarcome que comme une tumeur caséeuse, sans cependant pouvoir émettre un diagnostic ferme, car il est arrivé quelquefois que pareille tumeur, ayant présenté tous les caractères d'un adénome, n'était autre cependant qu'une tumeur caséeuse, ainsi que le démontrait, après son extirpation, l'étude anatomo-pathologique. Si toutefois on me pressait pour un diagnostic plus précis, je dirais que nous sommes, chez notre malade, en présence d'une variété de tumeur ganglionnaire.

Le premier fait de ce genre, qu'il m'a été donné d'observer, remonte à l'année 1850 ou 1851, alors que j'étais l'interne de Denonvillers, à l'hôpital Saint-Louis. Il fut publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Depuis lors, j'ai rencontré de temps à autre des cas du même genre, c'est-à-dire des tumeurs développées dans les ganglions annexés à la glande sous-maxillaire et caractérisant une adénopathie à marche lente, sans tendance à la suppuration ni à l'inflammation, et pouvant durer ainsi pendant un temps fort long.

Je pourrais même citer certaine observation qui remonte aussi à l'époque de mon internat, alors que je terminais ma quatrième année, observation d'un jeune homme qui portait de semblables ganglions. Je lui proposai de l'en débarrasser, il s'y refusa, décidé, disait-il, à ne se laisser opérer que si lesdits ganglions prenaient un volume un peu considérable. A cette époque il avait vingt ans environ, il y a donc trente-cinq ans de cela, et ce même individu a conservé jusqu'à présent ses ganglions, dont les dimensions ne dépassent pas celles d'un petit œuf. De plus ils ne présentent aucun phénomène particulier, et ils sont encore dans l'état où je les voyais en 1851. Je pourrais vous citer aussi le cas d'une jeune fille, qui, elle, au contraire, ne se fit opérer que par coquetterie, au moment où il s'agissait pour elle de mariage.

En somme, ces variétés de tumeurs sont assez rares pour que je n'en aie jamais observé deux cas dans la même année.

Quoi qu'il en soit, les ganglions ainsi tuméfiés sont généralement arrondis, réguliers, de consistance homogène, analogue à celle d'un fibrome, de moyenne densité; lorsqu'on les incise, ils offrent une coupe homogène également, d'un jaune rosé; si, au contraire, on vient à les déchirer, leur aspect intérieur est granuleux, présentant de petits follicules d'un cinquième ou un dixième de millimètre au plus.

Ces tumeurs ganglionnaires sont d'une très grande bénignité, soit comme nature, soit comme opération, et ne ré-

cidivent jamais lorsqu'elles ont été enlevées. Leur bénignité est telle, même, que je ne les extirpe que lorsque les malades réclament vraiment une intervention chirurgicale; dans le cas contraire, je n'y touche pas. Malheureusement, à moins d'avoir une très grande expérience de ces tumeurs, le chirurgien n'est pas toujours très certain de son diagnostic, à leur sujet, et si je suis arrivé à l'émettre avec quelque certitude, cela tient à ce que je les étudie depuis bientôt quarante ans.

Chez mon malade, c'est par exclusion que je suis arrivé à diagnostiquer la nature de sa tumeur, et aussi parce que cet homme n'est nullement scrofuleux, et que sa tumeur date déjà de longtemps.

II. Nous sommes quelquefois exposés à pratiquer de détestables opérations dont l'exécution est une nécessité, un besoin, auquel nous ne pouvons nous soustraire, parce que l'on a vu, dans quelques cas, l'extirpation de pareils néoplasmes couronnée de succès. Et cependant les chances sont des plus minimes, tandis que le mal récidive presque toujours et que l'opération par elle-même est déjà grave.

Notre malade, un homme, est porteur depuis quatre ans d'une tumeur de la mâchoire supérieure, tumeur à myéloplaxes, bénigne dès le début, dont le siège de prédilection est la mâchoire supérieure ou la mâchoire inférieure. Je vous rappellerai seulement, en passant, que ce genre de tumeurs est ordinairement l'apanage du jeune âge, c'est-à-dire de l'adolescence, qu'elle est caractérisée par une indolence prononcée, par la lenteur de sa marche, par l'absence d'ulcération, ou quand celle-ci se produit, ce qui est rare, elle est tardive. De plus la maladie ne s'accompagne que très rarement d'engorgement ganglionnaire. Sous ce dernier rapport, notre malade fait exception à la règle par la présence de ganglions dans la gaine des vaisseaux carotidiens.

Chez lui la tumeur occupe la cavité du sinus maxillaire et, par les compressions qu'elle exerce sur les nerfs voisins, elle a déterminé des troubles trophiques du côté de l'œil. Le mal présente donc deux foyers : un foyer carotidien et un foyer maxillaire, et, je le répète, je n'interviens chirurgicalement ici qu'avec une vive répugnance tant les conditions sont mauvaises.

Je commencerai mon opération par le foyer du cou, c'est-à-dire en enlevant les ganglions carotidiens, cette première opération devant faciliter la seconde en ce qu'elle me permettra de rencontrer la carotide externe et de poser sur elle une ligature qui assurera en grande partie l'hémostase du côté du maxillaire. On a proposé de faire la ligature de la carotide primitive, mais elle a cette gravité de prédisposer aux accidents cérébraux sans nous donner comme compensation de bien meilleurs résultats que la ligature de la carotide externe qui supprime en grande partie la vascularisation d'une moitié de la face.

Donc après avoir endormi mon malade, je vais extirper les ganglions du cou, aller à la recherche de l'artère carotide externe pour la lier, après quoi j'aborderai l'opération sur la face. Ici nous avons constaté que la voûte palatine n'était heureusement malade que dans une petite étendue, tandis que, par contre, le sinus maxillaire est rempli par la prolifération néoplasique, laquelle a même envahi le plancher de l'orbite. Dans certains cas, ce plancher peut être respecté; ici ce n'est pas le cas, et nous devrons, au contraire, le réséquer dans une partie de son étendue. L'opération sur la face va comprendre ainsi deux incisions : 1° une incision verticale partant de l'angle interne de l'œil, se dirigeant vers l'aile du nez qu'elle contournera pour gagner la ligne médiane de la lèvre supérieure; 2° une incision horizontale, en demi-lune, suivant le bord de l'orbite jusqu'à l'os malaire. Ces deux incisions vont faire comme une sorte de fenêtre qui mettra à nu la face antérieure du maxillaire, nous permettra d'ouvrir le sinus et de nous rendre un compte exact de l'étendue du néoplasme. Dans cette opération j'espère pouvoir conserver une grande partie de la voûte palatine.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des syphilides tertiaires (1).

IV

Après vous avoir décrit, dans la précédente leçon, les signes objectifs permettant de différencier les scrofulides des syphilides tertiaires sèches ou ulcératives, nous vous avons montré que ces signes étaient insuffisants, qu'ils n'avaient qu'une valeur restreinte, si l'on n'y joignait l'étude des signes rationnels.

Ce sont ces signes que nous allons passer rapidement en revue avant d'aborder la question si importante du traitement des syphilides tertiaires.

Le diagnostic rationnel des scrofulides et des syphilides tertiaires se compose de considérations reposant sous les cinq chefs suivants : 1° l'évolution morbide; 2° les accidents contemporains; 3° les antécédents morbides; 4° l'examen du malade; 5° l'enquête sur les ascendants et les collatéraux.

1° Le lupus est de nature torpide, à évolution lente, chronique, par années; tandis que la syphilis, quoique évoluant lentement aussi, a cependant des allures autrement rapides, c'est-à-dire de quelques mois seulement.

2° Les accidents contemporains sont un excellent signe distinctif; car si vous découvrez sur votre malade quelque tumeur blanche ou des écrouelles dans la région cervicale, par exemple, votre diagnostic de scrofulides sera fait, à moins de coïncidences improbables. Si, au contraire, ce sont des gommes du voile du palais, du pharynx, quelque exostose, quelque sarcocèle syphilitique, vous n'aurez aucune hésitation à vous prononcer, car ces accidents contemporains sont absolument significatifs.

3° Les éléments les plus sérieux et les plus positifs d'un diagnostic seront encore les antécédents morbides, scrofuleux ou syphilitiques.

4° L'examen du malade, l'analyse de sa personne, sont la base même du diagnostic dans les cas douteux ; le terrain est-il scrofuleux, vous vous prononcerez pour une scrofulide; ne l'est-il pas, au contraire, l'absence de toute apparence scrofuleuse vous portera à songer à la syphilis.

5° L'âge est aussi un élément de diagnostic, disent les auteurs. En effet c'est surtout de vingt à trente ans que l'on constate la vérole; et, par suite, c'est de trente-cinq à quarante et quarante-cinq ans que les syphilides apparaissent le plus ordinairement. Cependant, si vous avez affaire à une syphilis héréditaire, les syphilides se produisent dès l'âge

(1) Suite. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 324.

de dix, quinze et vingt ans, c'est-à-dire dans l'enfance, l'adolescence, la jeunesse, comme les scrofulides, comme le lupus, dont c'est aussi l'âge ordinaire d'apparition.

A tout cela je dois ajouter que les signes objectifs et rationnels nous laissent encore parfois au dépourvu, sans solution possible. Que faut-il faire alors? Le diagnostic que j'appellerai thérapeutique : soit le traitement spécifique, qui, s'il n'agit pas, vous indiquera que vous n'avez pas affaire à la syphilis, mais qui, au contraire, s'il est efficace, vous démontrera que vous êtes bien en face de la vérole. D'ailleurs, en cas de scrofulide, le traitement ne saurait avoir aucun mauvais effet. C'est donc à la médication spécifique qu'il faudra avoir recours en cas d'hésitation *et illico et larga manu*, pour agir hâtivement sur des lésions qui sont essentiellement destructives et mutilantes.

Ceci dit sur le diagnostic différentiel, nous devons passer à la question du traitement des syphilides tertiaires.

Deux médications sont ici nécessaires, indispensables, et doivent marcher de pair, sur le même pied, au même rang, savoir : 1° la médication générale; 2° la médication topique.

A. *Médication générale.* — De par l'expérience et de l'aveu, je puis dire, unanime, le médicament par excellence ici, c'est l'iodure de potassium. L'iodure de potassium est le spécifique des syphilides gommeuses. C'est donc lui que toujours il faudra prescrire, et prescrire immédiatement, séance tenante, sans délai, prescrire enfin à doses suffisantes, car, en l'espèce, il faut aller vite et frapper fort, si l'on veut mettre les malades à l'abri des conséquences de ces grandes lésions, c'est-à-dire des mutilations irréparables, susceptibles de défigurer les individus, de détruire un organe important.

Or, en face de telles lésions, aussi immédiatement graves, en ce qu'elles menacent ou peuvent menacer l'intégrité d'organes importants, il faut toujours débuter par une dose minima de 3 grammes par jour. Et même, s'il s'agit d'une lésion qui intéresse un organe important, tel que le nez, par exemple, et de plus, si vous savez que le malade a déjà l'expérience de l'iodure de potassium et qu'il le supporte facilement, il ne faut pas hésiter à prescrire une dose supérieure, s'élevant à 5 ou 6 grammes. En tous cas, si vous avez débuté par 3 grammes, et si cette dose a été bien supportée, il faut avoir soin, les jours suivants, pour maintenir l'effet thérapeutique, de la porter à 4, 5 et 6 grammes, voire même à 8 grammes au besoin. Mais il me paraît inutile de dépasser cette dose et de l'élever à 10 ou 12 grammes et surtout au delà de ces chiffres, ainsi que cela s'est fait et se fait encore quelquefois.

Pour ma part, j'ai toujours considéré une dose d'iodure de 6 grammes en moyenne comme parfaitement suffisante, et il résulte jusqu'à présent de ma pratique cette conviction que ce que ne fait pas l'iodure de potassium à 6 grammes, il ne le fait pas davantage à plus forte dose.

Quant au mercure, quelle action a-t-il sur ces lésions? Il exerce certainement sur elles une action curative indéniable. C'est à lui qu'on avait recours autrefois contre les syphilides gommeuses, alors qu'on ne possédait pas encore l'iodure, et c'est avec lui qu'on les guérissait; témoin des centaines d'observations.

Mais, à coup sûr, il ne vaut pas l'iodure de potassium, comme intensité thérapeutique. Il n'exerce pas sur ces lésions l'action énergique, merveilleuse, de l'iodure de potassium. Il est moins actif et moins rapidement actif que lui, surtout dans les formes à tendance suppurative, et cela peut-être parce que ces formes appartiennent à une phase plus avancée, plus tertiaire, si je puis ainsi parler, de la maladie.

Il est même tel ordre de cas où il peut être formellement contre-indiqué, notamment quand on a affaire à des sujets débilités, voisins de la cachexie, à fonctions digestives languissantes, qui seraient ou pourraient être offensés par les mercuriaux.

Nous devons reconnaître cependant qu'une médication des plus actives contre l'ordre de lésions qui font le sujet de ces leçons consiste dans ce qu'on appelle le traitement mixte, c'est-à-dire dans l'association du mercure à l'iodure.

En l'espèce, ce qui réussit le mieux comme formule de traitement mixte, c'est, d'après mon expérience personnelle, la combinaison suivante : Pilules de Dupuytren et iodure de potassium. La dose courante pour un adulte homme est, par jour, de 2 à 3 pilules de Dupuytren et 3 à 4 grammes d'iodure de potassium, qu'on administre ainsi :

Une pilule avant le déjeuner du matin.
Une pilule avant le dîner.
Deux grammes d'iodure au déjeuner de midi.
Deux grammes à l'heure du coucher.

En ayant bien soin de donner le sublimé *avant*, immédiatement avant les repas, car, de cette façon, il est bien mieux toléré.

Ce traitement mixte est certainement ce que nous possédons de plus puissant contre les syphilides gommeuses sèches, les syphilides tuberculeuses, probablement, je le répète, parce que ces formes sont moins avancées que les syphilides gommeuses ulcératives, et que le mercure conserve contre elles la puissance qu'il exerce d'une façon bien connue contre tous les accidents de la période secondaire.

Vous avez eu de ce fait un exemple des plus frappants chez le malade couché au lit n° 78 de la salle Henri IV. Rappelez-vous ce jeune homme qui est entré dans nos salles avec un nez énorme, tubéreux, absolument déformé par un bouquet confluent de syphilides gommeuses sèches. Il était réellement hideux à voir. Eh bien! trois semaines plus tard, il sortait guéri!

De tout ce que je viens d'exposer, il résulte, en résumé, deux règles de pratique : 1° Contre les formes sèches, contre les syphilides tuberculeuses proprement dites, ce qu'il y a de mieux, c'est le traitement mixte; 2° contre les formes suppurées, ce qu'il y a de plus actif, c'est le traitement ioduré. Le mercure est ici superflu. Il faut donc toujours commencer le traitement par l'iodure seul et n'appeler le mercure à la rescousse qu'en cas d'insuccès.

Voilà pour le traitement interne. Il est inutile d'ajouter que, suivant les indications, il pourra y avoir lieu d'associer à la médication spécifique divers agents toniques ou autres, si le malade est affaibli, anémique, etc. Je me borne à signaler ce traitement, qui n'a rien de spécial.

Si maintenant nous passons à la médication topique, nous voyons que, dans les formes sèches, cette médication est à peu près superflue. On peut en épargner l'ennui, l'assujettissement aux malades. Toutefois je me suis bien trouvé, dans nombre de cas, d'une médication topique, qui est celle dont j'aurai à parler longuement à propos des formes suppuratives, à savoir le pansement par occlusion, au taffetas

de Vigo. Je crois peu douteux que cette application topique exerce une action locale résolutive sur l'affection.

En revanche, dans les formes suppuratives, la médication locale est formellement indiquée. Elle est nécessaire, voire même indispensable. Mais en quoi donc consistera-t-elle? C'est ce que nous allons commencer à étudier à la fin de cette leçon.

Bornons-nous pour aujourd'hui à vider cette question préalable, très diversement jugée par les pathologistes, c'est-à-dire la question relative aux croûtes des syphilides tertiaires.

Les syphilides tertiaires, vous le savez, sont presque toujours revêtues de croûtes et de croûtes épaisses, qui forment une sorte de cuirasse de revêtement à l'ulcération. Or que faut-il faire contre ces croûtes? Faut-il les respecter? faut-il, au contraire, en débarrasser les ulcères? Là est la question discutée.

Certains pathologistes sont très formels pour la conservation des croûtes. Il importe, a dit M. Cazenave, par exemple, de ménager, de respecter ces croûtes, ordinairement adhérentes. Elles recouvrent des ulcérations qui, mises à nu, sont douloureuses, prennent un mauvais aspect, grandissent et ne tardent pas d'ailleurs à se couvrir de croûtes nouvelles. Il importe que les croûtes tombent d'elles-mêmes, sous l'influence d'un traitement rationnel qui détermine la cicatrisation de l'ulcère, et, par suite, l'élimination de la croûte.

D'autres médecins, au contraire, veulent qu'on débarrasse les ulcères le plus rapidement possible de leurs croûtes, qu'on les fasse tomber. Je suis de ce nombre. D'après ce que j'ai observé, le premier soin du médecin doit être même de provoquer la chute de ces croûtes; car, loin d'être un moyen de protection pour les lésions sous-jacentes, elles constituent, au contraire, une cause permanente d'irritation et d'extension de la lésion. Et cela, parce que, d'abord, elles séquestrent au-dessous d'elles une nappe de pus, parce que, ensuite, elles sont souvent arrachées par les mouvements des malades, par le frottement, par les vêtements, etc., etc.

Sans doute, si l'ulcère était abandonné à lui-même, sans pansement, à la suite de la chute des croûtes, il deviendrait douloureux et se recouvrirait de croûtes nouvelles.

Mais tel n'est pas le traitement que nous mettons en œuvre; nous ne laissons pas l'ulcère à découvert; tout au contraire nous le pansons, nous le protégeons, nous essayons de le modifier par un mode spécial de pansement et par une surveillance assidue; mode de pansement que nous étudierons dans la prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de la guerre, qui transmet à l'Académie les expéditions des registres des hôpitaux du littoral pour l'année 1885;

2° Une lettre de M. le directeur de l'Assistance publique, qui prie l'Académie de combler la vacance déterminée au sein du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, par la mort de M. J. Béclard.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Thomas (de Tours), qui remercie l'Académie de son élection au titre de correspondant;

2° Une lettre de M. Vigier, qui s'inscrit au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

3° Un rapport de M. le docteur Legagneur sur les vaccinations pratiquées au 3e régiment d'infanterie, à Pont-Saint-Esprit. (Comm. de vaccine);

4° Un travail de M. le docteur Séjournet (de Revin), relatif à l'application et au fonctionnement de la loi de protection des enfants du premier âge dans le département des Ardennes;

5° Un travail de M. le docteur Collongues (de Nice), qui renferme des observations dermométriques indiquant un moyen de savoir quand le chirurgien ne doit pas opérer le cancer du sein chez la femme.

LECTURES

De la rétention d'urine chez le fœtus. — M. R. LEFOUR, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, lit, sous le titre : *De la rétention d'urine chez le fœtus, avec perméabilité du canal de l'urèthre*, un travail dont voici le résumé :

Le tronc d'un fœtus à terme se présentant par le sommet ne peut être expulsé. Après avoir reconnu la nature de l'obstacle, M. Lefour ouvre la poitrine du fœtus, mort depuis quelques heures, et ponctionne la vessie à travers le diaphragme; il s'écoule 1 600 grammes de liquide environ.

L'un des uretères étant lié, l'air qu'on insuffle et l'eau qu'on injecte par l'uretère du côté opposé s'échappent par le méat urinaire. Par le cathétérisme, on pénètre aisément dans la vessie. Le canal de l'urèthre est donc perméable.

En outre, du côté de la vessie, la distension est plus grande, la couche musculaire moins épaisse, la circulation artérielle bien moins riche que du côté gauche. Aussi l'auteur pense-t-il que ces anomalies, en altérant l'intégrité fonctionnelle de l'organe, ne sont pas étrangères à la distension.

Les bassinets et les uretères n'étant nullement distendus, il serait permis de supposer que le fœtus urinait par regorgement.

La possibilité d'une rétention d'urine avec perméabilité du canal de l'urèthre étant ainsi établie, l'accoucheur doit, quand l'enfant est vivant, essayer de ponctionner la vessie avec le trocart capil laire.

Présence du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau de la Seine à Ivry. — M. L.-H. THOINOT fait, sous ce titre, la lecture suivante : Le 7 mars 1887, je recueillais, à deux mètres environ de la berge, dans une bouteille stérilisée, à bouchon flambé, un litre d'eau de Seine. Cette eau fut prise en amont du pont d'Ivry, à vingt mètres en aval du point où la machine élévatrice municipale puise l'eau qu'elle refoule, pour le service de Paris, sur le réservoir de Villejuif.

Je me proposais de rechercher dans cette eau le bacille pathogène de la fièvre typhoïde.

L'eau recueillie fut divisée en deux portions égales (500 grammes pour chacune) : l'une resta telle quelle; l'autre reçut 20 gouttes d'acide phénique pur. L'acide phénique à cette dose n'empêche pas la prolifération du bacille typhique (expériences de MM. Chantemesse et Widal), mais arrête la pullulation de bon nombre d'autres germes : les recherches en sont facilitées d'autant.

La méthode employée pour isoler le bacille typhique fut le procédé bien connu des cultures de gélatine-peptone sur plaques. Des plaques furent préparées avec l'eau additionnée d'acide phénique et d'autres avec l'eau pure. Sur une des plaques ensemencées avec l'eau additionnée d'acide phénique, l'examen microscopique me fit rencontrer une colonie *nacrée, transparente, à bords irréguliers, frangés, à surface tomenteuse et sillonnée* : c'est l'apparence qu'affectent en quelques circonstances les colonies du bacille typhique.

Cette colonie fut isolée, et sa culture fut caractérisée par les réactions suivantes :

A) Ensemencée en strie dans un tube de gélatine-peptone, à surface ovalaire, elle donna naissance à une strie d'un beau reflet bleuâtre.

B) Ensemencée sur la pomme de terre elle se développa sans changer l'aspect de la surface de son milieu de culture : la pulpe prit seulement une apparence humide aux points couverts par la colonie.

Les bacilles, ainsi isolés et cultivés, nous ont présenté les caractères suivants :

1° Grande mobilité, grande agilité dans une goutte d'eau faiblement colorée au violet de gentiane;

2° Sporulation à une des extrémités;

3° Décoloration absolue par la méthode de Gram.

Tous ces caractères, décrits par Eberth et Gaffky en Allemagne, précisés et étendus chez nous par MM. Chantemesse et Widal, sont regardés actuellement comme distinctifs du bacille pathogène de la fièvre typhoïde.

En résumé, dans de l'eau de Seine recueillie à Ivry, presqu'au point même où la machine élévatrice puise pour le service de Paris, nous avons rencontré le bacille de la fièvre typhoïde. Nous nous proposons de faire de nouvelles recherches sur d'autres échantillons de cette même eau. Mais, dès à présent, nous nous croyons bien fondé à dire que l'eau d'Ivry n'a pas les qualités d'une eau potable. A une époque antérieure, on pouvait croire que, puisée en amont de Paris, elle présentait quelques garanties et pouvait, au besoin, constituer un élément d'échange avec l'eau de la Vanne. On voit qu'il est bien loin d'en être ainsi.

Recherches sur deux suppliciés. — M. LABORDE donne lecture d'un travail intitulé : Recherches et expériences sur deux suppliciés. Contractions et mouvements provoqués de l'estomac dans ses diverses régions. Rappel des contractions rythmiques de l'oreillette droite.

Les expériences de M. Laborde, commencées une heure et demie pour l'un des décapités et deux heures un quart pour le second, après la décapitation, ont donné, en ce qui concerne l'examen du cœur et celui de l'estomac, les résultats suivants :

1° *Examen du cœur*. — Les deux cœurs sont globuleux, durs et fortement contractés, mais du côté des ventricules gauches seulement, les ventricules droits étant restés flasques.

Un courant induit (du chariot Dubois-Raymond) passant de la moelle cervicale au cœur, détermine, à chaque interruption, une contraction nette de l'auricule droite, ces contractions n'ont lieu exclusivement que sur les oreillettes.

A la suite des contractions provoquées, il se fait à deux reprises une contraction rythmique.

2° *Estomac*. — On provoque des contractions péristaltiques dans les trois conditions suivantes :

1° A la suite de l'excitation des nerfs pneumogastriques à la région cervicale inférieure; 2° par l'excitation directe des parois; 3° sous l'influence d'un bain d'eau salée de 40 à 50 degrés centigrades.

Dans cette dernière condition, l'estomac rétracté a pris la forme d'un boyau allongé, avec redressement du cul-de-sac du côté du cardia, de fortes dépressions en échancrure du côté de la région pylorique et un étranglement considérable entre le cul-de-sac et la petite courbure. Ainsi s'expliquerait, suivant M. Laborde, le passage rapide des liquides dans l'intestin.

Les observations directes sur ces estomacs ne semblent pas confirmer la théorie du double ni du triple circulus. Il y aurait un péristaltisme et un antipéristaltisme successif et généralisé avec des localisations contractiles, déterminées, dans leur forme et dans leur énergie, par la disposition structurale des fibres musculaires (renvoyé à une commission composée de MM. Mathias Duval et Luys).

L'eau potable dans les chantiers de Panama. — M. AD. NICOLAS fait une lecture sur ce sujet.

En présence des dangers causés par les eaux potables de l'isthme de Panama, toutes contaminées ou suspectes dans un pays où la fièvre jaune et les diarrhées sont endémiques, soit qu'elles proviennent des pluies, de sources, de puits ou de lacs, on a dû se préoccuper des moyens d'assurer, dans les chantiers de l'entreprise du percement, la consommation d'une eau moins malsaine. On a utilisé à cet effet l'eau de la rivière Obispo, qui arrive assez pure jusqu'à proximité des travaux. Cependant cette eau elle-même réclamait une purification, avant de pouvoir être livrée sans danger à une consommation habituelle. M. Nicolas, passant en revue, à cette occasion, tous les procédés d'épuration des eaux, a eu d'abord l'idée qu'on pourrait assainir l'eau de cette rivière par la distillation, écartant tout d'abord l'ébullition, qui, à ses yeux, est un des procédés d'assainissement les plus défectueux, tout au moins inapplicable sur une aussi grande échelle et tous les amendements purificateurs tels que l'alun, etc. La distillation lui a semblé, au contraire, un moyen expéditif et sûr. Mais la complication de l'outillage nécessaire pour cette opération l'a conduit à rechercher si la simple filtration au moyen des appareils perfectionnés que livre aujourd'hui l'industrie, ne donnerait pas des résultats assez satisfaisants pour se borner à son emploi. Il s'est arrêté en définitive à la filtration par les appareils de MM. Chamberland et Maignen.

Après avoir fixé la quantité d'eau nécessaire à 6 litres par jour et par homme, il a réalisé l'outillage ainsi qu'il suit : en bas, un réservoir en tôle de 10 000 litres, garni de robinets à la portée de la main. Sur la conduite adhérente, 2 batteries de filtres Chamberland, chacune de 5 filtres, donnant pour une pression de 5 mètres, 10 000 litres d'eau par vingt-quatre heures. — A 5 mètres au-dessus des filtres, relié à eux par une conduite, un collecteur d'une capacité réglée sur celle des filtres et où débouche la conduite de prise d'eau.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

M. CONSTANTIN PAUL, membre de la commission, après le rapport si complet de M. Vidal, demande à toucher seulement quelques points de la question. Son intention est de parler non pas de l'inspectorat, mais des inspecteurs. Voilà six ans, dit-il, que je suis membre de la commission des Eaux minérales, et deux fois j'ai eu à faire le rapport général. D'autre part j'ai été président de la Société d'hydrologie; c'est à ces divers titres que j'ai pu juger les inspecteurs.

Les accusations qui ont été portées contre eux ont été formulées dans les journaux, où il ne leur a pas toujours été possible de se défendre. A la défense de M. Hardy, M. Constantin Paul veut ajouter quelque chose.

On a reproché aux inspecteurs de ne plus inspecter leurs établissements. On a voulu dire qu'ils ne signalent plus les défectuosités des sources, des appareils et du service. Ceci n'est pas exact. Il faut dire qu'ils se sont lassés de réclamer contre les régisseurs et les fermiers, parce que les conseils municipaux et les préfets les ont abandonnés comme l'administration centrale.

Le second reproche a été qu'ils ne soignaient pas les indigents. Ceci est absolument inexact. MM. Willemin et Hardy ont réfuté cette accusation et, en fait, jamais plainte n'est parvenue au ministère.

Le troisième reproche est le plus injuste; on a dit qu'ils entravaient les progrès de l'hydrologie. C'est surtout contre cette accusation que M. Constantin Paul s'élève. M. Rochard, dit-il, eût été bien mieux informé à cet égard, s'il avait consulté les Bulletins de la Société d'hydrologie. Il y aurait trouvé les travaux réels des médecins inspecteurs qui pouvaient donner libre carrière à leur ardeur scientifique, des mémoires originaux, des discussions, des traités entiers sur les Eaux minérales; il aurait pu trouver là une œuvre sérieuse, scientifique et digne de la France.

Examinant ensuite les deux systèmes proposés pour remplacer l'inspectorat résidant, M. Constantin Paul se résume en ces termes : Je crois donc, pour ma part, qu'il faut maintenir les inspecteurs

résidents. On a dit qu'ils n'ont pas les pouvoirs suffisants, il faut alors les leur donner et ensuite les soutenir et les contrôler. On a dit que la gratuité était un défaut, il faut les payer et la chose est possible puisqu'on a trouvé le moyen de donner des traitements suffisants aux inspecteurs régionaux.

Je conclurai donc, comme l'a fait M. Vidal dans son rapport : il faut maintenir l'inspectorat et le soutenir contre les intérêts commerciaux. Le seul point sur lequel je diffère est que les inspecteurs adjoints ne doivent pas être nommés à l'élection mais bien par le ministre. C'est à cette condition que nous pourrons voir nos sources minérales respectées, nos médecins considérés et que nos stations pourront soutenir avec honneur la concurrence avec les stations étrangères.

M. TILLOT, correspondant de l'Académie, en prenant la parole sur cette question, se propose surtout de réfuter l'argumentation de M. Rochard.

L'argumentation de M. Rochard, dit-il, peut se résumer ainsi : les inspecteurs sont bien intentionnés, très capables, remplis de bonne volonté; mais bridés par les fermiers, tenus en charte privée par leur propre clientèle, ils ne peuvent donner essor à toutes les qualités médicales et administratives qui restent chez eux à l'état latent; tout le monde conspire contre eux, il ne leur reste plus qu'à résigner leurs fonctions.

M. Rochard fait porter ses critiques sur trois points principaux : la surveillance des établissements, les rapports médicaux et le service des indigents.

La question des indigents, pour ce qui concerne les grandes stations, ayant été traitée de la manière la plus victorieuse par M. Willemin, il suffira de dire, au sujet des stations d'ordre secondaire, que le nombre des indigents n'y est jamais très considérable et que l'inspecteur peut facilement suffire à ce service.

Pour les rapports administratifs, déclarés dénués de valeur, on ne saurait mieux faire que d'en appeler de ce jugement à celui d'un membre du comité d'hygiène, M. Jacquot, ingénieur en chef des mines, qui a trouvé dans ces rapports les éléments d'un travail considérable.

Relativement aux rapports scientifiques si vivement attaqués par M. Rochard, si on n'en consulte pas souvent la collection, beaucoup d'hydrologues s'estiment heureux de puiser des notions impartiales sur les eaux dans les comptes rendus généraux de l'Académie qui contiennent l'analyse de tous ces rapports.

Après avoir exposé quelques-unes des causes qui peuvent expliquer, dans une large mesure, l'infériorité tant reprochée aux rapports scientifiques des inspecteurs, M. Tillot aborde l'une des attributions les plus importantes de l'inspectorat, la surveillance médicale des établissements thermaux.

Pour M. Rochard, l'inspecteur est un surveillant inutile, insignifiant et sans pouvoir. Il est malheureusement vrai que son autorité, amoindrie par des attaques incessantes, a sensiblement décliné; que certains propriétaires, certaines compagnies sont des autocrates qui ne tiennent compte d'aucune observation. Il existe pourtant, en assez grand nombre, des stations où l'inspecteur peut encore faire écouter sa voix et rendre de très réels services.

En résumé, l'inspectorat local et permanent est le seul qui puisse exercer une surveillance médicale et administrative efficace et continue; sa suppression, fâcheuse pour les grandes stations, serait un malheur pour les petits établissements.

Les inspecteurs se montrent quelquefois au-dessous de leur tâche, parce que, n'étant pas assez soutenus, ils manquent d'une autorité suffisante. Que l'Académie veuille bien les prendre sous son puissant patronage et se charger de leur recrutement, comme l'a proposé M. Vidal au nom de la commission. Si elle voulait faire de l'inspectorat une carrière basée sur une hiérarchie et des tableaux d'avancement, elle défendrait les intérêts du malade, en lui assurant des médecins capables; de l'inspecteur, en augmentant son autorité; et de l'hydrologie, en favorisant ses progrès.

La discussion générale est close.

M. Vidal aura la parole mardi prochain pour résumer la discussion et donner une nouvelle lecture des conclusions. La discussion des conclusions est renvoyée à quinzaine.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. BAUDRIMONT, au nom de la commission des Eaux minérales, lit une série de rapports sur les demandes en autorisation pour l'exploitation de nouvelles sources minérales. Les conclusions proposées sont adoptées sans discussion.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. JOHANNÈS CHATIN, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions toutes négatives sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le registre d'inscription des candidats au concours qui doit s'ouvrir le 15 de ce mois à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures du soir, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central est clos. Les candidats, au nombre de soixante-deux, sont :

MM. les docteurs Babinski, Barthélemy, Beclère, Béringier, Bourcy, Bruchet, Buzot, Capitan, Carron de la Carrière, Charrin, Chéron, Chouppe, Dalché, Decaisne, De Gennes, Delpeuch, Deschamps, Dreyfous, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Faucher, Galliard, Gallois, Gauchas, Gilbert, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Havage, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Jehel-Renoy, Laudois, Lebreton, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre (Henri), Le Gendre (Louis-Paul), Leroux (Charles), Leroux (Henri), Liandier, Lorey, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Morel-Lavallée, Netter, Œttinger, Petit, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Robin, Sapelier, Siredey, Stackler, Thibierge et Variot.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1883 :

Médailles d'or. — MM. Bœgner, préfet des Vosges, président du Conseil d'hygiène du département; docteur Lagneau, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine; Martin-Barbet, pharmacien, secrétaire général du Conseil d'hygiène du département de la Gironde.

Médailles d'argent. — MM. Barnsby, pharmacien, vice-président du Conseil d'hygiène du département d'Indre-et-Loire; docteur Lallement, membre du Conseil d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle; Lande, membre du Conseil d'hygiène du département de la Gironde; docteur Martellière, membre de la commission du IIe arrondissement de Paris; Trasbot, vétérinaire, membre de la commission d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux.

Médailles de bronze. — MM. Bévière, vétérinaire, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Isère; Blarez, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène du département de la Gironde; Brûlé, pharmacien, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de la Sarthe; docteur Deligny, vice-président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Toul; docteur Dévé, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Oise; docteur Hecht, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle; docteur Laurent, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine-Inférieure; Mialaret, ingénieur, secrétaire du Conseil d'hygiène du département des Ardennes; Thibaut, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène du département du Nord; docteur Vauthier, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Aube.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20971

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. », — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Aberrations génitales périodiques; acquises; morbides.

J'arrive à une autre forme toute particulière de l'aberration sexuelle, les perversions génitales périodiques.

Il faut établir une différence entre l'ivrogne et le dipsomane. Le premier s'adonne avec excès, d'une façon continuelle, aux liqueurs alcooliques; tandis que le second, ordinairement sobre, ne peut se soustraire de temps en temps à une impulsion irrésistible vers la boisson. Quelques dipsomanes, retenus par le décorum, s'enferment dans leur chambre lorsqu'ils sentent venir l'accès, et, là, ils ne se dégrisent pas pendant huit et quinze jours. On en voit, dans le monde, ne boire avec obstination que de l'eau, sachant bien où les mènerait la moindre excitation spiritueuse.

Un phénomène correspondant se produit dans le sens génésique. Vous trouverez des pères de famille fort honorables qui sont pris, à des intervalles de temps variables, d'un accès de lubricité anomale durant de huit à dix jours. Ils prétextent un voyage, vont louer une chambre dans une ville où ils ne sont pas connus et se satisfont sur des petits garçons ou même sur des animaux qu'ils attirent chez eux. Ce sont d'ailleurs, en temps ordinaire, d'excellents maris, ne jouissant que du spasme légitime. M. Tardieu a fait le portrait du pédéraste : un petit jeune homme grassouillet, blond, ayant l'air d'une jeune fille, lorsqu'il est habillé en femme etc. Ce n'est là qu'un des types. Le second est représenté par ces individus, qui ont des accès de manie analogues à la dipsomanie, absolument corrects dans leur vie habituelle et toujours très honteux de leur situation. Ils viennent au médecin humiliés et ayant horreur d'eux-mêmes. Ce remords, absent chez l'un et très vif chez l'autre, est le caractère distinctif entre les deux types. La thérapeutique est restée jusqu'à ce jour entièrement impuissante devant ces vésanies.

Si vous voulez savoir jusqu'à quel point les accès de ce genre peuvent prendre possession d'un homme, je vous citerai le fait d'un ingénieur de Trieste, qui avait l'habitude d'aller à Vienne, au moment de ses accès annuels, où il exerçait le coït pendant huit jours avec des bêtes. Une année, retardé par le Conseil d'administration de sa compagnie, il monte en chemin de fer un jour trop tard et, obéissant en route à une impulsion invincible, il descend à une petite station, se dirige du côté de l'abattoir, mais ne trouvant pas de chien, il entre comme un fou dans une maison et viole une vieille femme. Remarquez que, s'il n'avait pas été en proie à un état psychique particulier, il se serait satisfait d'une façon quelconque, soit par la masturbation, soit en allant dans une maison de tolérance. Généralement, les individus, atteints de ces obsessions, prennent de grandes précautions pour les cacher. Aussi j'en connais plus comme clinicien que comme médecin légiste.

Je passe aux aberrations génitales acquises.

Après le siège, M. Sainte-Claire Deville insista beaucoup sur la multiplication et la contagion des faits de pédérastie dans les collèges et il s'ensuivit une vraie campagne contre l'internat. Comment des hommes, disait-on, ont-ils l'idée de faire, pour leurs enfants, ce qu'ils ne feraient pas pour des boucs? Tout ce qu'on peut répondre, c'est que, dans l'état actuel des choses, il est à peu près impossible de faire autrement. On a bien dit qu'il devrait y avoir des individus, des ecclésiastiques par exemple, prenant chez eux en pension un certain nombre de jeunes gens, qui jouiraient d'une liberté relative. Mais cette modification serait très difficile à établir.

Ici, les sujets n'ont pas par eux-mêmes des aptitudes irrégulières. Ils les ont contractées par une sorte de déviation qui résulte des circonstances. Où les rencontre-t-on en effet? Dans les internats, les prisons, les casernes, surtout les garnisons isolées, sur les navires, où ils ne trouvent pas la satisfaction naturelle de leurs appétits. Dans l'histoire ancienne, vous vous rappelez ce fait, que Flaubert a repris dans sa *Salammbô*, d'un régiment de Carthaginois refusant de marcher contre une légion en révolte où ils ont leurs *amis*. Aujourd'hui, pour peu que vous vous avanciez vers le midi, vous verrez, dans les compagnies de discipline, en Algérie, en particulier chez les turcos, ce spectacle d'individus se promenant toujours deux à deux, se tenant par la main, qui laisse soupçonner un ménage irrégulier. J'ajoute, à titre de corollaire, que, si j'étais consulté, jamais je ne laisserais installer une école d'enfants de troupe au milieu d'une caserne.

Lorsque ces jeunes gens se sont développés ainsi dans le sens de la pédérastie, ils forment entre eux des groupes et des cercles. Ils consentent vite à accepter des cadeaux et tombent peu à peu dans une abjection complète. Certains

ont la spécialité des rapprochements par la bouche. Ce sont les *fellatores*.

On nous a reproché une dissolution extraordinaire et on a appelé Paris « une nouvelle Babylone ». Je crois que, sur ce point, une pathologie comparée montrerait que nous ne sommes pas plus pervertis qu'on ne l'était dans l'antiquité et que ne le sont actuellement nos voisins.

Dans les récits bibliques, rappelez-vous le culte de Baal, Sodome et Gomorre, etc. Et, à ce propos, il y a un point que je veux vous signaler en passant. Moïse remarquait que les habitants des collines et des montagnes avaient la spécialité de pratiquer le coït avec leurs chèvres, et il attribuait ce fait à l'influence de l'altitude élevée qui les poussait, pensait-il, à la bestialité. Je ne vois pas trop ce que vient faire ici l'influence de l'altitude et je crois plutôt que ces pauvres chevriers, éloignés de toute créature humaine, n'usaient de leurs chèvres que comme pis-aller.

En Égypte, vous avez le culte du phallus, en Grèce les amours d'Achille et Patrocle, et à Rome, vous entendez Horace recommander aux médecins, lorsqu'ils sont appelés dans une maison, de s'abstenir des séductions des femmes et des jeunes garçons libres ou esclaves. Ajoutez à cela le récit que nous fait Lucain des désordres scandaleux des gymnases, l'expression du vice féminin que nous a léguée la Grèce dans sa Sapho, et ce Romain (Jules César) qu'on appelait « le mari de toutes les femmes et la femme de tous les maris ». Rappelez-vous enfin, dans Virgile, l'épisode charmant de Nisus et Euryale, et, dans les satiriques, la description des *mystères* où Caligula se rendait habillé en femme.

En France, nous avons eu un mauvais moment avec Henri III et ses mignons ; — vous savez qu'il en avait épousé un ; — et puis avec Catherine de Médicis et son *escadron volant*. Vous n'ignorez pas que ces trois cents jeunes filles, chargées dans le principe d'user de leurs grâces pour retourner le cœur des protestants, avaient fini par convertir les hommes de la cour à autre chose qu'au catholicisme.

Plus près de nous, les musulmans, non contents de leurs harems dont on a d'ailleurs beaucoup exagéré le nombre, mettent aussi leur orgueil dans le luxe des petits garçons. Et, ces petits garçons, pour peu que leur seigneur et maître soit puissant, deviennent souvent eux-mêmes des personnages importants. C'est ainsi que, dans une colonie dernièrement annexée, nous avons vu ces favoris du souverain arrivés aux plus hautes positions.

A Saint-Pétersbourg, Batkine m'a montré la corporation des baigneurs : il est d'usage que les garçons de bain mettent leur personne à la disposition des gens qui viennent se baigner et ils réunissent en commun le produit de ces *jeux aristocratiques* (sic). Ils vivent aussi longtemps que d'autres et font même plus tard de bons pères de famille.

A Naples, depuis le coucher du soleil, on est poursuivi par des gens qui vous proposent : *bella ragazza;* fille ou garçon au choix.

Enfin, à Naples, en France, à Berlin, il existe de petits commis de pédérastie au service d'exploiteurs, dont voici le métier : ces jeunes garçons se mettent à la recherche d'amateurs; mais dès qu'un individu s'est laissé raccrocher, le patron surgit et le menace de le dénoncer à la police, s'il ne consent pas à délier sa bourse. Le malheureux n'ose jamais résister; une fois pincé, on ne le lâche plus que lorsque, pour ne pas être dénoncé et déshonoré, il s'est laissé sucer jusqu'à la dernière goutte de son sang. Dans la partie, cela s'appelle *faire de la politique*. Si un de ces industriels meurt ou se retire, il passe la suite des affaires à un ami et on se lègue cette victime, absolument comme un bon client dans une étude de notaire!

Un autre groupe est constitué par les aberrations génésiques morbides assez fréquentes chez les épileptiques, les idiots et les imbéciles. Je vous rappelle en passant que, souvent, le premier danger de ces êtres qu'on appelle à la campagne des simples ou des innocents est la pyromanie ou manie de faire du feu aux champs, dans les bois, dans les maisons, partout. Il y a peu d'années que la magistrature reconnaît ces idiots à forme impulsive, très dangereuse mais non criminelle.

Les habitudes simiennes — vous savez ce qui se passe au Jardin des Plantes, dans la cage aux singes — constituent aussi un des caractères de ces idiots, qui se livrent publiquement à la masturbation, sans aucune espèce de pudeur.

Cet ordre de faits peut entraîner quelquefois des conséquences désagréables ; c'est ce qui est arrivé du moins pour le docteur V..., alors interne des hôpitaux de Paris. Il avait été chargé par M. Baillarger d'accompagner dans sa famille un demi-imbécile de ce genre, qui paraissait guéri. A Étampes, montent dans le même compartiment une dame et deux demoiselles. Aussitôt, voilà ce garçon qui, en dépit des efforts désespérés de son conducteur, se met à se masturber furieusement et sans la moindre décence. Aussi, à Orléans, cette dame porte plainte et les deux voyageurs sont conduits au poste. M. V... invoque l'autorité de son chef de service qui accourt, mais l'affront n'en était pas moins reçu. Si vous vous trouvez jamais en pareilles circonstances, prenez vos précautions et louez un coupé pour vous seuls.

Quelquefois, les manifestations sont beaucoup plus graves et le danger ne réside pas seulement dans le scandale.

Un charcutier de l'île Saint-Louis avait pris comme garçon un demi-imbécile. Un jour que ce dernier était seul dans la boutique avec la fille de son patron, âgée de quinze ans et demi, il se jette sur elle, la renverse et la viole. On apprit alors qu'il n'était pas à son coup d'essai. Si cette forme impulsive violente se développe, elle peut aller jusqu'au meurtre.

Pour les épileptiques, je vous citerai l'exemple d'un médecin russe, marié, âgé de vingt-huit ans, ayant fait autrefois des excès féminins, et sujet à des accès génésiques suivis de prostration. Pendant ses crises, il se livrait, à Moscou, dans des maisons de tolérance, à des exercices qui rappelaient un des travaux d'Hercule. Puis, il restait quelques jours sans savoir ce qu'il faisait. Une fois, il s'embarqua à Marseille sur un bateau en partance pour Bombay. Au bout de deux ou trois jours, revenant à lui-même, il fut très surpris de se trouver là et descendit à Alexandrie.

Vous voyez qu'il est possible à un individu, qui accomplit régulièrement les actes de la vie ordinaire, de tomber à un moment donné dans l'inconscience et d'avoir complètement oublié, au réveil, ce qui s'est passé antérieurement.

Ce que j'ai vu, c'est un épileptique, n'ayant jamais fait d'excès vénériens, accomplir inconsciemment un attentat public à la pudeur. Un nommé Babet avait été arrêté, au moment où il suivait bêtement une jeune fille, après avoir sorti ses organes génitaux. Il est condamné à trois mois de prison, après lesquels son patron le reprend ; puis, au bout de trois ans, étant marié, il est arrêté de nouveau dans le même costume, suivant deux jeunes filles. Cette fois, le patron avoua qu'il y avait des lacunes chez ce garçon : ainsi, étant à son bureau, il se levait brusquement, prenait

ses papiers sous le bras, se promenait dans les magasins pendant dix minutes et revenait à son bureau, sans savoir ce qu'il venait de faire.

Il peut y avoir aussi une certaine irresponsabilité dans les attentats séniles à la pudeur. Car, dans l'immense majorité des cas, ce sont des vieillards qui violent des petites filles. Or, vous savez que, dans l'artério-sclérose, le cerveau s'anémie sensiblement.

Mais notez que ces individus, abêtis et déments, deviennent parfois méconnaissables sous l'influence d'une excitation. Conduisez, par exemple, un notaire chez un paysan dans cet état-là, pour lui faire faire son testament. Souvent, le bonhomme se réveille, dès que vous lui parlez du vieux bas où sont ses écus, et il dicte très bien ses volontés. Ceux qu'il a déshérités protestent et arguent de sa démence pour annuler le testament. Ici, le rôle du médecin légiste est très délicat. Chez ces vieux harpagons, il suffit de prononcer le mot d'argent pour susciter une lueur subite, comme dans une lampe encrassée où l'huile afflue tout d'un coup.

Des manifestations génésiques peuvent se rencontrer dans la période de début de la paralysie générale, qui demanderait à être décrite à nouveau. Remarquez que les troubles généraux précèdent souvent de beaucoup les symptômes immédiats. Aussi, lorsqu'un de vos clients viendra vous dire avec une désinvolture choquante : « Ma femme ne me suffit plus... J'ai une puissance génitale extraordinaire... avec cela, une facilité à faire des conquêtes, etc. ! » Méfiez-vous, quoique ce soit un des côtés par lesquels nous sommes le plus volontiers gascons, et prévenez la famille, car, sans cette précaution, si le malade vient à commettre plus tard un acte incorrect ou même délictueux, il vous sera peut-être impossible d'attester le début de la paralysie générale.

Or, vous pouvez considérer, comme un caractère particulier de cette période, le cynisme éhonté succédant à une vie régulière.

Il en est qui vont plus loin que les précédents dans leur pseudo-gâtisme. Ils s'adressent à qui que ce soit, homme ou femme, et, rebutés à droite, ils se retournent à gauche, allant de l'un à l'autre sans se décourager.

Quelques autres sont victimes d'une illusion. Ils ont un eczéma des bourses ou des hémorroïdes et ils s'imaginent que l'envie qu'ils éprouvent de se gratter indique un besoin génital à satisfaire.

Chez les vieillards, l'aberration génitale pédérastique est fréquente et il s'est trouvé un philosophe pour faire l'éloge de cet instinct. Schopenhauer prétend que la pédérastie sénile est dans la loi de la nature, qui, pour éviter la propagation de l'espèce par les vieillards, les pousse à déverser leur semence là où elle ne pourra rien féconder. — Je ne suis pas fâché que ce soit un auteur allemand, qui ait produit cette pensée !

Enfin, je vous ai déjà dit que l'alcoolisme pouvait conduire à la démence génésique. Il y a quelques années, un de vos camarades, en état d'ébriété, s'est livré en pleine rue à des actes qui auraient pu lui coûter plus cher, si la phrase du sergent de ville qui l'a arrêté ne l'avait sauvé. Le procès-verbal disait : « Monsieur était devant le café Riche et il urinait le dos tourné du côté de la muraille. » Il a été condamné seulement à 5 francs d'amende pour ivresse manifeste, mais il a maintenant un casier judiciaire, et c'est toujours un mauvais cadeau à recevoir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Luxations anciennes de la hanche.

L'opération que nous avons à faire ce matin est une réduction de luxation par le procédé dit de douceur. Il s'agit d'un homme, qui vient d'entrer dans nos salles pour une luxation de la hanche droite.

Cet homme, charretier ou cocher, était descendu de son siège, lorsqu'il fut bousculé par sa voiture, jeté contre une palissade voisine et renversé à terre, autant du moins qu'il s'en souvient, car il ne paraît pas avoir une idée bien nette de l'accident qui lui est arrivé, accident auquel il avait attaché si peu d'importance qu'il ne peut pas nous en dire la date exacte. Il sait seulement que cela a eu lieu du premier au trois du mois dernier.

Ramené chez lui aussitôt après, il a été examiné par un médecin, qui a méconnu la lésion dont il était atteint et s'est borné à prescrire le repos et des cataplasmes sur le point douloureux.

Cependant lorsque, au bout d'un certain nombre de jours, le malade a voulu se lever, il s'est trouvé dans l'impossibilité de marcher et, forcé de garder le lit, il est resté chez lui jusqu'au moment où, voyant que son impotence persistait avec une certaine déformation du membre, il s'est décidé à entrer à l'hôpital de la Charité.

C'est le lendemain matin que nous l'avons examiné ; nous avons trouvé alors la cuisse droite en état de flexion et de rotation en dedans, c'est-à-dire la pointe du pied tournée vers le membre inférieur du côté opposé. Cette demi-flexion de la cuisse sur le tronc était permanente et résistait à toutes les tractions que l'on aurait voulu exercer sur le membre. La main, appliquée sur le triangle de Scarpa, avait la sensation d'un vide, qui n'est pas très accentué, ainsi, d'ailleurs, que cela a lieu en pareil cas. D'autre part, la fesse était plus large, plus bombée et plus saillante que d'habitude ; les plis fessiers étaient un peu remontés au-dessus de leur niveau normal, ils étaient aussi légèrement effacés. Enfin, dans la fosse iliaque, en arrière, on constatait l'existence anomale d'une tumeur dure et ronde formée par la tête du fémur. En résumé, donc, nous étions en présence d'une luxation du fémur droit, remontant à cinq semaines environ, pour laquelle aucune tentative de réduction n'avait été faite, qui n'avait jamais été soignée, luxation suivie de raccourcissement du membre inférieur droit avec demi-flexion et rotation en dedans, vide dans le triangle de Scarpa, saillie, au contraire, de la tête du fémur en arrière dans la fosse iliaque, saillie plus prononcée qu'à l'état normal du grand trochanter, lequel était plus porté en arrière que d'habitude, c'est-à-dire situé sur un axe général postérieur à l'axe normal, et avait son sommet remonté. D'où le diagnostic de luxation iliaque du fémur droit sans complication apparente de fracture, car nous n'avions constaté aucune douleur ni aucun empâtement périphérique.

L'année dernière, je vous ai fait une leçon sur le même sujet ; à propos d'un malade entré dans nos salles pour une luxation iliaque assez semblable à celle qui nous occupe aujourd'hui. Cette luxation de l'an dernier, nous avions cherché en vain à en obtenir la réduction et nous avions conclu à une non-intervention opératoire nous basant sur ces trois faits : 1° que la luxation datait de plus de six mois (peut-être même remontait-elle à neuf mois) ; 2° que le malade pouvait continuer à marcher tant bien que mal, l'im-

potence n'étant pas absolue; 3° que le membre était dans une bonne position verticale. A l'occasion de ce malade, je vous parlais des indications générales des luxations anciennes et récentes de la hanche et je vous fixais la marche thérapeutique des luxations irréductibles du fémur.

J'aurais désiré que cette question de l'irréductibilité et des indications thérapeutiques fût traitée dans la dernière session du Congrès de chirurgie; elle ne l'a pas été, ou du moins elle l'a été fort peu; je le regrette. Cependant deux observations nouvelles ont été présentées, l'une par M. Quenu, l'autre par M. Severano (de Bucharest). Le professeur de l'école de Roumanie nous a communiqué un cas dans lequel, après avoir échoué dans ses tentatives de réduction, il voulut, à l'exemple de Volkmann et de M. Polaillon, pratiquer l'arthrotomie. Mais, n'ayant pu l'amener à bien, il avait été conduit, pendant le cours de l'opération, à faire la résection de la tête du fémur, et à redresser le membre. Cette intervention chirurgicale avait été couronnée de succès; le malade avait guéri.

L'opération faite par M. Quenu est analogue; il s'agissait aussi d'une luxation de la jambe, datant de six semaines et irréductible. M. Quenu tenta avec M. Nélaton de faire l'arthrotomie et, ne réussissant pas à faire rentrer la tête du fémur, il la mit à nu, trouva la cavité cotyloïde absolument close, fermée, complètement inabordable, à tel point que, si au lieu d'opérer sur le vivant on eût eu affaire à un cadavre, on serait très difficilement arrivé, en disséquant tout autour, à remettre la tête du fémur en place. Ce que voyant, MM. Quenu et Nélaton firent comme Volkmann et M. Polaillon, ils réséquèrent la tête et redressèrent le membre dans une bonne attitude verticale.

Ainsi donc qu'on le voit, au bout d'un certain temps la cavité cotyloïde peut rester fermée à toute réintégration de la tête du fémur.

Mais je reviens à mon malade d'aujourd'hui. Cet homme n'a encore subi aucune opération, or, suivant une autre doctrine qui consiste à chercher à obtenir la réduction des luxations non par la méthode de force mais par le procédé de douceur qui, dans onze cas, a donné de bons résultats, je vais endormir à fond mon malade par le chloroforme et, à l'aide de tentatives manuelles et de pressions sans aucune violence, m'efforcer de réduire sa luxation.

THÉRAPEUTIQUE

Étude sur l'iodure de fer.

Par M. le Dr Delmis.

Le *Protoiodure de fer* est à la fois le ferrugineux et le reconstituant le plus usité de la médication toni-analeptique : il doit cette vogue sans cesse croissante à sa composition double, qui le fait participer en même temps des propriétés *recorporantes* du fer et *altérantes* de l'iode; et s'il agit avant tout comme sel de fer pour modifier les dyscrasies sanguines, transitoires ou constitutionnelles, il est parallèlement non moins efficace par son iode, pour modérer les combustions organiques et ralentir les phénomènes nutritifs.

Aussi les indications du protoiodure de fer ne sont-elles pas, à l'exemple de ses congénères martiaux, limitées au traitement des chloro-anémies; elles s'étendent aux principaux états diathésiques tels que la tuberculose, la lympho-scrofule et la syphilis, dans lesquelles ses propriétés plasmiques et globulaires sont fréquemment utilisées et déterminent un grand nombre de cures remarquables.

Le protoiodure de fer, substance éminemment soluble, est facilement absorbé par le système circulatoire, où il se décompose partiellement, pour être éliminé; l'iode se retrouve rapidement dans l'urine à l'état d'iodure de sodium, tandis que l'apparition du fer sous forme d'oxyde de fer est plus tardive. Mais ce qui individualise le protoiodure de fer, c'est l'absorption de son fer à l'état de protoiodure de fer, qui passe en nature dans la plupart des liquides sécrétoires physiologiques, salive, lait, mucus bronchopulmonaire, sueur. L'honneur de cette découverte fondamentale revient aux mémorables expériences de Claude Bernard, et elle nous permet d'interpréter l'action antimicrobienne, jusqu'à ce jour inexpliquée, que plusieurs cliniciens ont reconnue au protoiodure de fer dans la tuberculose et la furonculose.

Le protoiodure de fer, mentionné par le *Codex*, est un sel verdâtre, quelque peu hydraté (4 ou 5 molécules d'eau), astringent, fusible, volatil et déliquescent; au contact de l'air et surtout de l'air humide, il est aisément dédoublé en iode qui s'évapore ou s'oxyde, et en oxyde de fer; lorsque l'intervention de l'oxygène atmosphérique se prolonge, l'acide iodique formé se combine avec l'oxyde de fer; l'iode et l'iodate libres qui en résultent, souvent mélangés de sulfates et de chlorures, lorsque l'iodure de fer employé etait primitivement impur, transforment les propriétés natives de ce précieux agent; pur, il n'exerce qu'une action tonique insignifiante; altéré, il devient nocif et peut provoquer des troubles d'irritation gastro-intestinale, capables de compromettre l'intervention thérapeutique. L'iode libre est lui-même un véritable caustique pour la muqueuse stomacale.

On peut déduire des considérations précédentes que le *protoiodure de fer* est difficilement obtenu à l'état chimiquement pur et que cette condition est indispensable pour obtenir la somme d'activité thérapeutique qui lui est propre. D'où l'obligation pour le médecin de ne prescrire qu'un iodure de fer absolument pur. Or celui-ci, en raison des difficultés qui entourent sa manipulation, ne pouvant être préparé qu'exceptionnellement dans le laboratoire ordinaire, c'est au praticien de choisir une préparation spéciale, qui lui offre toutes les garanties exigibles.

Les *préparations d'iodure de fer de Gille*, connues et expérimentées depuis quarante ans par les médecins, réunissent au plus haut point la fixité et l'inaltérabilité que doit réaliser l'iodure de fer thérapeutique.

Ces préparations sont au nombre de deux : *Dragées* et *Sirop*.

1° Les *Dragées*, dont chacune représente 5 centigrammes de protosel, exactement dosées, sont recouvertes par un enrobage inaccessible à l'air humide, mais parfaitement soluble dans les liquides digestifs, et qui favorise singulièrement la dilution complète de l'iodure dans le suc gastrique; c'est là un point de supériorité indéniable sur la forme pilulaire, rejetée par un grand nombre de médecins parce que trop souvent la pilule d'iodure de fer, comme tous les similaires, traverse le tube intestinal sans être attaquée ni dissoute.

L'iodure de fer de ces dragées ne noircit pas les dents, ne communique aucune fétidité à l'haleine, ni saveur styptique à la bouche; il ne donne jamais lieu à aucune manifestation gastralgique. Cette innocuité est la conséquence de son inaltérabilité constante.

Enfin elles présentent, par la modicité de leur prix, l'avantage d'un traitement iodo-ferrugineux à bon marché.

2° Le *Sirop*, dont chaque grande cuillerée répond à 10 centigrammes d'iodure ferreux, jouit des mêmes propriétés que les *Dragées*, et il conserve ce sel indécomposé.

La saveur de ce *Sirop* ne laisse aucun arrière-goût atramentaire, ce qui est l'écueil de la plupart des sirops ferrugineux : ce privilège tient à la stabilité invariable de l'iodure de fer incorporé.

Son goût, uniformément agréable, en facilite l'administration chez les enfants de tout âge et fait de ce médicament le reconstituant le plus appréciable de la médecine infantile, le succédané presque toujours préféré de l'huile de foie de morue.

Le sirop de protoiodure de fer convient encore aux personnes délicates ou dysphagiques, aux hystériques particulièrement, et aux neurasthéniques, qui ne peuvent avaler l'iodure de fer solide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Trachéotomie avec chloroformisation. — M. Le Dentu fait un rapport sur quatre observations de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), relatives à des opérations de trachéotomie avec chloroformisation.

Après des considérations préliminaires dans lesquelles il s'attache à montrer que, depuis l'époque de la publication du remarquable traité de MM. Maurice Perrin et Ludger-Lallemand sur l'anesthésie, le champ des contre-indications de la chloroformisation s'est singulièrement rétréci, le rapporteur donne l'analyse des quatre observations de M. Houzel. L'auteur y fait remarquer que le chloroforme, loin d'augmenter l'asphyxie, a régularisé et ralenti la respiration, que de faibles doses ont suffi pour anesthésier des malades dont la résistance vitale était amoindrie, que la période d'excitation a manqué, que le réveil n'a été suivi ni de nausées, ni de vomissements. Étant admis ces faits, M. Houzel pense que la chloroformisation n'offre pas plus de danger dans le cours d'une trachéotomie que dans toute autre circonstance, mais à la condition que l'asphyxie ne soit pas parvenue à son dernier terme. En pareil cas, si l'anesthésie n'expose pas à un plus grand péril, du moins elle est inutile, puisque l'asphyxie atténue la sensibilité générale et peut même l'éteindre entièrement.

Dans la trachéotomie préliminaire ou préventive, M. Le Dentu ne voit aucun inconvénient à donner le chloroforme, puisque les voies aériennes sont libres et que le malade n'est pas en état d'asphyxie commençante.

Plus discutables sont les faits de trachéotomie ayant pour but de combattre l'asphyxie commençante ou confirmée.

Parmi ces faits, M. Le Dentu distingue les asphyxies purement mécaniques et les asphyxies spasmodiques. Dans le premier cas, le chloroforme ne peut guère qu'exagérer la stase sanguine dans les poumons; il augmente le danger. S'il s'agit, au contraire, d'une asphyxie purement spasmodique, l'anesthésie devient rationnelle. Elle peut par elle-même suspendre l'asphyxie commençante, l'opération ayant lieu sur un être déjà soulagé par la cessation du spasme des voies aériennes supérieures. Dans les cas où il y aurait doute sur la nature mécanique ou spasmodique du mal, ou participation de ces deux facteurs, le chloroforme reste le meilleur moyen de déterminer la part d'action de chacun d'eux.

Dans les cas de croup, les premières inhalations de chloroforme devraient servir de *criterium*. Si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, si la teinte cyanique des téguments de la face tend à s'atténuer, on est autorisé à continuer. Si ces changements favorables n'ont pas lieu tout de suite, la chloroformisation est contre-indiquée.

Avec M. Houzel, M. Le Dentu repousse la chloroformisation comme périlleuse dans tous les cas où l'asphyxie déjà très prononcée peut faire craindre la mort pendant l'opération; dans tous ceux où l'on ne serait pas sûr de ses aides ou de soi-même.

En résumé, il est bon de savoir, dit M. Le Dentu, que le péril de la chloroformisation, dans les circonstances déterminées plus haut, ne doit pas arrêter la main du chirurgien, et nous devons savoir gré à M. Houzel d'avoir contribué à le démontrer.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion, étant à Cannes, d'opérer un enfant atteint de croup à la période d'asphyxie confirmée. L'opération avait pour témoin le docteur West (de Londres) qui exprima à M. Lucas-Championnière son étonnement de voir qu'il n'avait pas employé le chloroforme, ajoutant que l'anesthésie était couramment mise en usage à Londres, dans des cas semblables.

Depuis cette époque, M. Lucas-Championnière a pratiqué deux fois la trachéotomie avec chloroforme sur des adultes en état d'asphyxie produite par des tumeurs du larynx et, chaque fois, il a été frappé de la diminution de l'asphyxie dès les premières inhalations.

M. Terrier est étonné d'entendre dire que la trachéotomie avec anesthésie est une chose nouvelle. Depuis longtemps, en effet, la trachéotomie sous le chloroforme est pratiquée méthodiquement en Angleterre et en Amérique. A Paris, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Gouguenheim, toutes les opérations de trachéotomie sont faites après chloroformisation.

M. Richelot rappelle que, chez l'adulte (une des observations de M. Houzel a trait à une dame de trente-quatre ans), il y a une opération qu'on devrait presque toujours substituer à la trachéotomie, qui est d'une extrême simplicité, qui dure une minute, et qui par conséquent supprime toute discussion sur l'opportunité de l'anesthésie : c'est la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Depuis que la valeur de cette opération a été reconnue par tous les chirurgiens qui l'ont mise à l'épreuve et signalée à la Société de chirurgie, il y a lieu de s'étonner qu'il n'en soit plus question et qu'on semble oublier qu'il y a mieux à faire, chez l'adulte, que la trachéotomie.

M. Verneuil a fait, en 1862, à l'hôpital de Lourcine, une thyroïdotomie sous le chloroforme, chez une malade qui avait un polype laryngien de mauvaise nature, dont l'ablation nécessitait une large ouverture du larynx. Dès les premières inhalations, la respiration, qui était haletante, se régularisa et l'opération s'acheva sans accident.

Depuis cette époque, M. Verneuil a très fréquemment employé l'anesthésie pour des opérations pratiquées sur le larynx toutes les fois qu'il existait de la douleur; il s'abstient lorsque le malade est dans un état de somnolence, de torpeur qui rend la chloroformisation inutile.

On ne saurait trop répandre, dans le monde médical ou non médical, l'idée de l'utilité qu'il y a de chloroformer les malades auxquels on pratique la trachéotomie. Trop souvent le chirurgien est arrêté par la vive répugnance des familles, encouragée par la répugnance non moins vive de leurs médecins. Il est bon qu'une parole autorisée apprenne aux médecins et aux familles que l'anesthésie, dans l'opération de la trachéotomie, est très nettement et formellement indiquée.

M. Léon Le Fort se rappelle qu'il y a trente-trois ans, alors qu'il était interne de Barthez, ses camarades et lui pratiquaient fréquemment la trachéotomie sous le chloroforme. Cette méthode était de pratique courante dans le service et on l'employait toujours, excepté dans les cas où l'enfant était en état de mort apparente. M. Le Fort ne croit pas que le chloroforme soit indiqué dans l'asphyxie de cause spasmodique, car il donne d'abord une période d'excitation qui augmente le spasme et pendant laquelle le malade peut succomber.

M. Berger ne pense pas que la chloroformisation, dans les états spasmodiques, soit aussi dangereuse que veut bien le dire M. Le Fort; il est, au contraire, sur ce point, de l'avis de M. Le Dentu. Dans trois cas d'opérations sur des tétaniques, il a remarqué l'action favorable du chloroforme sur la régularisation des mouvements respiratoires. Il estime en outre que le même agent, au lieu de diminuer l'action cardiaque, comme on l'en accuse, la relève, au contraire, en supprimant la douleur qui est fréquemment la cause de la dépression cardiaque et de l'arrêt du cœur.

M. Le Dentu répond à M. Terrier que, si la trachéotomie sous le chloroforme est pour lui une opération élémentaire et de pratique courante, elle ne l'est pas à coup sûr pour la généralité des médecins. Car, ainsi que le rappelait tout à l'heure M. Verneuil, les sept huitièmes des praticiens s'opposent à ce que l'opération ait lieu sous le chloroforme. Dans les recherches qu'il a faites, M. Le Dentu n'a pas trouvé une seule observation de trachéotomie sous le chloroforme, ni dans la revue de M. Hayem, ni dans les dictionnaires les plus récents. Il croit donc avoir fait une chose utile en soulevant ce débat au sein de la Société de chirurgie.

Pathogénie des cystites. — M. Doyen (de Reims) lit un travail *sur la pathogénie des cystites et des néphrites, et sur la relation des calculs vésicaux avec les microbes.* (Comm. : M. Schwartz.)

La séance est levée.

Séance du 7 avril 1887. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

La trachéotomie et la chloroformisation. — M. Terrier à propos du rapport de M. Le Dentu (voir plus haut), rappelle que

dans la séance du 28 novembre 1883, M. Gouguenheim, dans une communication à la Société de chirurgie, insista sur la chloroformisation dans la trachéotomie ; trois ans après, un des internes de M. Gouguenheim faisait une thèse sur ce sujet. En 1855, dans la *Gazette des hôpitaux*, Chassaignac s'élève contre l'anesthésie dans la trachéotomie ; toutefois il cite des faits où le chloroforme a rendu de grands services dans cette opération. En Angleterre, plusieurs travaux mentionnent les avantages de l'anesthésie dans la trachéotomie. En Allemagne, elle est entièrement acceptée. M. Terrier cite plusieurs auteurs allemands, qui, depuis 1866, emploient couramment le chloroforme dans ces cas, et mentionnent son influence heureuse sur le spasme laryngien chez les enfants. Un auteur allemand donne une statistique de 567 opérations de trachéotomie faites sous l'influence du chloroforme. La chloroformisation est acceptée par M. Duret dans sa thèse d'agrégation en 1880. Passavant, en 1883, déclare très nettement l'utilité de l'anesthésie dans la trachéotomie, sauf dans les cas d'asphyxie commençante où elle est inutile. Il est donc démontré que l'emploi de l'anesthésie dans la trachéotomie est de date ancienne.

Ostéotomie trochléiforme. — M. DEFONTAINE (du Creusot) présente un jeune homme guéri par lui d'une ankylose osseuse rectiligne du coude, et M. Terrier, rapporteur, appelle l'attention sur la nouvelle méthode à laquelle a eu recours M. Defontaine qui la désigne sous le nom d'ostéotomie trochléiforme. L'articulation a été rétablie par une section courbe, faite avec une scie à lame étroite, dite scie à chantourner, passant au-dessous de l'épitrochlée et de l'épicondyle, au-dessus de l'olécrane et de l'apophyse coronoïde. On taille ainsi une extrémité humérale convexe dans le sens antéro-postérieur, emboitée dans une surface antibrachiale concave, faisant en sorte de reproduire aussi bien que possible la courbure d'une trochlée emboitée dans l'échancrure sigmoïdienne.

Des incisions latérales verticales, suivies du décollement des parties molles descendant en arrière jusqu'à l'insertion du triceps, en avant jusqu'à celle du brachial antérieur, ont permis de passer la scie et de guider son action. Deux petits traits de scie complémentaires, abattant de minces parcelles osseuses, ont été nécessaires pour corriger le résultat obtenu d'emblée en chantournant.

Le point important dans la suite étant d'empêcher une nouvelle soudure osseuse, le membre fut placé dans un appareil à tiges latérales articulées dans l'axe de rotation de la nouvelle articulation (ligne épitrochléo-épicondylienne), et écartées au niveau du coude pour permettre les pansements. Grâce à cet appareil, on imprima, dès les premiers jours, des mouvements d'extension et de flexion, le membre restant toujours soutenu.

La guérison fut complète en moins de deux mois. L'opération a été faite il y a juste un an et depuis dix mois l'opéré a rempli les pénibles fonctions de manœuvre aux usines du Creusot. Il soulève et tient aussi longtemps que l'on veut 50 kilogrammes ; il fait de même à bras tendu avec deux chaises. Il ne fait pas mieux du côté sain. L'extension est presque parfaite, la flexion dépasse notablement l'angle droit. L'étendue des mouvements est de plus de 90°.

Le résultat de cette ostéotomie trochléiforme ou création artificielle d'une articulation imitant l'articulation normale peut être très avantageusement comparé aux résultats les plus vantés des résections ; tant au point de vue de la solidité, que de la promptitude avec laquelle le résultat utilisable pour le travail a été acquis. Enfin, la facilité, la précision et la force des mouvements sont véritablement remarquables.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que les résections ordinaires avec ablation d'une notable étendue d'os peuvent donner une aussi grande mobilité et sont des opérations plus faciles que celles qui, cherchant à retrancher le moins d'os possible, sont par ce fait plus compliquées.

M. TERRIER répond qu'une résection aurait pu donner un bras moins solide, tandis que tous ses collègues ont été frappés du résultat obtenu, qui est véritablement parfait. Enfin, l'opération faite par M. Defontaine ne présente pas dans son exécution des difficultés capables de rebuter un chirurgien exercé, et si on songe à la peine de l'opérateur qui attaque, pour le réséquer, un coude ankylosé dans l'extension et absolument inflexible, on voit que les autres méthodes ont aussi leurs difficultés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve que le résultat obtenu par M. Defontaine est inférieur à celui d'une bonne résection du coude qui est une opération beaucoup plus simple et dont les résultats sont beaucoup plus rapides. M. Lucas-Championnière cite plusieurs cas dans lesquels il a pratiqué cette opération avec le plus grand succès. Les mouvements obtenus sont tout aussi complets que ceux du malade de M. Defontaine. Plus on enlève de parties osseuses, plus on a de chance d'obtenir la totalité des mouvements.

M. TERRIER dit qu'une résection donne des résultats aléatoires, tant au point de vue des fonctions qu'au point de vue de la force du membre. Il est vrai qu'avec une aseptie complète on peut espérer de très bons résultats. Il ajoute que l'opération, faite par M. Defontaine, n'est pas aussi complexe ni aussi difficile que semble le croire M. Lucas-Championnière. Quant au résultat obtenu, il est aussi parfait que possible.

Kyste hydatique du foie traité par l'incision. — M. SEGOND, en son nom et au nom de M. Landouzy, communique une observation de kyste hydatique de la face convexe du foie, traité par l'incision large et l'excision d'une partie de la poche et du tissu hépatique qui la recouvrait.

Il s'agit d'un jeune pâtissier de quinze ans, qui entre à l'hôpital avec les signes d'un kyste du foie et des accidents très graves de fièvre et même de septicémie. Au moment où M. Segond se disposait à pratiquer une ponction exploratrice et peut-être curative, cet enfant eut une vomique et remplit une cuvette de vésicules. Le diagnostic de kyste hydatique était donc confirmé. Le malade alla bien pendant quelque temps, puis la poche se remplit de nouveau et bientôt apparurent des accidents si graves que MM. Segond et Landouzy crurent devoir intervenir. Une large incision fut pratiquée parallèlement au rebord des fausses côtes ; le kyste étant largement ouvert, M. Segond fit la résection d'une partie de la poche et du tissu hépatique qui la recouvrait. L'opération ne présenta, par elle-même, aucune complication et la température, qui était de 40 degrés avant, tomba le soir même à 37 degrés. Malheureusement il n'en fut pas de même des suites, cet enfant contracta une broncho-pneumonie et un érysipèle : il y avait, à ce moment, une épidémie d'érysipèles à l'hôpital. Au cours de cette affection, il se forma un abcès au niveau des fausses côtes, qui dut être ouvert par une large incision parallèle à l'incision de l'opération. Il restait un trajet fistuleux, réunissant la cicatrice opératoire à la cicatrice de l'abcès, et à chaque mouvement d'inspiration, par suite des adhérences qui s'étaient établies entre cette dernière cicatrice et les fausses côtes, le malade agrandissait son trajet fistuleux qui persista ainsi assez longtemps. L'immobilisation de la région et quelques cautérisations parvinrent cependant à faire disparaître ce trajet fistuleux et voilà bientôt deux ans que ce malade est complètement guéri.

M. RECLUS croit que la résection partielle de la poche n'abrège pas la guérison. Elle ne procure pas toujours non plus la déclivité nécessaire pour le drainage. Dans les cas où la partie postérieure du kyste est refoulée par la dilatation intestinale, la déclivité s'obtient tout naturellement, c'est pourquoi M. Reclus n'est pas aussi partisan de la résection du tissu hépatique.

M. SEGOND répond qu'en effet, la paroi postérieure est soulevée par la masse intestinale, mais, en raison de la minceur du tissu hépatique qui recouvrait le kyste en avant, la plaie cutanée se trouvait au-dessous du niveau du fond de la poche.

La séance est levée à cinq heures.

Par décret, en date du 8 avril 1887, M. René Goblet, président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, a été chargé de l'intérim du ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, pendant l'absence de M. Berthelot.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 20991

N° 46. — MARDI 12 AVRIL 1887. 60e ANNÉE MARDI 12 AVRIL 1887. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. PETER

Fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale.

Au n° 9 de notre salle des hommes, nous avons, depuis quelques jours, un jeune garçon de dix-huit ans qui, malgré son âge, présente le véritable type infantile; à peine lui donnerait-on quatorze ans. Vous savez que l'infantilisme est une prédisposition à la tuberculose; qu'il exprime la débilité fondamentale de l'organisme; il en est de même du féminisme, lequel est caractérisé, comme vous le savez également, par une voix grêle et la conservation de ces formes de l'enfance qui les rapprochent de celles de la femme.

Or, ce jeune garçon est atteint d'une dothiénentérie des plus graves aujourd'hui. J'ouvre ici une parenthèse pour vous rappeler que cette affection, chez l'enfant, n'a pas la même gravité que chez l'adulte; que la fréquence du pouls chez le premier n'a pas la même importance que chez le second; de plus que le pouls, dans la dothiénentérie ordinaire chez l'adulte, n'est pas très fréquent, et qu'il oscille entre 96 et 104, bien que la température puisse s'élever à 39 et même à 40 degrés. Mais, dès que ce pouls, *chez l'adulte* qui atteint l'âge de vingt à vingt-cinq ans, s'élève à 110, 115, 120, le pronostic s'aggrave; à plus forte raison est-il fort grave, si le chiffre de 120 est dépassé. C'est donc la fréquence du pouls, et non la température du corps, qui fait la gravité de la fièvre typhoïde. Chez l'enfant, au contraire, 120 pulsations n'indiquent pas une aggravation sérieuse du pronostic.

Si donc, vu l'infantilisme de notre malade, j'avais pu faire, ces jours derniers, quelques réserves au sujet de la fréquence de son pouls, maintenant il n'en est plus de même, car hier les pulsations étaient au nombre de 140 et ce matin de 148! De plus, le pouls était irrégulier. Ces désordres dans la fréquence et le rythme des pulsations sont un phénomène extrêmement grave, en ce qu'ils indiquent des troubles profonds du côté du plexus cardiaque, tellement grave même, dirai-je, que je considère aujourd'hui mon malade comme devant succomber, d'ici à un jour ou deux, peut-être même ce soir. Et il mourra de par son système nerveux.

D'ailleurs, quand je le vis pour la première fois, il présentait certain phénomène, qui indiquait déjà une perturbation profonde du côté du système nerveux; je veux parler de ces mouvements continus de latéralité de la tête analogues à ceux que vous avez pu remarquer, au Jardin des Plantes, chez l'ours blanc. Et ceci me rappelle ce que j'ai eu l'occasion d'observer, il y a maintes années, chez un enfant de sept mois atteint de la fièvre typhoïde — fait très rare — qui présentait ces mouvements d'ours blanc au suprême degré, à un tel point même qu'il en usa non seulement ses cheveux, mais encore le cuir chevelu, lequel, au bout de peu de jours, se trouvait recouvert en un point donné d'une véritable escharre.

Notre malade d'aujourd'hui avait aussi, à son arrivée, un certain degré de roideur de la nuque, comme dans la méningite vraie, due à une hyperhémie méningée. Il avait aussi de la photophobie — elle persiste ce matin — ainsi que cette rougeur de la conjonctive, qui est le premier degré de la conjonctivite, à laquelle succède, en pareils cas, de la conjonctivo-kératite, puis l'ulcération et la perforation de la cornée, enfin la fonte de l'œil, comme on l'observe quelquefois dans la fièvre typhoïde de même que dans la méningite grave.

D'autre part, avant-hier, la respiration était devenue extrêmement fréquente, véritable dyspnée d'ordre nerveux, car l'état des bronches et des poumons ne pouvait l'expliquer. Elle nous montrait que les pneumogastriques étaient troublés aussi dans leurs fonctions; du reste, la pression exercée sur leur trajet, dans la région du cou, était devenue douloureuse.

En résumé, il s'agissait de la forme cérébro-spinale, de la forme ataxique, de la dothiénentérie. Le pronostic, déjà grave alors, est aujourd'hui celui d'un péril absolu. J'ajoute que notre malade avait une sorte de mâchonnement et une émaciation prononcée du thorax, aussi ne serais-je nullement surpris de trouver dans ses poumons — si l'autopsie a lieu — des granulations tuberculeuses.

Mais qui nous dit que ce garçon a plutôt une fièvre typhoïde qu'une méningite tuberculeuse, dont il offre une partie de la symptomatologie? Je réponds : parce qu'il porte sur son corps l'étiquette de la dothiénentérie, c'est-à-dire des taches rosées lenticulaires. Ces taches sont situées

en leur point d'élection, non pas sur le ventre, comme on l'a prétendu, mais à la base du thorax, dans la région dorsale. C'est en ce point qu'on doit toujours les chercher tout d'abord, car s'il n'y en a qu'un petit nombre, c'est là que vous les rencontrerez de préférence à la paroi abdominale.

Notre malade avait aussi la rate grosse et douloureuse; elle mesurait, dans son diamètre longitudinal, 12 centimètres au lieu de 7 à 8 que nous aurions dû trouver, vu son âge et son aspect infantile. Vous savez que la percussion d'une rate saine détermine le rire, tandis que celle d'une rate tuméfiée, malade, amène des gémissements. Il y a là une perversité curieuse de la sensibilité de l'organe splénique, que nous avons constatée chez notre malade avec, en plus, du ballonnement du ventre et de la diarrhée.

Notre diagnostic, en somme, aurait donc pu être difficile au début, à cause des troubles nerveux intenses, du mal de tête et de l'hyperhémie méningée; mais, en nous enquérant des prodromes, des antécédents morbides pendant les jours précédents, en constatant la fréquence du pouls et la comparant à la température, puis enfin en voyant, dès le neuvième jour, apparaître les taches rosées lenticulaires, toute hésitation — si nous en avions eu — eût cessé et le diagnostic ferme de fièvre typhoïde eût été certain : fièvre typhoïde à forme cérébrale ou mieux cérébro-spinale et à pronostic grave.

Quant à l'hyperthermie, qu'elle existe ou non, elle n'a que peu d'importance au point de vue du pronostic; ce n'est pas elle qui fait la gravité de la dothiénentérie, mais la fréquence du pouls, les phénomènes nerveux, etc., en un mot, l'ensemble des troubles fonctionnels.

Deux mots, maintenant, sur le traitement auquel il faut avoir recours, sur les moyens thérapeutiques que nous avons mis en usage chez notre jeune malade. Nous l'avons traité par l'hydrothérapie, c'est-à-dire par des lotions froides d'eau et de vinaigre à parties égales, à la température ambiante, lotions répétées à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures et qui, chaque fois, amènent une amélioration, un soulagement véritable, au moins pour quelque temps. Nous n'avons pas plongé le malade dans l'eau froide, parce que les symptômes ont pris tout à coup, dès hier, une gravité extrême, une gravité telle que nous avions à redouter de voir le malade succomber, dans son bain froid, par suite du choc que celui-ci aurait produit sur son système nerveux déjà si fortement ébranlé par la maladie, qu'il aurait pu ne pas y résister. Ce serait, sachez-le bien, une grave imprudence que de plonger dans un bain froid un malade, dont la fréquence extrême du pouls et ses irrégularités dénotent des troubles véritables et profonds du côté du plexus cardiaque.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. PONCET.

Transplantation osseuse interhumaine (greffe massive dans un cas de pseudarthrose du tibia gauche chez un jeune homme de dix-neuf ans (1).

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie une observation de greffe osseuse *massive* : il s'agit de la transplantation d'une moitié de la première phalange du gros orteil d'un adulte, dans un foyer de pseudarthrose du tibia, les parties molles étant cicatrisées depuis longtemps et l'intervalle qui séparait les deux extrémités tibiales mesurant 4 centimètres environ.

Le malade qui reçut le transplant osseux est un jeune homme de dix-neuf ans qui, le 25 novembre 1885, fut atteint, dans un éboulement, d'une fracture compliquée de la jambe siégeant à la partie moyenne. Le fragment supérieur faisait hernie à travers la peau; des accidents phlegmoneux entraînèrent une nécrose étendue des extrémités fracturées, et, lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, au mois de décembre 1886, la plaie était complètement cicatrisée : il n'y avait aucune trace de consolidation. Les deux fragments osseux, plutôt atrophiés qu'hyperostosés, étaient séparés par un intervalle de 35 à 40 millimètres; ils n'étaient en continuité profondément que par un cordon de peu d'épaisseur faisant corps avec la cicatrice cutanée déprimée entre les deux extrémités du tibia. Quant au péroné, qui ne paraissait pas avoir été fracturé et qui, dans tous les cas, s'était consolidé sans déformation, il mesurait la même longueur que le péroné opposé. Formant attelle, il s'était opposé au rapprochement des extrémités fracturées : ainsi s'expliquait la pseudarthrose. On devait songer, en pareil cas, comme traitement, soit à la greffe osseuse, soit à la résection du péroné, enlevant au niveau de la pseudarthrose une longueur de cet os, égale à la solution de continuité du tibia, de façon à pouvoir mettre en contact les moignons osseux avivés. Je me décidai pour la première intervention chirurgicale, en tenant compte de sa simplicité, de son innocuité et du désir exprimé par le malade.

Le 19 janvier dernier, une amputation de la jambe droite au lieu d'élection, pratiquée chez un homme de quarante-trois ans, qui avait eu, quelques heures auparavant, la jambe broyée par une roue de wagon, me fournit la matière ostéoplastique. Ce sujet était sain, vigoureux, sans aucune tare pathologique. Je choisis la première phalange du gros orteil en raison de son volume, de ses dimensions; elle paraissait devoir mieux combler l'intervalle entre les deux fragments; sa structure, en partie spongieuse, justifiait en outre ce choix. Les deux extrémités articulaires, recouvertes des cartilages diarthrodiaux, furent retranchées sur une hauteur de 3 à 4 millimètres et la phalange partagée en deux suivant son grand axe, avec une scie fine d'horloger. Une des moitiés, longue de 26 millimètres, large de 10 millimètres environ, fut laissée, pendant trois minutes, dans une solution tiède de sublimé à $\frac{0,50}{1000}$, pour la rendre aseptique. Le malade de la pseudarthrose ayant été anesthésié, on mit à découvert, par une incision cruciale, un cordon fibreux, blanchâtre, du volume d'une plume d'oie, ne renfermant aucun noyau osseux, et constituant un pont cicatriciel entre les deux extrémités fracturées. Ce tissu fut incisé avec soin suivant sa longueur, et les deux fragments du tibia, un peu raréfiés, furent aisément avivés avec des petites cisailles. Une moitié de la phalange fut placée entre les extrémités osseuses; elle reposait, par sa portion spongieuse, au fond de la gouttière fibreuse dont on ramena les bords sur sa face périostique, à la partie moyenne, par un point de suture avec un fil fin de catgut. Par son extrémité inférieure, elle était en contact avec l'extrémité tibiale correspondante, mais elle était distante du fragment supérieur de 5 à 6 millimètres.

Les bords de la plaie cutanée ne furent pas réunis. Soins antiseptiques minutieux. Immobilisation du membre dans une attelle plâtrée.

Huit jours après, lorsqu'on enleva le premier pansement, la greffe, de coloration blanchâtre, était dépouillée de son périoste sur la plus grande partie de son étendue; des bourgeons charnus de belle apparence l'entouraient.

Lors du deuxième pansement, un mois après, elle était recouverte, dans ses deux tiers au moins, par des bourgeons qui l'encastraient et paraissaient la fixer solidement au fragment inférieur, en haut elle était mobile, mais cependant en continuité avec l'extrémité tibiale par une couche de granulations. On la trouvait dénudée sur une longueur de 4 à 5 millimètres.

Le 21 mars, soixante-deux jours après la transplantation, la

(1) Observation communiquée à l'Académie des sciences, dans sa séance du 28 mars 1887.

greffe est recouverte presque complètement par de beaux bourgeons nivelés. Sur un point, répondant à sa partie moyenne, on l'aperçoit dénudée, d'une teinte blanc rosé, et le stylet perçoit une surface dénudée de 3 à 4 millimètres carrés.

L'intervalle entre les deux extrémités de la pseudarthrose est en grande partie comblé, mais il reste de la mobilité. Ne sachant pas exactement à quoi m'en tenir sur la vitalité du tissu transplanté, voulant hâter la guérison du malade retenu au lit depuis dix-sept mois, je me décidai à pratiquer la seconde opération capable de donner une consolidation utile pouvant permettre l'usage du membre. Après avoir réséqué 6 millimètres du péroné au niveau de la pseudarthrose, j'enlevai la greffe et j'avivai les extrémités tibiales pour les mettre en contact. La moitié de phalange transplantée s'était bien réellement greffée, elle vivait dans toute sa masse. A peine fixée au fragment supérieur, dont elle était séparée par une couche de bourgeons épaisse de 5 à 6 millimètres, elle se continuait directement avec le fragment inférieur auquel elle adhérait intimement. En avant et en dehors, recouverte par des bourgeons de plus en plus feutrés et formant profondément une membrane d'enveloppe continue, elle ne pouvait être libérée qu'avec un détache-tendon; par sa face spongieuse elle se confondait avec la gaine fibreuse sous-jacente.

L'adhérence avec l'extrémité tibiale voisine était solide, [résistante, non pas que les deux faces osseuses fussent cimentées ensemble ; on pouvait, en tirant, les écarter l'une de l'autre de 1 à 2 millimètres; mais elles étaient unies par une gaine fibreuse, épaisse, nouveau périoste faisant corps, surtout avec le tissu spongieux de la face postérieure qu'il recouvrait dans les deux tiers de sa hauteur.

La phalange transplantée a une teinte rosée, vasculaire; sur une coupe antéro-postérieure suivant son grand axe, on croirait voir un os frais, récemment enlevé; le tissu spongieux, non raréfié, dur à la coupe, paraît plus vasculaire qu'à l'état normal. Le segment osseux transplanté ne s'est ni accru, ni résorbé ; il a sensiblement la même longueur que lors de son insertion au centre de la pseudarthrose; sur les bords seulement, en quelques points, la substance compacte, échancrée, paraît avoir été entamée par les bourgeons.

Que fût-il advenu si la greffe eût été abandonnée à elle-même? Je l'ignore, aucune observation de ce genre n'ayant été faite chez l'homme.

Si l'on doit croire qu'en raison de la solidité nécessaire au tibia pour exercer sa fonction, qui est de supporter la moitié du poids du corps, elle ne fût pas parvenue à donner une consolidation fonctionnelle, il n'en reste pas moins établi qu'elle eût pu contribuer à l'édification d'une colonne osseuse résistante. Le fait important est la greffe d'un transplant osseux massif qu'on n'avait point eu encore l'occasion de constater chez l'homme; mais on savait, par les belles expériences de M. Ollier, que l'on pouvait ainsi obtenir, chez les oiseaux, des greffes complètes et fécondes. Notre observation est d'autant plus instructive que les conditions de réussite laissaient à désirer; le tissu osseux transplanté appartenait, en effet, à un homme de quarante-trois ans, relativement âgé, et le tissu cicatriciel, qui reçut la greffe, n'avait plus aucune propriété ostéogénique.

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES

PAR LES APPAREILS EN ZINC LAMINÉ (1).

Par M. le docteur V. Raoult-Deslongchamps,
médecin principal de 1re classe en retraite.

Appareil pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Cette fracture autrefois était souvent méconnue et prise pour une entorse ou une luxation du poignet. Depuis les travaux de Goyrand, de Malgaigne et surtout de Voillemier, qui ont démontré sa fréquence et bien étudié le mécanisme de sa production, on est souvent porté à l'admettre, alors même qu'elle n'existe pas. Il est en effet quelquefois difficile de la reconnaître. Voici un moyen très simple de diagnostic que je n'ai vu indiqué nulle part et que je n'ai jamais trouvé en défaut. Il consiste à saisir l'extrémité inférieure du radius soupçonné fracturé entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'on exerce une traction assez forte avec la main droite sur le poignet blessé. Quels que soient la pénétration et l'engrenage des fragments, cette extension amène leur divulsion momentanée. En cessant brusquement la traction, le retour du fragment inférieur à sa position anomale produira, si la fracture existe, une sensation de glissement qui sera nettement perçue par les doigts explorateurs.

Les auteurs admettent plusieurs variétés de cette fracture. Pour moi, je n'en ai jamais vu qu'une seule espèce, qui est toujours le résultat d'une chute sur la paume de la main — la chute sur le dos de la main produit, au lieu de la fracture, l'entorse ou la luxation du poignet — et qui présente toujours la même déformation. C'est celle où la solution de continuité, commençant à 3 ou 4 millimètres au-dessus de l'articulation du poignet sur la face antérieure du radius, vient se terminer à 10 ou 12 millimètres plus haut sur sa face postérieure. Elle est donc oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Le fragment inférieur est porté en haut et en arrière et le fragment supérieur est dirigé en bas et en avant.

C'est cette disposition des fragments, toujours la même, du moins d'après ce que j'ai vu personnellement, qui donne au poignet cette forme particulière, dite en *dos de fourchette*, et qui produit cette dépression sur le bord externe de l'avant-bras que l'on a qualifiée, je ne sais trop pourquoi, de *coup de hache*.

L'appareil, ordinairement employé, est celui de Goyrand, modifié par Nélaton, appareil que tout le monde connaît.

Cet appareil est lourd, volumineux, facile à déranger et agit avec trop peu de précision, pour donner des résultats satisfaisants.

Certains chirurgiens ont pensé pouvoir suppléer à l'insuffisance de cet appareil par la position de la main qu'ils maintiennent dans l'adduction et dans la flexion forcées. Je crois cette manœuvre plus nuisible qu'utile. Il suffit d'examiner son propre poignet, mis dans la flexion exagérée, pour s'en convaincre. En effet, dans cette position, le carpe, prolongé par le métacarpe, représente un levier de deuxième genre qui agit sur la surface articulaire du radius, tend à la soulever et, partant, à refouler en haut et en arrière le fragment inférieur et à augmenter ainsi le déplacement. La position de la main, qui me semble la meilleure, est la position naturelle, c'est-à-dire celle qu'elle prend spontanément, quand elle est au repos. C'est dans cette position qu'elle doit être fixée.

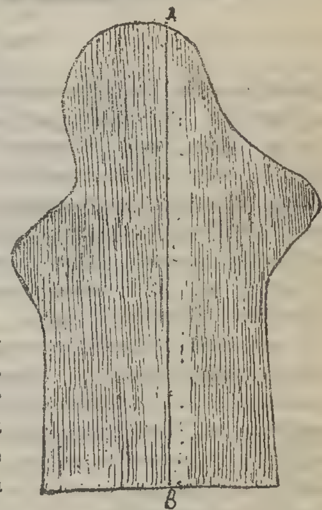


Fig. 25.

En se servant du pouce et de l'index de la main droite pour produire la coaptation des fragments, il est facile de se convaincre que ces organes, si leur action pouvait être permanente, constitueraient le meilleur moyen de contention. En créant mon appareil, je me suis efforcé de lui donner une forme et un mécanisme qui, tout en immobilisant l'avant-bras et la main dans la position naturelle que j'ai préconisée, lui permet d'agir sur les fragments d'une façon constante, comme les doigts peuvent le faire d'une manière passagère. La figure 25 donne la forme première et les dimensions, réduites au cinquième, de cet appareil.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 329.

Recourbé en gouttière, il affecte la forme représentée par la figure 26.

La gouttière, ainsi disposée, est revêtue intérieurement d'une couche d'ouate que l'on a soin d'augmenter au niveau du pli du



Fig. 26.

poignet, pour combler la dépression existant sur le bord interne de l'avant-bras, au-dessus de l'éminence hypothénar, et tenir la main dans une légère adduction.

La réduction offre souvent de la difficulté, lorsqu'il y a pénétration des fragments et exige des tractions assez énergiques, mais la persistance agit mieux que la violence. On applique une bande mouillée sur la main et l'avant-bras, qui sont posés dans la gouttière. Il faut veiller à ce que les appendices A et B correspondent exactement : le premier, postérieur, au fragment inférieur; le second, antérieur, au fragment supérieur; on dispose, entre eux et la partie proéminente des fragments, de petits tampons d'ouate destinés à renforcer leur action. La gouttière est ensuite fixée par quelques tours de bande et des lacs à boucle dont deux sont placés directement sur les appendices.

La figure 27 représente l'appareil appliqué sur une fracture de l'extrémité inférieure du radius du côté droit.

Le mode d'action des appendices de l'appareil sur les fragments

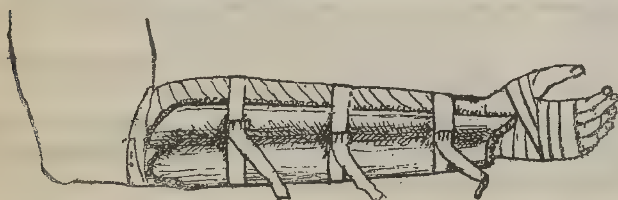


Fig 27.

fracturés, action due à la résistance élastique du zinc, augmenté au degré que l'on voudra, par l'interposition d'un tampon d'ouate plus ou moins épais et surtout par la striction plus ou moins forte des lacs, est remarquable par son énergie, sa continuité, sa facile graduation et particulièrement par sa précision. En effet, son point d'application pourra être réduit à un diamètre de quelques millimètres sans être exposé à se déranger. Il sera aussi changé à volonté, sans avoir autre chose à faire qu'à déboucler le lien et à déplacer le tampon d'ouate.

Je ne saurais mieux faire comprendre le mécanisme original de ce petit appareil qu'en le comparant à une pince, dont les branches agiraient en opposition, mais dans deux plans différents et parallèles; et, dont l'un des mors presserait sur le fragment supérieur pour le porter en arrière, et l'autre sur le fragment inférieur pour l'entraîner en avant et un peu en bas, par suite de l'obliquité des surfaces fracturées, qui leur permet de glisser l'une sur l'autre. On se rendra assez bien compte de ce mécanisme, en interposant le bout de l'index droit entre l'index et le médius de la main gauche, maintenus étendus, dont le premier sera légèrement élevé. En s'efforçant de ramener ces deux doigts sur le même plan, on produira sur deux points de l'index interposé une pression, qui représentera très bien celle que déterminent sur les fragments les deux appendices de la gouttière.

Dès que l'appareil est appliqué, le blessé sent son membre bien maintenu, léger. Il ne souffre plus. Il peut faire tous les mouvements de totalité du bras et de l'avant-bras, remuer le pouce et les autres doigts et *même écrire*.

Les mouvements de pronation et de supination passifs et même actifs peuvent avoir lieu, sans déterminer ni douleur, ni aucune sensation dans le siège de la fracture. La gouttière augmente si peu le volume du membre, que les vêtements les plus étroits peuvent être portés, avantage précieux pour les personnes qui veulent aller dans le monde ou dissimuler leur accident.

L'appareil peut être laissé en place jusqu'à la fin du traitement. En débouclant les lacs, on peut facilement constater la position des fragments et remédier à leur dérangement, s'il s'était produit. La seule chose à faire est de resserrer les lacs, suivant le besoin, et de faire exécuter de temps en temps des mouvements de rotation de l'avant-bras.

L'appareil peut être supprimé du trentième au trente-cinquième jour. On trouve alors peu ou point de traces de la fracture, aucune saillie indicatrice du cal, quelquefois une augmentation presque invisible de l'épaisseur du poignet. Tous les mouvements de pronation et de flexion du poignet peuvent être produits, de suite, avec presque autant d'étendue qu'à l'état normal.

En général, les résultats fournis par mes appareils du membre supérieur me semblent encore plus merveilleux que ceux que l'on obtient dans les fractures du membre inférieur.

J'ai eu l'idée de remplacer les petites attelles en bois pour les fractures des doigts ainsi que celles pour les lésions du pied et de la main (attelles pédieuses et jambières), qui sont grossières, altérables, se laissant imprégner par le pus et l'humidité, par des attelles en zinc laminé. Cette substitution est très avantageuse sous tous les rapports. J'ai même créé, pour les fractures du nez, un petit appareil en zinc qui, dans trois cas, m'a rendu de réels services.

XI

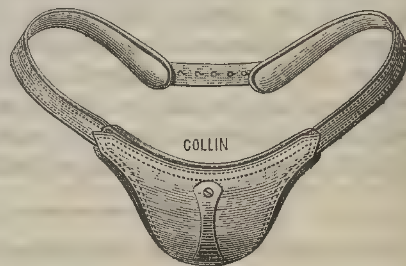
En résumé, les appareils en zinc laminé l'emportent sur tous les autres par la simplicité, le bon marché, la facilité de leur fabrication, de leur application et de leur transport, l'économie du linge, de la literie et des moyens accessoires du pansement, la précision de leur action et leur efficacité sans égale. Imperméables, inamovibles ou amovibles, selon le gré du chirurgien, aussi légers que solides, permettant l'emploi de tous les pansements, ils réalisent au plus haut degré les *desiderata* de la chirurgie de guerre et de la pratique de la campagne. L'avenir leur appartient.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Compresseur du docteur Debacker.

Ce compresseur se distingue de toutes les ceintures abdominales construites jusqu'ici. Il est essentiellement composé d'une pelote fortement creusée, terminée inférieurement en bec d'aigle, et de deux ressorts analogues à ceux des bandages herniaires.

Il a pour effet immédiat de relever la masse intestinale qui presse sur l'utérus et tend à l'abaisser; et c'est ainsi qu'indirectement, il agit sur l'utérus lui-même en le délivrant d'un grand poids. Il vient aussi, de la même façon, en aide pour les ligaments distendus pendant la grossesse et leur permet de reprendre leur élasticité après l'accouchement. Il apporte, de plus, un grand soulagement aux muscles abdominaux si tiraillés pendant le travail, et même pour la peau dont il aide à faire disparaître les vergetures.



Ce compresseur peut être comparé à deux mains entrelacées que deux bras soutiendraient en arrière, pour relever les parois de l'abdomen au-dessus du pubis.

Cet appareil a été essayé avec succès dans les hôpitaux de Paris.

Il a, sur toutes les ceintures abdominales, l'avantage d'être de la plus extrême simplicité et de prendre son point d'appui un peu

haut en arrière, afin de maintenir l'inclinaison de la pelote qui doit agir comme une main pressant le ventre immédiatement au-dessus du pubis.

Il peut se porter sur le corset dont il est le correctif.

On peut le recommander dans tous les cas où un repos presque absolu de l'utérus est exigé, et particulièrement dans les cas de lourdeur du ventre, d'antéversion, de métrite chronique, de constipation d'origine mécanique.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa).

Camp de Gafsa, 20 novembre — 4 décembre.

Par M. le Dr Badour, médecin principal.

I

Une surprise des pays chauds, c'est le froid qu'il peut y faire. Mais que l'on se rassure; ce n'est jamais sur les palmiers que s'abattent les excentricités thermométriques dans le sens que j'indique. Ils ne les supporteraient pas, et ils en sont abrités par la dépression même des oasis, là où il peut faire froid.

Au camp de Gafsa, par exemple, nous les dominions si bien que le prolongement de la ligne horizontale à fleur de terre passait par-dessus leurs cimes. Nous n'en étions pas moins dans la plaine à une altitude minime et, dès le 23 novembre, nous y constations, à six heures du matin, une belle rosée blanche; il y avait en ce moment + 1 degré sous la tente. A midi, le même jour, c'était 18 degrés au nord, et c'était presque la chaleur; d'où une série d'impressions extrêmes, qui obligeaient à se tenir constamment en garde.

Pas n'est besoin de dire que la tente ne préservait absolument que des courants d'air et qu'à 1 degré près, c'était dedans comme dehors. On y grelotte sérieusement, quand il gèle.

Et les petites bêtes naturellement disparurent; j'entends par là toutes les espèces de mouches et de fourmis. Les mouches étaient agaçantes; il y en avait une surtout, une toute petite, qui avait la spécialité de bourdonner autour de nos têtes et de s'y poser avec obstination. Quand on était à table, on s'énervait à la chasser. Nous n'avions pourtant pas de verrues ni les uns ni les autres, et même, par une coïncidence singulière, nous avions, tous, nos cheveux. Parmi les fourmis, c'était la plus grosse qui était menaçante; avec ses longues pattes et son cul relevé, elle courait rapidement, allant et montant partout. On n'avait, par moments, d'autre soin que de s'en garer. Quelques-unes d'entre elles avaient des ailes brillantes qui les faisaient ressembler à de grandes mouches effilées.

Le 25, le thermomètre remonta : c'était 12 degrés le matin, 22 degrés l'après-midi; le temps devint gris et chaud. Le lendemain, il se maintint dans cet état; puis, il redevint beau et brillant et le serein du soir alla jusqu'à mouiller nos toiles. C'était l'eau nécessaire aux putréfactions possibles, et cela persista jusqu'au 2 décembre, qui amena une pluie torrentielle, laquelle coula si bien sur le sol assoiffé qu'après deux jours de durée c'était toujours le même sable fin et pulvérulent.

Pendant le trajet de Kairouan à Gafsa, il avait quelque peu bruiné un jour; le 11 et le 12, il était tombé une forte ondée, tandis que l'on était campé. Cela même faisait, sur la tente, un bruit de roulement, qui retarda notre sommeil. Et c'était à la halte dénommée la perle des fontaines (*Hadjeb el aïoun*), parce qu'il y a un joli filet d'eau, murmurant sous les lauriers-roses, au flanc d'un coteau.

Cette pluie eut l'avantage d'abattre la poussière. C'était le seul qu'elle pouvait avoir, et c'était réellement médiocre, en regard des accès qu'elle nous ménageait. Car, à l'ambulance, nous fûmes tous frappés, sauf un, qui résista toujours. Et, plus que jamais, on vivait à la diable, comme on vit en campagne, quand on n'a absolument que ce que l'on emporte ou l'on traîne avec soi.

Tant bien que mal on conservait du pain jusqu'aux longues stations, où les fours portatifs permettaient d'en refaire. Il verdissait quand arrivait la fin; mais c'était si peu que rien, et le biscuit alors venait à la rescousse. Je le préférais, pour ma part, à la galette arabe que Gafsa nous fournit, au début du séjour, avec ses propres fours.

La viande était coriace et passait tout de même, surtout le matin, quand on était en marche. Les vieux routiers agrémentaient le menu de quelques provisions faciles à porter. L'eau bourbeuse des oueds, plus ou moins piétinés, était bouillie et décantée, ce qui était indispensable pour la julienne, cette excellente julienne qu'il faudrait inventer si elle n'existait pas, et qui, bien cuite et bien mâchée, constitue un aliment de choix. Il en était de même pour le café, ce premier soin du départ.

De suffisantes rasades d'un vin très supportable arrosaient la pitance, et, si elle était maigre et trop souvent saupoudrée de sable craquetant, nos estomacs, devenus besogneux par le grand air et la fatigue, n'en étaient pas moins complaisants.

J'en appelle aux camarades : ne passait-il pas comme un souffle de fête, le soir, sur l'ambulance, lorsque nous entendions le gong retentir, cette sonnerie spéciale que nous avions imaginée pour le rassemblement, et dont l'écho n'allait guère au delà de nos tentes? Quelques coups cadencés sur une gamelle suspendue nous réunissaient bientôt autour de la soupière fumante; et, comme une réunion d'hommes, si mûrs soient-ils, ressemble à s'y méprendre à une réunion d'enfants, il ne se faisait pas un repas, même dans les mauvais jours et au coudoiement de quelques indispositions, où l'on n'eût le plaisir de se désopiler la rate, cette malheureuse rate qui, en pareille occurrence, a une tendance contraire si prononcée.

II

Maintenant, au point de vue alimentaire, une remarque s'impose, qui, en elle-même, n'a rien que de très ordinaire, mais qui vaut d'être appuyée, quand l'occasion s'en présente.

Personne n'ignore combien vite arrive la saturation pour certains aliments. La variété, dans cette matière, n'est pas seulement naturelle, elle est obligatoire, ou bien c'est le dégoût à bref délai. Nous sommes ainsi faits, et nous en donnâmes la preuve à propos des moutons, dont la razzia du 13 novembre nous avait encombrés.

Le premier jour, on en mangea jusqu'au menton, tellement le mets fut neuf et savoureux : ce fut une ripaille rabelaisienne. Le deuxième jour, les organes masticateurs se ressentant du travail de la veille, déployèrent une activité moindre. Le troisième, ce fut le tour de maître gaster, qui se mit à faire la grimace. Le quatrième, c'était de la répugnance, et l'on comprenait qu'il commençait à souffler sur la troupe comme un vent de *moutonnite*, maladie non prévue par le règlement.

Comme le commandant, avisé, tenait beaucoup à ne pas en faire l'essai; comme, d'ailleurs, il était tout à fait indiqué de ne pas en charger le cadre nosologique, l'utilisation du mouton fut réduite à un jour sur deux, bientôt même à un repas sur trois, et enfin à néant. Et l'on fut quitte du troupeau, en cédant à prix réduit les quelques milliers de têtes qui restaient. Les juifs indigènes conclurent l'opération, une de celles pour lesquelles ils ne manquent jamais de la force et du courage nécessaires.

Et, puisque les extrêmes se touchent, épuisons, sans autre transition, cette question d'aliments, dont le résultat final a des droits indéniables à la plus haute considération.

Au courant de l'étape, il était très commun de voir sortir des rangs des hommes pour qui, tout d'un coup, le verbe prendre avait une lettre de trop. Chercher un coin quelconque, il ne fallait pas y songer, sur cette terre presque toujours toute nue. C'est tout au plus si quelques touffes de mauvaise herbe offraient, de loin en loin, quelques semblants d'abri; et, chacun à son tour, fatalement, s'exécutait. On criait un peu au faisan; c'était l'expression miti-

gée; mais, au fond, nul ne s'en offusquait; on passait et l'on n'y pensait plus. Quand on marche, cela s'atténue et s'efface si vite!

Eh bien! mes chers confrères, qui n'êtes étrangers à nulle chose humaine, s'il ne vous déplait pas de me suivre dans cette voie dans laquelle, faut-il vous l'affirmer! de tous les faits de la vie matérielle ceux que je vise ici sont les plus importants, vous représentez-vous nettement ce qui se produit dans un vaste camp où les tentes sont fixées, d'où, par prudence ou par nécessité, l'on ne s'écarte guère, où les chameaux vont et viennent, où les chevaux et les mulets sont à la corde, où l'ambulance est grande et où il faut toujours..... qu'on mange?

Il y a ce que l'on appelle les feuillées. Cet adorable euphémisme est usité partout, militairement parlant, même où il n'y a pas l'ombre d'une feuille. Et cela consiste en des tranchées qui se renouvellent fréquemment, tous les jours, autant qu'il fait besoin. Chaque corps a la sienne; c'est long; c'est étroit; c'est creux, sous un petit talus, et c'est là..... ou à côté, surtout la nuit, ces affaires ne se réglant pas sur commande, et les points de repère étant insuffisants.

Et alors, quels que soient les ordres et si active soit la vigilance, vous sentez ce qui est inévitable. Pas un coin du camp n'est préservé du vent qui vient de toutes parts, à quelque rose qu'il tienne. C'est au point qu'*a priori* cette question domine toutes les autres et qu'*a posteriori* cela n'a plus de nom; il faut vider les lieux.

Ah! que l'on est heureux, dans ces circonstances, de rester autant qu'elle le comporte, maître de sa situation personnelle! C'était, j'ose le dire, un de mes grands soucis; et répondez, tous ceux qui, comme moi, avez passé par là et qui voulez bien, même sous un sourire, voir les choses telles qu'elles sont, n'était-ce pas le vôtre aussi?

III

En résumé, de Kairouan à Gafsa il y a 221 kilomètres, qui furent franchis en onze jours, y compris un séjour. Dans les solitudes parcourues où il n'y eut, en vérité, qu'à aller de l'avant, sans obstacles sérieux, 22 kilomètres en moyenne n'avaient pas excédé les forces de la troupe. Si l'on vivait médiocrement, on ne cessait pas d'être suffisamment pourvu.

Le temps était resté presque constamment beau. Tout allait donc aussi bien que possible, et les loisirs faits à l'ambulance par l'élimination des malingres n'auraient pas eu de terme, si nous n'avions emporté des germes typhoïgènes et si les pluies du début n'avaient donné un regain d'activité aux miasmes telluriques.

Le long stationnement de Gafsa renouvela la sempiternelle leçon de l'extension rapide des influences nocives sur les agglomérations immobiles. La fièvre typhoïde, qui avait enlevé deux malades en route, prit un nouveau développement, ainsi que la dysentérie, cette déviation infectieuse des flux intestinaux, si communs en campagne. Sur huit décès, six ressortirent encore à la première de ces maladies, deux à la seconde, et, quoique Gafsa n'offrît que des ressources élémentaires, nous dûmes, en partant, y laisser une poignée d'hommes sérieusement atteints des mêmes maladies.

Il va de soi que l'abaissement subit de la température, dès le commencement du séjour, détermina des manifestations morbides du côté des voies respiratoires, réveilla les rhumatismes et accrut l'envahissement de l'ambulance.

Bref, nous ne tardâmes pas à avoir trente grandes tentes dressées, et nous occupâmes une telle place que, du haut des collines, nous avions l'apparence d'un camp dans le camp. L'illusion était complétée par le soin que l'on avait eu, comme à Kairouan, de nous mettre en quarantaine, c'est-à-dire de nous éloigner le plus possible des troupes, ce qui était hygiénique et prudent au suprême degré.

Cent cinquante malades et plus, comme cela se présente quelquefois, et un personnel approprié, constituaient une masse encombrante, geignante et odoriférante qui, non seulement n'avait rien d'attrayant, mais pouvait être la cause d'effluves dangereux. Il fallut même, vers la fin et à cause de l'infection de notre propre campement, provoquer un déplacement sur le front de bandière, où les goumiers seuls furent maintenus en garde.

Et nous étions à la veille des inutiles hécatombes, dont la crainte n'était sans doute pas pour rien dans les motifs d'évolution, quand la colonne rebroussa chemin, emportant les impaludés, les bronchitiques, d'autres cas plus ou moins légers et quelques blessés de détachements envoyés en reconnaissance vers les Chotts.

Nous laissions à Gafsa une petite colonne venue par Négrine et quelques-uns des nôtres, qui allaient y poser les premiers jalons de l'occupation, et sur qui nous désirions cordialement que les dieux voulussent bien épuiser leurs faveurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 7 avril 1887, M. le médecin-major de première classe Tachard a été désigné pour l'hôtel des Invalides.

— Par arrêté préfectoral, en date du 17 mars 1887, il est institué une commission spéciale chargée, après examen sur place, d'émettre un avis sur les mesures à prendre et les travaux à exécuter pour défendre l'hôpital de Berck-sur-Mer contre l'envahissement des eaux de la mer.

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1888, le prix Jean Dubreuilh (d'une valeur de 500 francs).

Pour se conformer aux intentions de l'auteur de ce prix, qui a voulu que la question à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie appelle l'attention des concurrents, non seulement sur le traitement de l'accès éclamptique, mais principalement sur les soins à donner à la malade; aussi met-elle au concours la question suivante : « Obstétrique ; Du traitement des éclamptiques. »

En obstétrique, les femmes qui sont menacées d'accès éclamptiques, celles qui en sont atteintes, celles qui, dans des grossesses antérieures, en ont éprouvé et pour lesquelles, pendant une grossesse nouvelle, on redoute l'apparition des mêmes accidents, ces femmes présentent des indications diverses, et elles doivent être l'objet de soins spéciaux. Les moyens préventifs, curatifs, hygiéniques, médicaux, ainsi que les manœuvres obstétricales, ont été tour à tour conseillés suivant les cas. Il s'agit d'en apprécier la valeur, d'indiquer les circonstances dans lesquelles ils doivent être appliqués pour prévenir la maladie, en enrayer la marche et en combattre les effets.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. le docteur G. Sous, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10 (Bordeaux), jusqu'au 31 mars 1888, limite de rigueur. Les membres associés, résidants, de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— M. le professeur Georges Ville commencera le cours de physique végétale, le vendredi 15 avril 1887, à trois heures, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure. Il traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux.

A partir du mois de mai, les leçons seront suivies d'une démonstration expérimentale au laboratoire de physique végétale, situé 43 *bis*, rue de Buffon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20992.

66

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis 1878 avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas, on obtient une boisson théiforme très agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

THÉ DU DOCTEUR DUFAU

AUX STIGMATES DE MAIS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris.

78

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinviller, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine et phies.

49

SALICOL DUSAULE

SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages,* etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.

DÉPÔT : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies.

71

MALADIES DE L'ESTOMAC

GOUTTES AMÈRES DE BAUMÉ

(GOUTTES DE GIGON)

préparées d'après la véritable formule de BAUMÉ avec la FÈVE de Saint-IGNACE.

Dyspepsies flatulentes, gastralgies, pertes de l'appétit, pyrosis, stimulant énergique de l'estomac. 3 à 5 gouttes suivant prescription médicale avant les deux principaux repas. — Prix : le flacon compte-gouttes, **3** fr. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

Ancienne Phie BAUMÉ, GIGON successeur, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les phies.

65

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Injecteur rectal gazogène du Dr DIBOT pour le traitement préconisé par le Dr BERGEON.

Prix, **25** fr.; remise, 20 p. 100.

Phie LEBRUN, 47, rue Lafayette, Paris.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

43

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau,* les *Névralgies congestives,* les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *constipation,* ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement. 60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

77

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le Vin iodé de Moride est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre;* il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

49

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre la **goutte** et le **rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

42

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

60

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

90

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

86

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Pharmacie A. ROY,
3, rue Michel-Ange,
Paris, et pharmacies.
Exiger la signature. *A. Roy*

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

25

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

38

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1 000 grammes. — *Toniquè. — Fébrifuge.*

Vin de quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences,* etc.

5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les phies.

3

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc. *Laroche*

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

16

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

78

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

45

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1o En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2o En **Pilules**, à 10 centigr.; 3o En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

16

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

12

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

85

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

32

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitanx contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance**.

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

5

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

97

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 36, r. d'Anjou St-Honoré.

33

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60**; *et par la poste*, **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux.

57

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon

68

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous n'aurons rien à dire aujourd'hui à nos lecteurs, relativement à la question de l'inspectorat, qu'ils ne sachent déjà, le supplément de rapport que M. Vidal est venu faire à la tribune n'étant qu'un résumé très bref des discours que nos lecteurs ont eus sous les yeux et les conclusions, dont il a de nouveau donné lecture, étant restées textuellement les mêmes.

De nombreuses lectures ont occupé la plus grande partie de la séance. Nous signalerons particulièrement celle qu'a faite M. Motet sur un sujet de médecine légale extrêmement délicat, et qui demande, de la part du médecin expert, une sagacité et une pénétration toutes spéciales. Il s'agit de distinguer le faux du vrai — ce qui n'est pas toujours aisé — dans les témoignages ou les révélations que les enfants peuvent être appelés à faire en justice.

M. Gréhant a communiqué à l'Académie les premiers résultats d'une série d'expériences sur les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, dont il se propose de faire connaître la suite.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique.

Le 9 du mois dernier, nous avons reçu à la salle Saint-Charles, un homme, âgé de trente-quatre ans, garçon boulanger, qui présente l'association curieuse des affections : l'hystérie et l'épilepsie et de la syphilis.

Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien du côté de son père, qui avait toujours été très bien portant jusqu'au jour où, à l'âge de soixante-quatorze ans, il a été emporté par une bronchite ; rien non plus du côté de sa mère, morte en couches peu après sa naissance. Par contre, ses frères et ses sœurs sont des individus nerveux, mais c'est tout.

Quant à lui, il fut toujours très nerveux, aussi, très irritable, pendant son enfance, sujet à des accès de colère violents et fréquents ; mais il n'eut jamais de convulsions. De plus, depuis un certain nombre d'années, il est très adonné à la boisson, non pas qu'il soit alcoolique dans l'acception vraie du mot, mais bien plutôt un ivrogne.

En 1879, il a contracté la syphilis à la Nouvelle-Calédonie (un chancre suivi plus tard de plaques muqueuses) et a été incomplètement traité par l'iodure de potassium.

Enfin, il y a sept mois et demi, il fut pris, dès le matin, d'une céphalalgie intense sincipitale qui ne disparut pas, mais qui, dans l'après-midi du même jour, s'accompagna tout-à-coup de chute sur le sol avec perte de connaissance, sans qu'aucun prodrome ait été constaté. Le malade, reconduit chez lui, éprouve une fatigue extrême à la suite de ce premier accès et eut quelque peine à reprendre son travail.

Deux mois plus tard, il eut un nouvel accès de même nature et c'est quatre ou cinq jours après qu'il s'aperçut, pour la première fois, d'une certaine faiblesse et d'un certain degré d'immobilité dans tout le côté gauche du corps.

Enfin, le 4 du mois dernier, eut lieu le troisième accès, à la suite duquel il fut amené, au bout de quatre ou cinq jours, à l'hôpital.

Lors du premier examen nous avons constaté une faiblesse prononcée du côté gauche, avec anesthésie des téguments, abolition du réflexe rotulien de ce côté, achromatopsie, rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche, diplopie, perte du goût et de l'odorat du côté gauche également, etc. Enfin, nous avons reconnu l'existence d'une exostose cranienne, située au niveau de la suture sagittale. Nous avons eu recours au traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes et par les frictions mercurielles. A la suite d'une légère amélioration, cet homme est resté dans le service comme infirmier.

C'est dans ces conditions qu'il a eu — il y a dix-sept jours — à la suite de fortes libations, sa quatrième attaque. Il est tombé à terre, se débattant par des mouvements violents des membres du côté gauche, tandis que ceux du côté droit restaient parfaitement immobiles, mouvements interrompus de temps en temps par des raidissements de forme cataleptique. Cette crise, pendant laquelle le malade ne pouvait être maintenu qu'avec la plus grande peine, se termina par une crise de larmes, crise absolument caractéristique, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

L'exostose du crâne est un peu douloureuse à la pression ; mais elle est unique et nous n'avons trouvé aucune tumeur de ce genre sur les autres parties du squelette ; les muscles

ne présentent non plus aucune induration. Les douleurs de tête sont très pénibles, profondes, et occupent la région sincipitale. L'insensibilité est absolue et dans tous ses modes dans le côté gauche du corps, insensibilité aussi à la faradisation légère, qui ne disparaît un peu, et au bout de plusieurs secondes seulement, qu'à un fort courant faradique. La notion de position des membres supérieur et inférieur gauches est complètement abolie. Cependant le sens du mouvement n'est pas perdu. L'œil gauche ne peut lire que des caractères de très grande dimension et ne distingue, en fait de couleur, que le rouge intense et le vert. L'étendue du champ visuel est très différent à gauche de ce qu'elle est à droite. L'ouïe est perdue à gauche, mais il est nécessaire d'ajouter que cet homme a été canonnier à bord du navire sur lequel il était embarqué. La narine gauche ne sent ni le camphre, ni l'assa fœtida, et le côté gauche de la langue n'éprouve aucune sensation, si on vient à la piquer ou à déposer sur elle du sel, de la quinine etc. Le dynamomètre donne 11 pour la main gauche et 43 pour la main droite. Les muscles des membres du côté gauche ne sont pas atrophiés, et se contractent sous l'influence d'un courant faradique un peu fort. Le pied gauche est instamment agité par un léger tremblement épileptoïde. Enfin, l'intelligence est assez bien conservée, quoique un peu engourdie.

Tels sont les phénomènes morbides que notre malade présente, phénomènes auquel il faut ajouter les quatre accès dont nous avons parlé en commençant, accès caractérisés par la perte de connaissance et des mouvements convulsifs. Mais à quelle maladie devons-nous donc les rattacher? A la syphilis et à quelque affection nerveuse? A l'hystérie, à l'épilepsie? A toutes deux à la fois.

En effet, ce qui les rattache à l'épilepsie ce sont la soudaineté, la spontanéité de l'attaque, la perte de connaissance initiale et complète, sans prodromes, et l'unilatéralité des mouvements pendant l'accès, enfin la succesion des mouvements cloniques et des mouvements toniques, l'état comateux prolongé succédant à l'attaque et à l'extrême fatigue qui s'ensuivait.

Mais, à côté de ces caractères épileptiques, nous en trouvons d'autres qui appartiennent à l'hystérie, les mouvements désordonnés des membres longtemps prolongés et les raidissements quasi cataleptiques, les alternances, sans régularité, des mouvements cloniques et toniques, l'étendue de ces mouvements comme dans la grande hystérie, et surtout, ce qui est caractéristique, les crises violentes de pleurs finales.

En résumé, nous trouvons chez notre malade un état hystéro-épileptique, c'est-à-dire tenant à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie.

Quant aux périodes intermédiaires aux accès, elles appartiennent à l'hystérie et sont caractérisées par : une analgésie profonde du côté gauche, telle qu'on peut traverser la peau avec une épingle sans que cet homme en ait aucunement conscience; une anesthésie à la fois cutanée et musculaire, cette dernière cependant n'est pas complète; l'absence de notion de la position de ses membres gauches; l'anesthésie sensorielle de tous les sens de la moitié gauche du corps; une parésie musculaire assez notable, une diminution de la force musculaire, d'où une inaptitude à pouvoir se servir de ses membres, lorsqu'il a les yeux fermés.

D'autre part, nous ne devons pas oublier que cet homme est un syphilitique : chancre, plaques muqueuses à l'anus, exostose cranienne et céphalalgie profonde et superficielle, sincipitale, continue, avec exacerbation le matin et la nuit — comme ouvrier boulanger, faisant du jour la nuit et de la nuit le jour.

L'existence de cette exostose, formant saillie à l'extérieur et probablement aussi à l'intérieur du crâne, nous conduit à songer à la possibilité de quelque lésion syphilitique des méninges et des artères. Enfin, nous devons ajouter que cet homme est non pas un alcoolique proprement dit, il n'en a pas l'intoxication, aucun tremblement ni modification spéciale de la sensibilité pouvant se rattacher à l'alcoolisme; mais un ivrogne habitué à se livrer à des libations excessives.

En somme, les accidents que présente notre malade ne se rattachent ni à l'alcoolisme, ni à l'ivrognerie, celle-ci ayant été seulement l'agent provocateur; ils sont nettement hystéro-épileptiques et sous l'influence de la syphilis, c'est-à-dire de cette manifestation tertiaire : l'exostose cranienne tardive qui s'est développée sur la suture sagittale. Souvenons-nous, en effet, que le premier accès, que la première attaque, avec chute et perte de connaissance, s'est déclarée à la suite de douleurs violentes de tête, au niveau de la région sincipitale, apparues, pour la première fois, le matin même. Souvenons-nous aussi que les troubles de la sensibilité ont été consécutifs à ce premier accès et se sont développés à dater de ce jour, revêtant la forme hémiplégique. Souvenons-nous, enfin, que les accès ne se sont pas répétés plusieurs fois dans la même journée, mais à d'assez longs intervalles — puisqu'il n'y en a eu que quatre en tout dans l'espace de sept mois et demi, — pendant lesquels les troubles de la sensibilité ont persisté. Il y a donc, en somme, un rapport assez étroit entre la syphilis, c'est-à-dire entre la lésion cranienne, et les phénomènes hystéro-épileptiques.

En résumé, si le cas de notre malade paraît un peu inaccoutumé, je croirais assez que cela tient à ce qu'un certain nombre de malades semblables n'ont pas été suffisamment examinés dans toute leur symptomatologie.

La lésion syphilitique du crâne, cependant, n'est pas la cause directe des accidents, de la disparition de la sensibilité, — ici c'est l'hémianesthésie qui prédomine — mais l'exostose sagittale a été, selon moi, l'agent provocateur de l'ébranlement du système nerveux chez un sujet hystérique.

Il est hystérique de par lui-même, ainsi que son enfance nous le révèle; il est hystérique de par hérédité ou mieux de par sa famille composée de gens essentiellement nerveux. Ajoutons, enfin, que peut-être ses libations répétées, ses excès de boisson, ont contribué à diminuer sa résistance au développement des phénomènes morbides, et que la vérole a donné le branle-bas aux troubles nerveux, à l'hystéro-épilepsie dont il est atteint.

Or, comme nous ne trouvons chez lui aucun état scléreux, aucune destruction nerveuse, nous avons lieu d'espérer en la puissance d'un traitement énergique et persévérant, spécifique, c'est-à-dire par l'iodure de potassium à doses élevées et par les frictions mercurielles.

SUR DIVERS EFFETS D'IRRITATION

DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU COU ET, EN PARTICULIER, LA PERTE DE LA SENSIBILITÉ ET LA MORT SUBITE (1).

Par M. le professeur Brown-Séquard (de l'Institut).

I. On s'étonne souvent que des individus, désirant se tuer, puissent se couper la gorge jusqu'aux os, et même quelquefois se

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans sa séance du 4 avril 1887.

faire plusieurs plaies profondes, ce qui semble impliquer un courage presque surhumain, en raison de l'excessive douleur que l'on croit exister alors. J'ai partagé cette opinion jusqu'au jour où j'ai constaté qu'une incision, même légère, de la peau du cou, surtout au voisinage du larynx, peut suffire pour faire disparaître la sensibilité dans les deux tiers antérieurs du cou, et souvent dans bien plus de parties. Il n'est donc pas besoin d'un courage exceptionnel, augmenté ou soutenu par l'excitation de sentiments violents, pour se faire au cou les plaies, quelquefois énormes, que l'on peut trouver chez des individus s'étant ainsi tués ou ayant essayé de se donner la mort.

Dans les très nombreuses expériences que j'ai faites pour étudier la production de l'analgésie (perte de la sensibilité aux causes de douleur), j'ai eu très souvent à faire une plaie longitudinale sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx, afin de mettre à nu cet organe et une partie de la trachée (1).

Dans les premiers temps, je me contentais de faire la recherche de la sensibilité à la douleur dans les diverses parties du corps, d'abord avant toute lésion, et ensuite après avoir irrité la muqueuse laryngienne, et j'attribuais à cette irritation l'analgésie qui se produisait à des degrés variables au tronc, aux membres, à la tête et au cou. Plus tard, ayant remarqué que la plaie du cou, plus que celles faites aux membres, demeurait insensible pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation, et que même, quelquefois, la peau, au voisinage d'une plaie cicatrisée dans cette région, restait insensible, j'eus l'idée d'étudier l'influence d'une incision de la peau au cou sur la sensibilité de cette portion du corps et sur celle des autres parties de l'économie animale. Je trouvai alors que la peau de la région cervicale antérieure dans toute son étendue, mais surtout à la ligne médiane et dans son voisinage, ne peut être coupée sans qu'il y ait au moins une diminution de la sensibilité aux causes de douleur et spécialement au choc galvanique (appareil Du Bois-Reymond), dans toute la moitié antérieure du cou. Il arrive souvent que l'analgésie soit complète ou qu'elle le devienne après quelques heures ou un jour dans cette zone de peau. Le plus souvent, cependant, on ne trouve d'analgésie complète que dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée.

Dans nombre de cas, j'ai constaté que l'analgésie s'étend au cou tout entier, à la mâchoire inférieure et à une partie du thorax (en avant et jusqu'aux glandes mammaires). Chez quelques animaux (des chiens et un singe), j'ai vu se montrer de l'analgésie, à bien peu près complète, presque partout, aux membres, au tronc, à la tête et aux muqueuses buccales et oculaires. Chez nombre d'autres animaux, il y a eu une diminution de sensibilité partout, mais cette altération a promptement disparu.

Après avoir fait une incision longitudinale de la peau sur la ligne médiane, ou transversalement d'un côté à l'autre, à la région cervicale antérieure, j'ai constaté, dans un grand nombre d'expériences, surtout chez des chiens et des singes, que je pouvais mettre à nu, couper, nouer ou galvaniser et même brûler les diverses parties des deux tiers antérieurs du cou, sans causer de vives douleurs et quelquefois sans paraître en causer aucune. Chez les singes, les effets de ces irritations ont été, en général, plus considérables que chez les chiens.

Les faits si nombreux, dont j'ai été témoin durant les cinq ou six dernières années, montrent que les parties capables de produire par inhibition une analgésie générale doivent être rangées dans l'ordre suivant, quant à leur degré de puissance :

1° Le maximum existe là où se ramifient les filets des nerfs laryngés supérieurs (c'est-à-dire la muqueuse laryngienne);

2° A un moindre degré les troncs de ces nerfs, et, à un degré bien inférieur, le tronc des nerfs vagues au-dessus de l'émission des laryngés supérieurs;

3° La trachée qui, quelquefois, donne lieu à une analgésie presque complète, mais évanescente, lorsqu'on la lie;

(1) Voir *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, t. XCV, p. 1369, et t. C, p. 1366.

4° Le minimum existe dans la peau de la région cervicale antérieure, surtout au niveau du larynx.

Je me suis demandé si d'autres irritations de la peau du cou qu'une incision pourraient produire l'inhibition de la sensibilité, soit seulement dans la moitié antérieure du cou, et j'ai trouvé que, si ce mode d'irritation n'est pas le seul capable d'agir sur les centres nerveux de cette manière, c'est assurément celui qui a le plus de puissance.

Les nerfs trijumeaux (1) et les autres nerfs sensitifs craniens ou spinaux, dans leur tronc ou leurs ramifications, ne semblent pas doués de la puissance spéciale que possèdent les nerfs vagues et les nerfs de la région cervicale.

Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, dans les cas de croup et d'autres cas bien différents, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart de ces cas : c'est sans doute aussi et surtout parce que le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité ou de ce qui en reste.

II. La peau du cou et le larynx possèdent d'autres puissances inhibitoires bien plus dignes d'intérêt que celles dont je viens de parler. Me proposant d'en faire l'objet d'une ou de plusieurs communications spéciales, je n'en dirai que quelques mots aujourd'hui.

Les médecins légistes savent parfaitement que l'on trouve assez souvent des individus ayant perdu la vie par une pendaison insuffisante et incapable d'avoir empêché complètement — et même quelquefois d'avoir gêné en quoi que ce soit — le passage de l'air dans le larynx et la trachée. J'ai trouvé l'explication de ce fait, en apparence si singulier. Le larynx surtout, mais aussi la trachée et probablement la peau qui les recouvre, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il peut donc y avoir tout d'un coup, sous l'influence d'une irritation mécanique de ces parties, une perte complète de connaissance et une syncope cardiaque et respiratoire plus ou moins complètes. Des expériences très nombreuses m'ont montré qu'il y a, entre les effets de cette irritation et ceux de la piqûre du bulbe rachidien, une très grande analogie. En effet, dans les deux cas, il y a :

1° Perte de connaissance;

2° Diminution et même (mais assez rarement) perte soudaine ou très rapide de l'action du cœur;

3° Diminution ou perte complète des mouvements respiratoires;

4° Arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

Lorsque j'ai réussi à tuer des chiens par suite d'un coup sur la région cervicale antérieure, j'ai trouvé que, presque toujours, sinon toujours, la mort a eu lieu sans convulsions, sans agonie, dans un état syncopal complet, permettant aux tissus de conserver très longtemps leurs propriétés spéciales. Le sang passe alors rouge des artères dans les veines et présente ainsi un contraste absolu avec ce que nous montre la mort dans l'asphyxie franche où le sang est rapidement noir dans les artères.

Conclusion. — Il résulte des faits exposés dans cette note que la peau du cou possède, comme le larynx, mais à un moindre degré, la puissance d'inhiber la sensibilité, et que le larynx, la trachée et peut-être la peau qui les couvre, possèdent la puissance de causer la mort, sous une irritation mécanique, de la même manière que le bulbe rachidien.

(1) Ces nerfs doivent à une puissance inhibitoire spéciale de pouvoir, lorsqu'on les coupe, faire disparaître la vision, l'olfaction, l'audition et le goût. C'est là l'explication que j'ai donnée de l'expérience de Magendie.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité du fer comme adjuvant dans le traitement de certaines dyspepsies.

Par M. le docteur Albert Blondel.

Rien de si fréquent que les troubles dyspeptiques. Si fréquents que Beau en faisait la clé de voûte de la pathologie tout entière, en quoi il ne faisait qu'exagérer le nombre des dyspepsies initiales, alors qu'en réalité ce trouble fonctionnel n'est que le résultat le plus souvent secondaire d'autres états morbides. Dyspepsie, en effet, n'est guère qu'un mot, une entité factice qui n'acquiert sa valeur qu'autant qu'il est placé dans le cadre pathologique dont il est la résultante.

Notre but ne saurait être ici de passer en revue l'interminable nomenclature des formes et des espèces de dyspepsies classées ordinairement d'après le symptôme prédominant qui leur a donné naissance. Nous voudrions seulement insister en quelques mots sur la fréquence, la fatalité, dirions-nous volontiers, des dyspepsies liées à une altération de la qualité globulaire. « Les dyspepsies ont le double privilège d'être à la fois causes et symptômes des anémies. En tant que causes, elles produisent les anémies d'inanition; en tant que signes des anémies en général, elles contribuent souvent à aggraver l'état des malades. » (Professeur Sée.) En effet, d'une part, l'anémie influe fâcheusement sur la fonction digestive en ne fournissant qu'un suc gastrique d'autant plus pauvre que l'anémie est plus prononcée; d'autre part, et après un temps plus ou moins long, l'inanitiation morbide due à une dyspepsie de cause initiale quelconque conduit à de l'aglobulie qui se manifeste par les symptômes ordinaires de décoloration des tissus, les bourdonnements d'oreilles, palpitations, etc.

Cette altération de la constitution interne de la masse sanguine ne paraît pas, d'ailleurs, uniquement due à de la lésion globulaire. Beau voyait trois formes d'anémie chez les dyspeptiques : l'anémie globulaire, l'anémie albumineuse et l'anémie fibrineuse. D'après M. le professeur Sée, l'albumine seule subit un déchet très rapide. Elle peut diminuer de près de 50 p. 100 et cela dès les premiers jours. Ce qui semblerait établir ses propriétés nutritives au premier chef.

Et maintenant, s'il est admis que la dyspepsie provoque fatalement de l'anémie qui vient compliquer l'état morbide et précipiter la chute de l'organisme, il paraît assez naturel de faire entrer le fer comme adjuvant de la médication si variée des dyspepsies. La grande difficulté, nous ne saurions le dissimuler, est de pouvoir faire absorber ce médicament par un organisme placé dans de si précaires conditions de réceptivité médicamenteuse.

On se trouve, en effet, dans ce cercle vicieux d'un estomac dont l'état morbide a été la cause des altérations de nutrition et qui cependant doit bien fonctionner pour réparer les pertes de l'économie et relever l'énergie constitutionnelle. Si le problème est peu aisé, il en ressort au moins nettement cette indication majeure de faire choix d'un ferrugineux d'assimilation très facile. Pour nous, qui avons expérimenté nombre de préparations ferrugineuses, nous nous sommes si souvent heurté à des accidents d'intolérance, action topique agressive, constipation, etc., qu'il ne nous paraît ni superflu, ni déplacé de signaler une préparation dont nous avons toujours recueilli de grands bénéfices : l'albuminate de fer. Ainsi combiné à une substance protéique, le fer est pour ainsi dire déjà en partie digéré et son absorption rendue par suite des plus faciles. En outre, cette combinaison du fer avec l'albumine nous paraît remarquablement heureuse pour combattre l'altération du liquide sanguin qui, en outre de sa lésion globulaire, réside aussi, ainsi que nous venons de le rappeler, dans une notable diminution de l'albumine.

Nous nous expliquons donc aisément les bons résultats produits par ce ferrugineux introduit depuis quelque temps déjà dans la thérapeutique, par M. Laprade, dont les récents travaux sur ce sujet paraissent avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique martiale.

Il n'est pas inutile d'ajouter que dans la *Liqueur de Laprade*, l'albuminate de fer est associé au sirop d'écorces d'oranges amères, dont l'effet est des plus avantageux pour combattre l'atonie de l'estomac. De plus, l'administration à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas, chaque cuillerée ne contenant que 5 centigrammes de métal *assimilable*, met à l'abri de ces troubles trop facilement déterminés par l'administration du fer à dose massive.

Rappelons, en terminant, que le succès obtenu dans ces dernières années par cette préparation dans la thérapeutique gynécologique et spécialement contre les irrégularités de la menstruation, s'explique facilement si l'on considère que la chlorose, qui s'accompagne presque toujours de dyspepsie, n'est elle-même le plus souvent qu'une anémie dépendant des fonctions génitales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1887. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre du ministre de l'instruction publique, relative à la revaccination obligatoire des enfants des écoles. (Comm. de vaccine.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Yvon et Marty, pour la section de pharmacie; de M. le docteur Leloir (de Lille), au titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Bouchard (de Bordeaux), avec l'exposé de ses titres scientifiques, à l'appui de sa candidature au même titre;

3° Une lettre de M. le docteur Caseneuve, professeur à l'École de médecine de Lyon, accompagnant l'envoi d'un mémoire qu'il a fait en collaboration avec son collègue, M. Arloing, sur les effets physiologiques de deux colorants rouges azoïques, très employés pour colorer les substances alimentaires;

4° Un mémoire de M. le docteur Rousse (de Fontenay-le-Comte), sur le galactidensimètre.

RAPPORTS

L'inspectorat des eaux minérales. — M. VIDAL, rapporteur de la commission, donne lecture du résumé de la discussion, dans lequel il passe successivement en revue les discours de MM. Hardy, Constantin Paul, Willemin et Tillot, qui ont tous argumenté à l'appui du rapport et en faveur de l'inspectorat local permanent, et ceux de MM. Rochard, de Ranse et Brouardel, qui ont argumenté contre et proposé des contre-projets. Puis il donne de nouveau lecture des conclusions, qui sont la reproduction textuelle de celles qui terminaient son premier rapport, et que nous avons rapportées. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 213).

La discussion de ces conclusions sera ouverte dans la séance prochaine.

Emprisonnement cellulaire. — M. LAGNEAU, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Léon Colin et Mesnet, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur de Pietra Santa, intitulé : *Étude sur l'emprisonnement cellulaire*.

Comparant la fréquence relative de l'aliénation mentale et des suicides dans les prisons cellulaires, d'une part, et dans les prisons communes, d'autre part, M. de Pietra Santa est amené à considérer le régime cellulaire comme augmentant la proportion des aliénés, ainsi que des suicidés. Aussi insiste-t-il pour que des réformes soient apportées au régime cellulaire; il demande que les prisonniers en cellules puissent se promener plus de temps chaque jour, que le travail soit généralisé, que leur alimentation soit meilleure, etc.

A la suite de l'enquête sur le système cellulaire, provoquée en 1871 par l'Assemblée nationale, la plupart des administrateurs, médecins, aumôniers des prisons, semblent s'être accordés pour

trouver ce système cellulaire bien préférable au système en commun. M. le docteur de Pietra Santa ne partage pas cette opinion. Ne lui sachons pas moins gré, dit M. le rapporteur, en manière de conclusion, de ses études sur l'emprisonnement cellulaire.

LECTURES

Loi protectrice de la première enfance. — M. BLACHE donne lecture d'un travail statistique sur les résultats de l'application, dans le département de la Seine, de la loi protectrice de la première enfance (loi Roussel). (Renvoyé à la commission de l'hygiène de l'enfance.)

Les faux témoignages des enfants devant la justice. — M. MOTET lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il s'est proposé d'exposer ce qu'il y a d'émouvant dans le récit d'un enfant racontant les détails d'un crime dont il prétend avoir été le témoin ou la victime; la naïveté de langage, la simplicité de la mise en scène accroissant l'intérêt et entraînant la confiance; de montrer comment l'entourage se laisse aisément gagner par une émotion qui va grandissant toujours, se doublant de l'indignation et de la pitié qu'inspire une monstrueuse aventure; par quel procédé parents, amis, voisins, acceptent sans contrôle le fait, vrai ou faux, y ajoutant incessamment de nouveaux détails, qui constituent un ensemble bien plus complet que le récit primitif; enfin comment l'enfant s'en empare, se l'assimile, le reproduit sans variantes, et avec quelle précision terrible il accuse devant le magistrat.

A la suite de la relation de plusieurs récits ou faux témoignages de ce genre, tous, en effet, plus ou moins émouvants, M. Motet termine son mémoire par les considérations médico-légales suivantes :

On comprend sans peine combien, au point de vue médico-légal, il est important de se tenir en garde contre ces affirmations mensongères; les plus graves complications peuvent naître... C'est l'honneur de notre pays que les magistrats chargés de l'instruction ne soient plus de ceux dont parlait Voltaire, « qui craignent le pouvoir du préjugé ». C'est notre honneur aussi, à nous médecins, de pouvoir apporter la lumière dans ces questions si délicates, d'un examen parfois si difficile.

Lorsqu'il s'agit de l'enfant, il ne faut jamais oublier que sa jeune intelligence est toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses, que les fictions le charment et qu'il objective puissamment ses idées, qu'il arrive avec une étonnante facilité à donner un corps aux fictions écloses dans son imagination; que son instinctive curiosité, son besoin de connaître et l'influence qu'exerce sur lui l'entourage, le disposent à accepter sans contrôle possible tout ce qui lui vient de ces sources diverses. Bientôt il ne sait plus ce qui lui appartient en propre, ce qui lui a été suggéré, il est affranchi de tout travail d'analyse et sa mémoire, entrant seule en jeu, lui permet de reproduire sans variantes un thème qu'il a retenu. Mais c'est précisément par cette répétition monotone que l'enfant se laisse juger. Quand le médecin expert, après plusieurs visites, retrouve les mêmes termes, les mêmes détails, lorsqu'il suffit de la mise en train pour entendre se dérouler dans leur immuable succession les faits les plus graves, il peut être sûr que l'enfant ne dit pas la vérité et qu'il substitue, à son insu, des données acquises, à la manifestation sincère d'événements auxquels il aurait pu prendre part.

En médecine légale, si l'étude de troubles en apparence aussi complexes peut arrêter quelque temps, si de sérieuses difficultés doivent être vaincues, le médecin, habitué aux recherches de ce genre, trouvera dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande. (Commiss. MM. Ball et Blanche.)

Anesthésie des animaux par l'acide carbonique. — M. GRÉHANT rend compte à l'Académie d'expériences faites sur des lapins en vue de produire chez ces animaux une anesthésie prolongée; il a employé des mélanges d'acide carbonique, d'air et d'oxygène en volumes tels que la proportion de l'oxygène soit égale à 20, 8 p. 100.

L'un des résultats de ces expériences a été de montrer que le rôle physiologique des poumons était complètement annihilé quant à l'exhalation de l'acide carbonique, mais un peu d'oxygène (0,6) a été absorbé, trois fois moins qu'à l'état normal. Ces analyses montrent combien il serait dangereux d'essayer, chez l'homme, l'anesthésie par l'acide carbonique, car les tissus imprégnés de ce poison perdent leurs propriétés physiologiques et la production locale de la chaleur est considérablement diminuée. (Commiss. MM. Leblanc et Colin, d'Alfort.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

172. M. Boissin. Des hernies adhérentes au sac. — 173. M. Hallé. Uretérite et pyélite. — 174. M. Lafosse. Étude clinique de la céphalée neurasthénique. — 175. M. Bouton. De la métrite chez les vierges. — 176. M. Brunon. Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive. — 177. M. Grenier. Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques. — 178. M. Achard. De l'apoplexie hystérique. — 179. M. Mayer. L'avenir des pleurétiques. — 180. M. Bérard. Suppuration dans les fractures fermées. — 181. M. Bouquet. Contribution à l'étude des fractures de la jambe. — 182. M. Veper. De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie. — 183. M. Persy. Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'urémie. — 184. M. Chibrac. Nouvel appareil à pointe métallique pour être associé à une gouttière plâtrée. — 185. M. Dessaux. De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 avril 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Perrin, en remplacement de M. Guérin, retraité; maintenu comme médecin en chef de la place de Verdun.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Fournier, en remplacement de M. Perrin, promu; désigné comme médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin major de deuxième classe Chevassu, en remplacement de M. Fournier, promu; maintenu à l'École supérieure de guerre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Marotel, en remplacement de M. Chevassu, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 4 avril 1887, ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. les médecins principaux de première classe Massoutié, désigné comme médecin chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons; Massaloup, désigné comme médecin chef de l'hôpital militaire de Belfort;

M. le médecin principal de deuxième classe Durant, désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris;

MM. les médecins-majors de première classe André, désigné pour le 99e d'infanterie; Bélime, désigné pour l'École d'application de cavalerie, à Saumur;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Guichet, désigné

pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse; Martin, désigné pour le 6e régiment de dragons; Godin, pour le 95e d'infanterie; Lemoine, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Daum, désigné pour le 21e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de première classe Rivaud, désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Langle, désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam;

M. le pharmacien aide-major de première classe Barthe, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

— Par arrêtés ministériels, en date des 26 mars et 7 avril 1887, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner aux médecins, dont les noms suivent, les récompenses ci-après désignées :

Médailles d'argent. — M. le docteur Jenevin, médecin de première classe de la marine, détaché à Kerhuon-le-Rebecq (commune de Guipavas), en 1885-1886; y a rendu les plus grands services à la population par son dévouement et sa fermeté.

M. le docteur Monteils, à Alais : a fait preuve d'un dévouement exceptionnel au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi dans cette ville en 1884-1885.

M. Marie (de Voiron), avocat à la Cour d'appel et prosecteur à l'École de médecine de Grenoble : s'est distingué par un dévouement tout exceptionnel, comme interne à l'hôpital mixte de Grenoble, lors d'épidémies de scarlatine et de diphthérie qui y ont sévi en 1885-1886; a été atteint lui-même à deux reprises par ces maladies.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er avril 1887, les registres d'inscription seront ouverts aux secrétariats des Facultés et Écoles d'enseignement supérieur, du 5 avril au 15 mai 1887.

Les demandes en vue des dispenses des droits d'inscription pour le troisième et le quatrième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 devront être adressées aux doyens ou directeurs avant le 1er mai 1887.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le mercredi 20 avril. Il sera clos, le samedi 14 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 avril;

2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat et de deuxième année d'officiat, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 avril;

3° Les inscriptions de troisième année de doctorat et de troisième année d'officiat, les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 mai;

4° Les inscriptions de quatrième année de doctorat et de quatrième année d'officiat, les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13 et samedi 14 mai.

MM. les étudiants de quatrième année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les élèves internes et externes des hôpitaux doivent joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1886-1887. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Radois est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Grès, démissionnaire.

— M. le docteur Villeneuve, médecin-adjoint au lycée de Marseille (Belle-de-mai), est nommé médecin du lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Vésine Larue, décédé.

M. le docteur Gallerand, médecin-adjoint du lycée de Marseille, est nommé médecin du petit lycée, en remplacement de M. le docteur Villeneuve.

— M. le docteur Cerné, médecin-adjoint du lycée de Rouen, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. le docteur Hue est nommé médecin-adjoint du lycée de Rouen, en remplacement de M. le docteur Cerné.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa dix-septième session en Algérie, à Oran, en 1888, pendant les vacances de Pâques.

En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le Conseil d'administration a décidé que, seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887 seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du congrès d'Oran.

Les personnes inscrites en 1888 ne jouiront de ces avantages que si le nombre des congressistes ne dépasse pas le chiffre prévu; elles seront admises par ordre d'inscription.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Louis Bozérian, externe des hôpitaux de Paris, fils de M. Bozérian, sénateur, décédé le 10 avril 1887, à l'âge de vingt-quatre ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Ball recommencera son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 17 avril 1887, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

— M. Dareste, directeur du laboratoire de tératologie à l'École pratique des hautes études, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et de tératologie, dans son laboratoire (bâtiments du musée Dupuytren), le mardi 19 avril 1887, à quatre heures de l'après-midi, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Ed. Becquerel ouvrira son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 18 avril 1887, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels, et s'occupera notamment de l'électro-chimie ainsi que des actions chimiques et physiologiques de l'électricité.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mardi 26 avril 1887, à dix heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Lignier soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : Recherches sur l'anatomie comparée des Calycandrées, des Mélastomacées et des Myrtacées.

— *Erratum.* — La figure 24 de la page 334 doit porter le n° 27, et la figure n° 27 de la page 364 doit prendre le n° 24.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21009

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites.

Par M. Henri HARTMANN, prosecteur à la Faculté de Paris.

L'idée de drainer la vessie pour traiter une cystite n'est pas née d'hier. François Collot (*Œuvres posthumes*, Paris, 1727, p. 235) dit que, lorsque le mal est trop grand et qu'il résiste au traitement « il faut avoir recours aux remèdes rigoureux; on doit faire une incision au périnée, y entretenir une canule pour un temps, tirer les urines et les matières corrompues, faire de bonnes injections de la vessie, etc. ». J.-L. Petit, dans les cas où la cavité de la vessie est diminuée par la « crispation », propose de même de faire une boutonnière périnéale.

Cette pratique était toutefois restée isolée et les vessies enflammées n'étaient guère ouvertes, que par suite d'erreur de diagnostic, ou pour obéir à des théories hypothétiques. Cheselden, Dupuytren, Roux, Desault, Liston ont fait des tailles, n'ont pas enlevé de calcul et néanmoins leurs malades ont été soulagés. Fergusson fendit le périnée d'un de ses malades avec l'idée de sectionner les plexus nerveux et les parties irritables du col de la vessie; il obtint un soulagement.

C'est l'observation de ces faits, qui conduisit les chirurgiens à agir de propos délibéré par une intervention opératoire contre les inflammations vésicales. Parker, en 1850, fut un des premiers à intervenir chirurgicalement. En 1867, James Mac-Craith, à Smyrne, E. Bickersteth, à Liverpool, Eve, à New-York, publièrent chacun de leur côté une observation de cystotomie pour cystite.

Peu de temps après, les gynécologistes américains érigèrent, comme méthode de traitement des cystites graves chez la femme, l'incision de la cloison vésico-vaginale, la kolpocystotomie pour employer la dénomination donnée par Montrose, Pallen à cette opération. La priorité de cette opération est disputée. Bozeman aurait le premier incisé la vessie en pareille circonstance; sa première cystotomie remonte au mois de janvier 1861; la fistule ainsi créée a été fermée en juin, et, neuf ans après, la malade était encore guérie. L'observation fut publiée en 1871 dans l'*American Journal of obstetrics*. Nous croyons toutefois devoir regarder Emmet comme le promoteur de la méthode, ou tout au moins comme son vulgarisateur. Les premières observations de fistules vésico-vaginales, qui aient été publiées, lui sont dues. On les trouve dans son livre sur la fistule vésico-vaginale, publié en 1868. C'est sur le conseil de Sims, qu'après une ablation de calcul chez une femme, atteinte de cystite extrêmement douloureuse, il a été amené à laisser la vessie ouverte pour la faire reposer. Frappé du bon résultat obtenu, il créa ultérieurement des fistules dans des cystites rebelles, afin de laisser l'urine s'écouler librement au dehors.

Presque vers la même époque, et dans un but complètement différent, afin de parfaire un diagnostic, les chirurgiens anglais et allemands, Thompson et Simon en particulier, multiplièreut les incisions exploratrices de la vessie. Ces opérations, en même temps qu'elles montrèrent *l'innocuité* de l'ouverture et du drainage de la vessie, établirent que l'on pouvait trouver là un excellent mode de traitement de l'*irritable bladder*, de la vessie douloureuse.

I

Tous les éléments de la question étaient donc réunis depuis une vingtaine d'années et la solution définitive se présentait nette et précise pour qui savait s'en tenir à l'observation directe des faits.

Le drainage de la vessie, comme traitement des cystites, ne pénétrait toutefois pas dans la pratique, et l'idée d'en assurer le repos n'était pas nettement formulée. De temps à autre, un chirurgien de talent faisait une tentative, il essayait une fois, deux fois, d'intervenir chirurgicalement; puis, soit que la nature des lésions empêchât toute réparation, soit que le traitement consécutif fût mal dirigé, les résultats ne répondaient pas à son attente et il abandonnait ce mode de traitement. Aussi les interventions de Dolbeau, Verneuil, Duplay, Ollier, Tédenat, Poinsot, Lesueur, restèrent-elles à l'état de tentatives isolées.

Aujourd'hui, la question change de face. En un an, nous avons pu recueillir 26 cas inédits d'intervention opératoire pour cystite et réunir dans notre thèse (*Des cystites douloureuses*, Paris, 1887), 188 *observations* d'intervention, publiées çà et là dans les divers recueils. C'est dire qu'actuellement nous pouvons raisonner, non plus sur des faits isolés, mais sur un nombre imposant d'observations. M. Guyon

s'est fait en France l'apôtre de la méthode nouvelle et il y a un mois M. Le Dentu, dans une communication à la Société de chirurgie, s'en déclarait aussi partisan.

II

Ce qui, pendant des années, a arrêté les chirurgiens et les a empêchés de formuler avec netteté l'importance qu'il y a à *assurer le repos de la vessie enflammée*, c'est l'idée fausse qu'ils se faisaient de la physiologie pathologique des *douleurs vésicales* dans les cystites. Presque tous s'estimaient heureux lorsqu'ils avaient prononcé le mot de cystalgie ou de spasme du col. On avait la cystalgie idiopathique et la cystalgie symptomatique, la contracture douloureuse du col dépendant d'une fissure (Spiegelberg), de la diathèse rhumatismale (Caudmont et ses élèves), etc.

Nous commençons, heureusement, à nous débarrasser de toutes ces idées théoriques. Les travaux récemment publiés par des auteurs, dont la compétence, en matière de chirurgie urinaire, est reconnue par tous, MM. Guyon et Thompson, ont établi qu'il n'y avait aucun compte à tenir de ces dénominations et de ces distinctions. L'étude des malades, que nous avons pu suivre à l'hôpital Necker, nous a conduit au même résultat.

Il n'y a pas de contracture douloureuse du col existant à l'état isolé et l'on peut, au moment même des crises vésicales les plus douloureuses, constater, ainsi que nous l'avons fait nombre de fois, qu'il n'existe aucune contracture du col vésical à ce moment. Le fait est des plus faciles à vérifier avec l'explorateur à boule olivaire.

Le spasme uréthral ou contracture de la portion membraneuse, d'une existence réelle dans quelques cas, est absolument indépendant de ces crises douloureuses, qui accompagnent certaines cystites et qu'on a décrites sous le nom de cystalgie.

Nous ne nierons pas qu'il ne puisse, dans certains cas, se montrer, sous l'influence de la diathèse rhumatismale, des douleurs profondes, à siège difficile à localiser, qu'on est tenté de rapporter, suivant l'usage, au col vésical, et qui sont indépendantes de toute espèce d'inflammation vésicale. Nous avons eu l'occasion d'observer quelques-uns de ces malades. Notre maître, M. Guyon, nous a dit en voir assez souvent dans la clientèle urbaine où ils sont plus fréquents que dans la pratique hospitalière, et, tout récemment, M. Le Dentu nous racontait l'histoire des plus intéressantes d'un malade de cette nature.

Dans ces cas comme dans les cystites, il n'y a pas de contracture du col vésical. Lorsqu'on pratique l'examen méthodique de l'urèthre avec l'explorateur à boule, on trouve, comme chez tous les névropathes, une sensibilité excessive du canal, surtout marquée au passage de la portion membraneuse. Celle-ci se contracte même souvent au contact de la sonde et donne ainsi naissance à tous les signes cliniques du spasme uréthral. Il s'agit chez ces rhumatisants, névropathes, d'une de ces névralgies vésicales, encore mal connues aujourd'hui.

Pour se faire une idée juste de la physiologie pathologique des douleurs vésicales dans les cystites, le mieux est, croyons-nous, de faire table rase de toutes les explications théoriques qui traînent dans les livres et de chercher à fonder, sur des notions précises de physiologie normale, l'étude des phénomènes pathologiques.

Les travaux de M. Guyon, sur la physiologie normale et pathologique de la vessie (in *Leç. clin.*, et *Ac. des sciences*, 14 mars 1887), ont montré que la sensibilité était bien plus accusée à la distension du réservoir qu'à l'attouchement de son col. Ce que faisait prévoir l'étude de la physiologie normale est confirmé par la physiologie pathologique. L'observation des malades, atteints de cystite chronique douloureuse, établit que les *crises douloureuses*, souvent atroces, dont ils souffrent, sont liées à une *contracture de tout l'appareil musculaire lisse* de la vessie. Il y a une colique vésicale, absolument comparable à la colique intestinale, à la colique hépatique, à la colique utérine. Comme toutes les autres coliques, elle est due à la contracture douloureuse d'un appareil musculaire lisse, dans l'espèce, le muscle vésical.

Nous avons pu, chez plusieurs malades, constater de la façon la plus nette que les phénomènes douloureux étaient intimement liés aux contractions de la vessie. Dans nos notes, nous retrouvons l'histoire d'un prostatique, porteur d'une cystite douloureuse d'intensité moyenne, chez lequel les phénomènes pouvaient être étudiés et dissociés très facilement. Lorsqu'on injectait lentement par la sonde une petite quantité d'acide borique dans la vessie, il arrivait rapidement un moment où le malade accusait un besoin d'uriner, il suffisait de 80 grammes de liquide pour provoquer ce besoin. Si alors on pressait le piston de la seringue, en empêchant le liquide de ressortir, on provoquait presque immédiatement un accès de douleurs extrêmement vives, qui se calmaient d'elles-mêmes au bout de quelques minutes. Le doigt, appliqué sur le piston de la seringue qu'il empêchait de reculer, éprouvait, au moment de la crise douloureuse, une poussée très nette, due au reflux liquide, que tendait à expulser de sa cavité le muscle vésical. Si, au contraire, on laissait le liquide s'écouler dès que se faisait sentir le besoin, on le voyait d'abord sortir lentement sans douleur puis le jet croissait en même temps que le malade souffrait un peu; les douleurs augmentaient parallèlement à la force du jet, et, à la fin de la miction, des douleurs excessives accompagnaient l'expulsion d'une petite quantité de sang exprimé de la muqueuse par la contracture du muscle sous-jacent.

Par suite de sa sensibilité exagérée par l'inflammation, le muscle vésical ne se laisse que très peu distendre dans certaines variétés de cystites; la vessie perd beaucoup de sa capacité physiologique (Voy. Duchastelet, *Thèse* 1886); elle est pleine dès qu'une petite quantité d'urine y est accumulée, et, pleine, elle se contracte. D'où ce symptôme, la *fréquence des mictions*, qu'on trouve presque toujours associé à la douleur dans les cas d'inflammation de la vessie.

III

On comprend facilement que, dans ces cas de vessies enflammées et douloureuses, se contractant à tous moments, le drainage soit rationnellement indiqué et constitue un excellent moyen de traitement. Le tube, pourvu que son fonctionnement s'exécute d'une façon régulière, évacuera l'urine à mesure qu'elle arrivera des uretères. Il n'y aura plus de distension de la vessie; le muscle vésical n'étant plus soumis à son excitation habituelle, l'élongation de ses fibres, cessera de se contracter, et comme c'était sa contracture qui était douloureuse, il n'y aura plus de douleur.

Ces résultats, que le raisonnement pouvait faire prévoir, sont confirmés par les données de l'observation clinique. Tel malade qui souffre, presque d'une façon constante, de douleurs intolérables, au cours d'une cystite, voit ses douleurs cesser subitement et comme par enchantement, dès que, par un moyen quelconque (le drainage constitue le

plus efficace), l'évacuation continue de la vessie est assurée. *Pas de distension, pas de contraction, pas de douleur.* Voilà trois phénomènes qui se suivent, s'enchaînent et dépendent chacun du précédent.

L'observation clinique des malades en est une preuve des plus nettes. Tant que l'évacuation continue de la vessie est assurée, qu'il n'existe aucune distension du réservoir urinaire, les douleurs cessent complètement; dès que, pour une cause ou pour l'autre, l'écoulement de l'urine se fait mal, le liquide, en s'amassant dans la vessie, la distend, et avec les besoins d'uriner reparaissent les douleurs.

Deux femmes, atteintes de cystite douloureuse, que nous avons pu suivre, virent leurs douleurs disparaître, comme par enchantement, à la suite de la section de la cloison vésico-vaginale, faite par notre maître et ami, M. Brun, à l'hôpital Lariboisière. Par suite du rétrécissement rapide de l'orifice fistuleux, l'écoulement des urines fut gêné au bout de peu de temps et les douleurs reparurent en même temps que les besoins d'uriner. L'examen direct des parties ayant montré que la fistule fonctionnait mal, qu'une certaine quantité d'urine était retenue, M. Brun agrandit l'orifice, assura un libre cours aux urines et avec les besoins d'uriner disparurent les douleurs.

Cette efficacité parfaite de la fistulisation de la vessie, dans la suppression de la douleur, s'est toujours montrée à nous-même dans les cas les plus invétérés. Chez une malheureuse femme porteuse d'une cystite des plus douloureuses, ayant subi les traitements les plus variés, jusques et y compris la dilatation du col vésical, morphinomane, prenant 25 centigrammes de morphine par jour sans arriver à obtenir de repos, chassée de différents services hospitaliers à cause de ses cris continuels, l'incision de la vessie fut suivie d'un plein succès.

Outre ce bénéfice très réel, la suppression de la douleur, que procure le drainage des vessies enflammées, celui-ci a encore d'autres avantages. Quelquefois les cystites douloureuses, quelle qu'en soit la nature, blennorrhagique, tuberculeuse, néoplasique, etc., s'accompagnent d'un écoulement sanguin abondant. Ces hématuries, qui surviennent au cours d'une cystite, sont le plus souvent d'origine congestive, ainsi que l'a montré notre collègue et ami, M. Tuffier, dans sa thèse (*Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*, Th. Paris, 1885).

Dans ces cas, la congestion dépend en grande partie de l'afflux vasculaire, que déterminent, dans les tuniques de la vessie, ses contractions répétées et souvent même résultent directement de la contracture de cet appareil musculaire, qui exprime, en quelque sorte, la muqueuse sous-jacente. Les hématuries qui surviennent à la fin de la miction en sont une des manifestations les plus nettes.

L'évacuation continue de la vessie a, chez ces malades, une valeur thérapeutique des plus grandes. Supprimant les contractions vésicales, elle fait cesser la congestion et l'hématurie qui les accompagnent, c'est là un fait qu'on ne dit pas assez dans les livres et qui est des plus nets en pratique. *Dès que l'évacuation continue de la vessie est assurée, l'hématurie cesse.*

Ce résultat, des plus remarquables, mérite toute notre attention. Il est d'autant plus important qu'on peut l'obtenir, quelle que soit la cause de l'hématurie vésicale qu'on a à traiter.

Pendant notre internat à l'hôpital Necker, nous avons vu un malade, porteur d'une tumeur vésicale, qui vint à l'hôpital, pris d'une hématurie extrêmement abondante, telle qu'elle l'aurait certainement emporté en peu de temps, si l'on n'avait pu y mettre un terme. Notre excellent maître, M. Guyon, lui faisait d'urgence, le matin même, une taille hypogastrique, et, comme par enchantement, l'hématurie s'arrêtait.

L'hématurie s'est de même arrêtée immédiatement chez deux malades, porteurs l'un d'une cystite tuberculeuse, l'autre d'une cystite blennorrhagique pseudo-membraneuse, dès que l'évacuation continue de la vessie fut assurée. Dans le second de ces cas, l'hématurie reparut avec les contractions vésicales, dès que le drainage, qu'on avait fait par le périnée, fut supprimé. La taille hypogastrique, à laquelle ce même malade fut soumis par M. Guyon, arrêta de nouveau l'hématurie.

Le drainage de la vessie aurait encore un autre but, celui de diminuer la suppuration. Lors de sécrétion abondante, la vessie suppurante rappelle la cavité d'un abcès. C'est là une comparaison affectionnée par l'école de Vienne, Dittel et ses élèves. Comme pour tous les abcès, le meilleur mode de traitement est l'évacuation méthodique du pus, le drainage au point déclive. *Éviter la stagnation de matériaux septiques* est un des points les plus importants dans le traitement de toutes les cavités suppurantes, de la vessie comme des autres cavités. Aussi quelques chirurgiens pensent-ils qu'on doit, en présence d'une vessie qui suppure abondamment, ne pas hésiter à fendre le périnée et à placer un drain dans la partie déclive de cette cavité.

IV

Les différentes considérations que nous venons d'exposer, nous ont montré que le drainage et l'évacuation continue de la vessie s'attaquaient à des manifestations multiples de son inflammation : à la *douleur*, à l'*hématurie*, à la *suppuration*.

Nous ne pensons pas que le drainage soit aussi nécessaire, qu'on le croirait *a priori*, pour lutter contre la dernière de ces manifestations, contre la suppuration. Nous possédons actuellement des modificateurs tellement puissants de la muqueuse vésicale, que le drainage nous semble inutile pour lutter contre la suppuration de ce viscère.

Le nitrate d'argent en particulier, en solution à 1/500, 1/300, 1/200, suffit en général pour amener très rapidement la diminution de la sécrétion, que donne la muqueuse enflammée.

Le drainage nous semble destiné à agir surtout contre la douleur, et par suite contre l'hématurie, qui quelquefois l'accompagne et qui, comme elle, dépend en grande partie des contractions répétées et violentes de la musculature vésicale. Il n'agit pas seulement contre le symptôme douleur ou contre le symptôme hématurie. Par ce fait qu'il fait cesser les contractions vésicales, en supprimant leur cause, la distension vésicale, il met la vessie au repos et en diminue notablement l'inflammation.

Ce drainage de la vessie agit contre l'inflammation de la muqueuse dans les cystites comme l'appareil plâtré contre l'inflammation de la synoviale dans les arthrites.

L'indication capitale, dans le traitement d'une inflammation, quelle qu'elle soit, qui consiste à mettre au repos la partie enflammée, trouve ici son application comme partout ailleurs. Très bien comprise par les chirurgiens qui traitent des arthrites, elle n'a été en général que peu acceptée, par

les spécialistes qui ont à guérir des cystites. Cette idée de mettre au repos la vessie enflammée pénètre toutefois, de plus en plus, dans la pratique, depuis quelques années. Tout récemment, elle a trouvé en France un défenseur convaincu et autorisé dans M. Guyon qui, dans son service, dans ses leçons et dans ses écrits, s'en est constitué un des vulgarisateurs.

S'ensuit-il que, dans toutes les cystites, douloureuses ou congestives, s'accompagnant de contractions répétées du muscle vésical, le drainage et l'évacuation continue de la vessie trouvent leur indication? Pas le moins du monde; dans les cas de cystite aiguë, où il ne s'agit que d'une lésion facilement curable, il suffit de modifier quelque peu l'état de la muqueuse pour obtenir rapidement une cessation des symptômes et une grande amélioration dans l'inflammation vésicale : quelques instillations, faites à intervalles de deux à trois jours, avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 suffiront le plus souvent pour calmer les phénomènes douloureux ou congestifs.

Pour nous, le drainage de la vessie ne trouve son indication que dans ces cystites chroniques, que nous avons étudiées avec notre maître M. Guyon sous le nom de *cystites douloureuses*. Il s'agit alors de cystites rebelles au traitement habituel, et ordinairement très douloureuses.

Ces cystites douloureuses ont été souvent décrites à tort sous le nom de cystalgies (1), mot qui a l'inconvénient de faire croire à une absence de lésions et ne sert malheureusement trop souvent qu'à dissimuler l'ignorance où l'on est de la véritable nature de l'affection qu'on a à traiter.

Dans ces cas, il n'y a pas seulement exagération du symptôme douleur, mais durée de ce symptôme et continuité sans accalmie sérieuse. Comme la maladie résiste en général à tous les traitements classiques des inflammations vésicales, on est autorisé à recourir au drainage.

Les bons effets de celui-ci se feront sentir quelle que soit la cause de la cystite. Que le point de départ de l'affection ait été une blennorrhagie, un néoplasme, la tuberculose, un calcul, etc., toujours on retirera de grands avantages du drainage, s'il s'agit d'une vessie chroniquement enflammée, soumise à des contractions incessantes et douloureuses. C'est ce qui a permis à notre maître M. Guyon de créer un groupe clinique de cystites : les cystites douloureuses, ayant ses symptômes caractéristiques et son traitement spécial, indépendant de la nature même de la cystite. Il s'agit là d'une dénomination purement clinique, destinée à rapprocher et à grouper un certain nombre de cystites qui, toutes, présentent une indication thérapeutique commune.

Nous croyons que c'est dans ces cystites douloureuses et dans ces cystites seulement, quand on a épuisé les ressources de la thérapeutique habituelle, qu'on doit recourir au drainage de la vessie. Nous pensons donc que les chirurgiens anglais vont trop loin dans la pratique du drainage vésical. Nous ne parlons pas ici pour sir H. Thompson, qui, croyons-nous, est plus sobre que beaucoup de ses confrères d'interventions opératoires. Mais il est fait, depuis quelques années, de l'autre côté de la Manche, un véritable abus du drainage de la vessie. Nombre de chirurgiens y trouvent qu'ouvrir la vessie est plus simple que faire un diagnostic. Aussi beaucoup de vessies, étiquetées *irritable bladder*, sont-elles soumises au drainage, qui auraient guéri par des moyens certainement plus simples et aussi profitables au malade.

Le drainage est un mode de traitement excellent, mais il nous semble excessif d'en étendre aussi loin le domaine.

V

Nous venons de voir quels étaient les avantages du drainage de la vessie, quelles en étaient les indications, il nous reste maintenant à voir comment on peut le pratiquer.

Chiene, d'Edimbourg, ayant obtenu un drainage parfait de la vessie, *par la sonde à demeure*, dans la cure d'une fistule périnéale, eut l'idée de l'essayer dans un cas de cystite, chez une femme. Il échoua dans ses tentatives et le siphonnage qu'il avait institué ne fonctionna pas. Leary, au contraire, dans deux cas de cystite chez l'homme et dans quatre cas chez la femme, obtint six succès par le simple emploi de la sonde à demeure, laissée sept jours dans un cas, douze à vingt jours dans les autres. La seule précaution prise par ce chirurgien était de ne pas trop enfoncer la sonde, à cause de la douleur qu'elle déterminait, lorsqu'elle arrivait au contact de la muqueuse vésicale.

Nous avons, à diverses reprises, essayé la sonde à demeure pour drainer la vessie. La sonde molle et rouge se déplaçait et la sonde à béquille, en gomme, plus dure, ne procurait qu'un soulagement relatif. Nous avons alors fait construire une sonde présentant une certaine fermeté dans toute l'étendue qui correspondait au canal uréthral, et très molle à son extrémité, sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Nous avions ainsi une sonde qui ne devait pas se ployer dans le canal comme la sonde rouge, et qui, en même temps qu'elle présentait l'avantage de ne pas irriter le col de la vessie, avait celui de ne pas fournir, son extrémité étant molle, de point d'appui à la contraction vésicale. Théoriquement, c'était bien; pratiquement ce fut médiocre, et nous n'obtînmes de bons résultats qu'en adjoignant à la sonde un tube de caoutchouc descendant dans un bocal placé à terre et siphonnant la vessie. L'appareil devenait dès lors complexe et inférieur à l'intervention opératoire.

Partant d'un principe analogue, *mettre la vessie au repos*, et voulant en même temps en assurer l'aseptie, quelques auteurs ont eu l'idée de laver la vessie en même temps qu'on la vidait, avec une sonde à double courant, mise à demeure. Cette pratique de l'irrigation continue de la vessie, employée par Sinclair, lui a donné un succès chez une femme dont la cystite douloureuse avait jusqu'alors résisté à tous les traitements employés. Avant lui, Schucking avait déjà préconisé les sondes à double courant, contre le catarrhe vésical.

Nous ne croyons pas que ce mode de traitement soit recommandable dans les cystites douloureuses, qui requièrent spécialement le drainage. Bien loin d'assurer le repos de la vessie, l'irrigation continue, si l'on veut qu'elle entraîne les mucosités, nécessite la mise en tension du réservoir. Les expériences de notre ami, M. le docteur Desnos, ont, en effet, montré que, pour que la sonde à double courant débarrasse la vessie des produits de sécrétion qui s'y accumulent, il faut pousser l'injection avec une certaine violence, la distension de la vessie étant nécessaire pour produire un jet de sortie entraînant les mucosités.

Les interventions opératoires qui assurent l'évacuation continue de la vessie sont de deux ordres. Les unes consistent simplement à dilater le col, dans le but d'obtenir ainsi une incontinence passagère; les autres permettent l'évacua-

(1) C'est là un mot destiné à disparaître, tout comme celui de coxalgie, qu'on remplacera avec le temps par ceux de coxotuberculose (Lannelongue), coxite rhumatismale, coxalgie hystérique, etc.

tion d'une façon durable, à l'aide d'un véritable drainage fait à travers une plaie périnéale ou une plaie hypogastrique.

La *dilatation simple du col*, sans drainage, se pratique surtout chez la femme. Elle ne suffit le plus souvent pas à procurer l'évacuation continue qu'on recherche. Elle ne donne, en effet, pas d'incontinence, ou ne donne, à part de rares exceptions, qu'une incontinence passagère. Par suite, l'évacuation continue de la vessie, qui la suit, n'est que de courte durée. Aussi les résultats sont-ils très notablement inférieurs à ceux obtenus par les autres modes de traitement, que nous allons étudier et qui assurent, d'une façon complète et durable, le repos de la vessie. On peut la regarder comme un traitement simple de la cystite chez la femme, intermédiaire au traitement ordinaire et au traitement opératoire énergique.

Elle est insuffisante pour les cas intenses, et, de plus, malgré sa bénignité apparente, cette dilatation expose à des ruptures, des déchirures du canal, des hémorrhagies, des poussées de cystite, à l'infiltration et surtout à l'incontinence incurable d'urine. Dans un cas d'Emmet, cette incontinence était due à une hernie de la tunique musculaire, cicatrisée à travers une déchirure de la muqueuse.

Aussi les chirurgiens américains ont-ils cherché à obtenir une évacuation plus parfaite et plus persistante de la vessie par d'autres moyens. Ils ont pratiqué la *kolpocystotomie* ou section de la cloison vésico-vaginale. Bozeman, Emmet, Montrose-Pallen, Harris, Garrigues, Bauer, Byrne, Chenu, Hodge, Keyt, Morton, Parvin, Collins, Warrens, en Amérique, Atthill et Macan en Irlande, Elder et Simpson en Angleterre, Simon en Allemagne, Guyon, Terrier, Brun, Desnos, Le Dentu, en France, ont eu des succès avec cette opération.

Le manuel opératoire en est des plus simples. La malade est placée en travers du lit, dans la position de la taille. L'aide fait saillir la cloison vésico-vaginale à l'aide d'un cathéter ordinaire ou mieux d'un cathéter spécial, en forme de sonde de Sims, à courbures un peu fortes, portant dans sa portion vésicale une cannelure perforée dans une étendue de 4 centimètres. (Voir notre thèse : *Des cystites douloureuses*, p. 72.) La commissure postérieure de la vulve étant abaissée avec une valve de Sims, et le cathéter étant maintenu bien médian, afin d'éviter la lésion des uretères, le chirurgien ponctionne la cloison dans une étendue de 4 centimètres. On est sûr d'éviter ainsi tout glissement de la vessie sur le vagin et d'avoir une section de la muqueuse vésicale répondant très exactement à la section de la muqueuse vaginale.

En théorie, il n'est pas nécessaire de faire une ouverture plus large que la somme de l'aire des deux uretères ; en pratique, il la faut beaucoup plus grande, parce qu'en dépit des efforts qu'on fera, l'orifice se rétrécira toujours dans une certaine mesure. Aussi Bozeman recommande-t-il d'exciser un segment circulaire de la cloison, grand comme un demi-dollar.

Montrose-Pallen se sert du thermo-cautère ; Byrne, du galvano-cautère. Emmet, après avoir essayé des drains, des clous de verre, la dilatation quotidienne avec le doigt, s'est arrêté, non pour éviter l'infiltration d'urine, comme on l'a dit, mais pour empêcher la rétraction de l'orifice, à l'idée de border cet orifice avec la muqueuse vésicale, facilement mobilisable. Cette pratique nous semble devoir être la méthode de choix. Elle n'est malheureusement pas toujours possible, et, dans quelques cas où la muqueuse, épaissie et friable, ne se laisse pas attirer, on pourra se contenter d'un simple drain maintenu pendant quelques jours dans la plaie, soit par un point de suture, soit par une anse de fil sortant par le canal uréthral. En général, au bout de quelques jours on peut retirer le drain, le trajet fistuleux est constitué.

Quelquefois, cela ne suffit pas, et la rétraction de la fistule se produit avec une rapidité étonnante. Chez une de nos malades, le drain, fixé au bord de la plaie par un fil d'argent, tomba le cinquième jour, et le rétrécissement de la plaie se fit tellement vite que, le soir, la fistule avait cessé de fonctionner et que les besoins d'uriner avaient reparu, accompagnés de douleurs. Notre maître, F. Brun, dut l'agrandir, ce qu'il fit du reste très facilement, avec le thermo-cautère.

Le second accident immédiat à redouter est l'hémorrhagie. Celle-ci peut se produire au moment même de l'opération, lorsqu'on emploie le bistouri. Elle est rare lorsque l'incision est bien médiane, vu la rareté des vaisseaux à ce niveau. Emmet a observé une hémorrhagie abondante à la suite d'une incision qu'il avait faite transversale à cause de l'exiguité de l'espace qui séparait le col de l'utérus de la vulve.

Il conseille, en pareille circonstance, d'étreindre dans un point de suture métallique la cloison vésico-vaginale au niveau du vaisseau sectionné. Cela vaut mieux lorsqu'il s'agit d'un vaisseau de calibre important, que les injections d'eau froide, d'eau chaude, d'eau chargée d'alun, de perchlorure de fer, etc.

Lors d'incision faite avec le thermo-cautère, l'hémorrhagie n'est pas nécessairement évitée, elle est seulement plus tardive, partant plus dangereuse, puisqu'elle se produit en l'absence du chirurgien. Nous en avons observé une abondante, deux jours après une section au thermo-cautère de la cloison vésico-vaginale.

Dès que la fistule est établie, les douleurs cessent avec les contractions vésicales, et la cystite s'améliore rapidement. Les résultats de cette opération sont excellents. Emmet, qui l'a faite seize fois, conclut que « si l'urine coule librement et si la maladie est limitée à la vessie et à l'urèthre, il n'y en a pas, en chirurgie, donnant des résultats plus certains ». Les chirurgiens n'ont, jusqu'ici, jamais rencontré de difficultés pour fermer la fistule, une fois la cystite guérie.

Chez l'homme, deux voies se présentent pour obtenir l'évacuation continue de la vessie : la voie *périnéale* et la voie *hypogastrique*.

La plus souvent employée a été la voie périnéale, soit que le chirurgien ait fait la *taille*, soit qu'il ait simplement cherché à drainer la vessie par une *boutonnière uréthrale*, à travers un col préalablement dilaté. Cette dernière opération est couramment pratiquée par les chirurgiens anglais et américains.

Thompson la pratique avec une très grande rapidité. Un cathéter cannelé est introduit dans l'urèthre et maintenu par un aide. Le chirurgien, avec un bistouri long, étroit et à dos droit, incise alors verticalement la peau et le tissu cellulaire sur le raphé médian, dans une étendue de 3 centimètres 1/2 environ. Il enfonce ensuite horizontalement le bistouri, le bord coupant tourné en haut, à la partie inférieure de l'incision, exactement au-devant de la face antéro-supérieure du rectum et parallèlement à celle-ci. Il dirige la pointe dans la rainure du cathéter, et, le contact étant nettement établi, il incise dans une longueur de 10 à 12 millimètres. Dans la cannelure du cathéter est engagée la

pointe terminale d'un gorgeret, qu'on enfonce doucement le long de l'urèthre jusque dans la vessie. Le cathéter est retiré, et, le long du gorgeret, maintenu de la main droite, l'index gauche est lentement et doucement introduit au travers du col vésical qu'il dilate. On y place un tube de caoutchouc taillé en biseau à son extrémité, souple mais résistant, d'un calibre de 7 millimètres, long de 16 centimètres et percé d'un orifice non seulement terminal mais latéral. Ce tube peut être laissé en place huit, quinze jours et plus; s'il est mal supporté, on peut le remplacer par une grosse sonde molle.

M. Guyon pratique l'opération d'une manière un peu différente. Il arrive plus lentement, et en incisant couche par couche, sur la portion membraneuse de l'urèthre. Avant d'introduire le doigt dans la vessie, il lui crée un chemin bien net par l'introduction successive à travers la plaie périnéale d'une série de dilatateurs de plus en plus gros, glissant à l'intérieur d'un mandrin susceptible d'atteindre 20 millimètres de diamètre.

Quelquefois ces manœuvres sont suivies d'un léger écoulement de sang exhalé par la muqueuse vésicale. Cet écoulement est de peu d'importance et cède rapidement à des lavages répétés de la vessie. Dans un seul cas nous avons vu un peu de sang venir de la plaie des tissus mous du périnée; l'écoulement s'est arrêté sous le pansement.

Avant de faire celui-ci, on placera à demeure dans la vessie une sonde de calibre assez gros, n° 25 environ. Les sondes qui nous ont paru remplir le mieux leur rôle sont les sondes molles en caoutchouc rouge; il faut avoir soin d'en choisir une présentant une certaine rigidité. La sonde, mise en place, est fixée par des liens qui embrassent la racine de la cuisse de chaque côté, et sont ensuite reliés à un bandage de corps. La sonde ainsi fixée, il faut, avant de terminer le pansement, s'assurer par le toucher rectal qu'elle est bien en place; il est même utile d'attendre un instant pour voir si le goutte à goutte de l'urine s'établit d'une façon régulière. La sonde fonctionne, on bourre la plaie de languettes de gaze iodoformée, qu'on interpose entre ses lèvres et la sonde, complétant le pansement avec de la gaze de Lister. Un makintosch, percé d'un trou pour le passage de la sonde, recouvre le tout et est fixé par un bandage en T.

Généralement la première journée qui suit l'opération est douloureuse et l'urine un peu teintée de sang. Mais les symptômes douloureux, qu'on peut apaiser facilement avec une injection de morphine, ne tardent pas à se calmer, et, pour peu que la sonde fonctionne bien, le malade ne souffre plus les jours suivants. L'urine redevient claire dès le lendemain.

Il est ordinaire de voir, au bout de quelques jours, la sonde irriter les parties qui l'entourent, si bien que lorsqu'on veut maintenir le drainage, il faut la changer, ce qui se fait du reste avec la plus grande facilité.

Peut-être qu'en assurant l'aseptie des urines par l'administration de borate de soude à l'intérieur, on diminuerait l'irritation des parties (?). C'est là une pratique que nous serions tentés de suivre, le cas échéant.

On n'a guère observé d'accidents après cette petite opération: sa simplicité, la situation déclive du point drainé, la petitesse du traumatisme la font paraître, *à priori*, préférable à toute autre méthode. Elle n'est toutefois pas universellement adoptée, et la voie hypogastrique, employée depuis une date plus récente, offre sur elle de sérieux avantages.

Thompson, bien que préférant, dans l'espèce, la voie périnéale à la voie hypogastrique, trouve à *la taille hypogastrique* des indications spéciales. Il y recourt toutes les fois que la prostate, développée d'une manière excessive, remplit presque l'excavation pelvienne et soulève la vessie au-dessus du pubis. M. Guyon va plus loin et lui donne la préférence dans tous les cas. Elle assure non seulement d'une façon certaine le repos de la vessie en sectionnant largement son enveloppe musculaire, mais encore elle permet de voir les lésions et de les traiter d'une façon méthodique.

La taille sera pratiquée comme à l'ordinaire; quelques précautions sont seules nécessaires. La distension de la vessie devra être faite très doucement et le chirurgien devra lui-même se charger de l'injection intra-vésicale. Il appréciera avec soin la résistance offerte par le piston, cessant de pousser dès que la vessie réagit et obéissant, pour ainsi dire, à ses contractions. Faute de ces précautions, on s'expose à de graves accidents. La vessie, dans les cystites douloureuses, se contracte très facilement, à la moindre distension, et ses contractions, aussi brutales qu'irrégulières, peuvent en entraîner la rupture. Celle-ci s'est produite chez un malade de M. Guyon, en 1883. Elle est d'autant plus à craindre que l'individu est plus jeune et que la vessie paraît plus fortement musclée.

Un point de pratique, sur lequel nous attirerons encore l'attention, c'est l'avantage qu'il y a, une fois la vessie incisée, à passer successivement une anse de fil à travers chacune des lèvres, droite et gauche, de la plaie vésicale. Ces fils permettent de soulever la vessie et de l'attirer au contact de la plaie cutanée. L'examen direct de sa face interne, qu'on peut étaler avec des écarteurs et éclairer avec une lampe électrique, en est notablement facilité. De plus, ces fils peuvent servir à maintenir la plaie vésicale au voisinage de la peau. Cela a deux avantages:

1° Retarder un peu la cicatrisation, ce qui est important, afin de supprimer plus longtemps la fonction vésicale, grâce au maintien de la fistule hypogastrique;

2° Empêcher la vessie, généralement petite et contractile, de fuir dans la profondeur derrière le pubis et prévenir ainsi l'infiltration d'urine.

Après avoir relevé soixante-et-onze cas de cystotomies, faites chez l'homme contre des cystites, nous croyons pouvoir conclure que l'opération donne assez fréquemment des résultats excellents: La guérison complète quelquefois, une simple amélioration dans d'autres, dans tous la cessation absolue, au moins tant que dure le drainage vésical, des phénomènes douloureux.

VI

Par les divers moyens que nous venons d'énumérer, le chirurgien obtient un repos parfait de la vessie. Pour peu que les drains fonctionnent bien, l'évacuation se fait d'une façon régulière; la vessie se vide de l'urine, à mesure que celle-ci y arrive. Ne se distendant plus, elle ne se contracte plus et les parties lésées, cessant d'être soumises à des mouvements continus, tendent à la guérison. Qu'on soit intervenu par le périnée ou par l'hypogastre, peu importe; du moment que l'évacuation continue de la vessie est assurée, l'indication capitale du traitement est satisfaite.

Cela suffit quelquefois. En 1885, nous avons pu suivre un malade de vingt-quatre ans, entré dans le service de M. Guyon pour une cystite tuberculeuse horriblement douloureuse. Des doses de 6, 7, 8 centigrammes de morphine

n'arrivaient pas à calmer les crises atroces dont il souffrait. La taille hypogastrique fut pratiquée avec facilité. Le drainage fut continué pendant dix-sept jours par l'hypogastre et la sonde placée à demeure, après l'ablation des tubes, pendant neuf jours. Depuis cette époque, les crises douloureuses n'ont plus reparu ; le malade s'est marié, s'est remis au travail, et bien que le diagnostic porté, cystite tuberculeuse, soit certain, confirmé du reste par l'examen bacillaire des urines, qu'a fait un histologiste compétent, notre ami de Gennes, la récidive ne s'est pas encore produite. Il ne persiste que de la fréquence des mictions.

Ce simple drainage hypogastrique auquel on peut adjoindre la dilatation du col vésical, faite par la plaie opératoire, suffit-il dans tous les cas, et le chirurgien doit-il borner là ses efforts? Nous ne le croyons pas; et nous pensons qu'un des grands mérites de M. Guyon dans cette question est d'avoir insisté sur l'importance du *traitement consécutif* et d'avoir montré qu'on avait non pas seulement à lutter contre une altération fonctionnelle, un symptôme, la douleur, mais qu'on avait à guérir une lésion anatomique très réelle, une inflammation de la vessie. Il s'agit non pas d'une cystalgie mais d'une cystite, c'est là un fait qu'on doit toujours avoir présent à l'esprit. Aussi est-il utile, en même temps que l'on met au repos la vessie enflammée, de chercher à en modifier directement la muqueuse.

C'est là une des raisons qui doivent faire préférer la voie hypogastrique à la voie périnéale, car, mieux que cette dernière, elle permet de voir et de traiter directement les lésions.

On enlèvera les végétations, on cautérisera les ulcérations, on raclera les tubercules, on badigeonnera les surfaces enflammées avec une solution de nitrate d'argent, etc. Ce traitement direct des lésions ne devra pas être borné au moment même de l'opération; on le continuera les jours suivants. On arrivera ainsi à diminuer considérablement la durée de la période d'évacuation continue de la vessie et l'on ne verra plus de malades garder dix-huit mois leur fistule, comme une opérée d'Emmet.

Peut-être même pourra-t-on, dans la suite, arriver à diminuer considérablement la période de drainage, les lésions s'étant, au bout d'un court laps de temps, suffisamment améliorées, pour que le traitement ordinaire des cystites soit devenu possible et que les instillations ou les lavages modérés suffisent à guérir des malades qu'ils étaient auparavant impuissants à améliorer. C'est là une expérience que nous croyons fondée si nous nous en fions à l'observation de malades qu'il nous a été donné de suivre.

Dans tous les cas, le drainage et l'évacuation continue de la vessie nous semblent, dans les cystites douloureuses graves, destinés à devenir d'une pratique courante ; alors même que la nature des lésions (tuberculose avancée, néoplasme infiltré) ne permet pas d'espérer la guérison, l'évacuation continue de la vessie reste indiquée, car elle assure au malade le repos, que ne peuvent souvent plus lui donner des doses, même excessives, de morphine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Plaies abdominales par armes à feu; indications opératoires.

Vendredi dernier, à trois heures et demie, j'opérais, pour plaie du ventre par arme à feu, un individu qui avait reçu la veille une balle de revolver et qui était entré à cinq heures du soir à l'hôpital.

La plaie existait dans la région sous-ombilicale gauche, et j'étais quelque peu hésitant sur ce que je devais faire, si je devais ou non intervenir. Cet homme avait de l'agitation du pouls, quelques douleurs et un certain degré de météorisme. J'étais incertain sur les blessures produites, et cependant il me paraissait condamné si je n'intervenais pas.

Donc, à trois heures et demie, je l'ai opéré. J'ai fait une première incision de 14 à 15 centimètres de longueur, passant sur le trou de la balle, incision parallèle à la ligne blanche et en dedans du bord externe du muscle droit.

Je voulais suivre le trajet du projectile; malheureusement la chose ne fut possible que dans la première partie de l'opération, ce trajet se trouvant perdu dans la profondeur d'un tissu adipeux considérable, vers la partie interne. Je continuai néanmoins la direction primitive; le péritoine était très tendu par des gaz qui s'échappaient sous l'instrument, en même temps qu'un gros paquet d'épiploon faisait issue au dehors. Ma première incision étant alors insuffisante comme longueur, je dus la prolonger, d'une part en bas, jusque vers l'arcade de Fallope, et d'autre part, en haut, du côté de l'ombilic, de telle sorte qu'elle atteignit environ 20 centimètres de longueur.

Les parois de l'abdomen étaient grasses, épaisses. Après avoir examiné le paquet d'épiploon et l'avoir repoussé en haut, je vis sourdre entre les anses intestinales un liquide fécaloïde ; j'aperçus aussi quelques fausses membranes de péritonite récente et trouvai une anse de l'intestin grêle traversée par une petite perforation double, produite par le projectile, tout près de son insertion mésentérique, c'est-à-dire présentant le trou d'entrée et le trou de sortie de la balle. Je posai la suture de Lambert sur ces deux orifices, soit trois points de suture sur l'un d'eux et quatre points sur l'autre; l'écoulement intestinal fut immédiatement arrêté. Enfin, après une exploration attentive et une toilette très soignée de toute la partie accessible de la cavité péritonéale, nous eûmes la preuve qu'elle ne renfermait aucun liquide : ni sang, ni pus, ni matières fécales, ni même la moindre sérosité. Aussi j'avais quelque espoir d'avoir atteint le but que je m'étais proposé, bien que je n'aie pas retrouvé le projectile et que j'ignorasse le point où il se trouvait. De plus, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. Ayant ainsi rempli les deux indications de mon opération, je refermai la paroi abdominale. La chose fut un peu difficile, en raison de la persistance du météorisme et de l'épaisseur considérable des parois de l'abdomen.

Enfin, l'opération terminée, le malade fut reporté à son lit; il était environ cinq heures du soir, et, le lendemain, à onze heures du matin, il succombait, sans avoir présenté de phénomènes morbides bien accusés. Le pouls et la température n'avaient pas été très élevés, pendant la soirée et la nuit, celle-ci ayant été seulement un peu agitée, on avait fait au malade une piqûre de morphine. De plus, on lui avait fait avaler de la glace. Le matin, à neuf heures et demie, la température était à 38 degrés, le pouls devenait filiforme, il y avait du subdelirium, puis le coma survenait, et, à onze heures, notre blessé était mort.

Or, l'autopsie nous a tout d'abord démontré que la péritonite commençante n'avait fait aucun progrès, depuis la veille; elle nous a montré aussi l'existence d'un cœur surchargé de graisse, un foie gras (le foie des alcooliques)

puis une congestion pulmonaire considérable, congestion hypostatique à laquelle, en somme, notre malade avait succombé. De plus, nous avons pu constater que le trajet de la balle de revolver, tirée obliquement de haut en bas, se dirigeait plus en dedans et en bas que notre incision.

Aucun vaisseau important n'avait été ouvert par le projectile; mais nous avons trouvé un petit morceau d'étoffe au niveau de la face profonde de l'épiploon, un peu au-dessus du trou fait par la balle; nous avons rencontré aussi les fausses membranes récentes dont j'ai parlé tout à l'heure, ainsi qu'un liquide de transsudation rouge, louche, péritonéal et non fécal. L'S iliaque était fortement congestionné, avec ecchymose des parois intestinales au-dessous de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire dans le point où la balle était logée, soit au niveau de l'insertion mésentérique de l'S iliaque. Bref, n'étaient le morceau d'étoffe et l'action réflexe que la péritonite a déterminée sur le poumon, cet homme aurait pu guérir. Il a succombé, mais il serait mort également si nous n'étions pas intervenu, la statistique nous montrant une mortalité, en pareil cas, de 92 à 99 p. 100, si l'on n'intervient pas.

Pourquoi donc les coups de feu dans la cavité abdominale ont-ils une aussi grande gravité?

1° A cause de la péritonite, qui en est la conséquence la plus fréquente;

2° Par l'hémorrhagie incoercible, consécutive à la blessure, soit lorsque quelque gros rameau de la veine cave ou de la veine porte a été lésé, soit par la blessure d'un vaisseau mésentérique, impossible à lier.

La péritonite tue, soit directement par elle-même, soit parce que, dans certains cas, l'incision abdominale, insuffisante, n'a pas permis de découvrir *toutes* les perforations produites par les projectiles, par suite, de placer le nombre de sutures nécessaire; l'individu succombe alors par méconnaissance des lésions, car l'évolution de la péritonite a pu, dans certains cas, être enrayée et les malades ont guéri.

Il en est de même des hémorrhagies, lorsque la ligature des vaisseaux mésentériques, par exemple, a pu être faite à temps et entière. J'ai relevé ainsi 3 succès sur 7 observations ou sur 8, en y comprenant celle d'aujourd'hui.

Chez notre blessé, s'il n'y avait pas eu de météorisme et si nous l'avions opéré plus tôt, peut-être eût-il guéri également; car, à part un certain degré d'alcoolisme, il jouissait d'une bonne santé, avant l'attentat dont il a été victime. Je dis, si nous l'avions opéré plus tôt, car, sur les sept cas que je viens de signaler, dont trois guérisons, il n'en est pas un seul où l'on soit intervenu aussi tardivement avec succès; dix-sept heures ont été le terme le plus éloigné.

Or, à son arrivée à l'hôpital, à cinq heures du soir, cet homme ne se plaignait pas, ne disait rien, il s'était déshabillé et couché tout seul, et ce n'est qu'au bout d'une heure qu'une première douleur est apparue, et à huit heures du soir que les premiers accidents se sont manifestés. C'est à ce moment-là, moment réellement psychologique, que l'on doit intervenir, les indications opératoires caractéristiques étant le météorisme, l'agitation, la douleur localisée persistante, c'est-à-dire les signes d'une péritonite commençante. Auparavant l'opération serait prématurée, car il peut arriver que la balle, au lieu de déterminer des lésions organiques essentielles, soit allée se loger dans les parties molles et y reste inoffensive. Je ne parle pas, bien entendu, des cas où, à l'arrivée du blessé, on aperçoit une plaie d'où s'échappent sang et gaz; ces signes sont alors trop caractéristiques d'une opération à pratiquer.

Du reste, il faut bien le reconnaître, on n'est pas encore d'accord, jusqu'à présent, sur l'heure d'une intervention opératoire utile dans ce genre de blessures, et notre instruction n'est pas encore suffisamment complète à cet égard. Moi-même, depuis le cas de vendredi, je suis cent fois plus instruit qu'auparavant sur le moment psychologique, moment qui, je le répète, est caractérisé par le moindre signe d'une péritonite commençante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1887. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Procédé de désinfection. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur un travail de M. Redard, relatif à un procédé de désinfection par l'étuve.

M. KIRMISSON fait observer que cet appareil fonctionne dans plusieurs cliniques étrangères, où il est employé en particulier pour rendre les compresses aseptiques.

M. POZZI l'a vu fonctionner à Berlin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE emploie lui-même depuis fort longtemps ces étuves, dans son service, pour la désinfection des compresses.

Ongle incarné. — M. RECLUS fait un rapport sur un travail de M. Quenu, relatif au mode de production de l'ongle et aux applications de cette étude à l'opération de l'ongle incarné. M. Quenu a démontré que c'est seulement la région rétrolunulaire qui produit de l'ongle, et non la région antérieure. Partant de ce fait, M. Quenu propose l'opération suivante pour l'ongle incarné :

Il fait une incision transversale au niveau de la lunule de l'ongle; puis, l'ongle étant arraché, des extrémités de cette incision partent deux incisions verticales arrivant au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette, c'est-à-dire à environ 2 centimètres en arrière. D'un coup de ciseau, il résèque le lambeau cutané ainsi obtenu et suture ensuite entre eux les bouts antérieur et supérieur de la plaie qui en résulte.

M. Quenu fait suivre son travail de six observations dans lesquelles il a eu recours à ce procédé, qui lui a donné les meilleurs résultats.

M. RICHELOT a opéré un grand nombre d'ongles incarnés par le procédé de M. Quenu. Il en a obtenu de très bons résultats. Avec la poudre de sous-nitrate de bismuth, qui est un pansement sec, la cicatrisation a été obtenue très rapidement.

M. DESPRÉS a pu constater sur lui-même la vérité des assertions de M. Quenu relativement à la production de l'ongle. Quant à l'opération de l'ongle incarné, il s'en tient à l'arrachement et au pansement avec le diachylon.

M. RECLUS croit, en effet, que le procédé de M. Quenu est inutile quand on peut suivre la reproduction de l'ongle; mais il est fort utile pour les malades de l'hôpital, qu'on ne peut pas toujours suivre facilement.

Statistique de la Charité. — M. DESPRÉS donne la statistique de son service de la Charité pour l'année 1886. Voici cette statistique :

466 malades, 37 morts, dont : 8 cancers inopérables; 4 tuberculeux; 3 hernies compliquées de péritonites inopérables; 1 mort d'infection purulente, suite de fracture compliquée du coude; 3 malades morts en arrivant, à la suite d'une chute; 1 brulûre étendue du tronc et des membres; 2 délire aigu; 1 gangrène diabétique; 1 malade mort d'épuisement; 1 pleurésie purulente; 1 plaie grave du tronc veineux brachio-céphalique; 1 hypertrophie

de la prostate avec néphrite double; 1 péritonite cancéreuse; 1 malade mort d'affection médicale (albuminurie chronique), et 8 décès sur des opérés.

Opérations. — Ablation du sein, 9; guéris, 8.

Amputation double, 1; guéri, 1.

Ablation de tumeurs diverses (exostose du tibia et du fémur, lipomes, tumeurs érectiles, fibromes, épithélioma, gros kystes, gros hygroma prérotulien, névromes), 18; guéris, 17. — Une malade morte de phlébite, M. Desprès avait été obligé de couper et de lier la veine jugulaire externe.

Uréthrotomie externe sans conducteur, 3, castration, 2, — total, 5; guéris, 5.

Polype de l'utérus, 3, éléphantiasis des grandes et des petites lèvres, 2, — total, 5; guéris, 5.

Cancer végétant du col, abrasion avec le galvano-cautère, 1, kyste dermoïde de l'ovaire, ovariotomie incomplète, morte d'épuisement le quinzième jour, 1, — total, 2; morts, 2.

Fistule vésico-vaginale, 3; guéris, 3.

Résection du coude, 1; guéri, 1.

Trépanation du tibia et du calcanéum, 2; guéris, 2.

Amputation de cuisse pour gangrène diabétique, 1; mort, 1.

Amputation du gros orteil avec le métatarsien, 1; guéri, 1.

Résection de la mâchoire inférieure pour gros cancer, 1; mort, 1.

Ligature de l'arcade palmaire profonde, de l'artère frontale, 2; guéris, 2.

Chondro-sarcome de la parotide, 1, trachéotomie, 1, bec de lièvre compliqué, 2, — total, 4; guéris, 4.

Fistule à l'anus, 4; guéris, 4.

Grands abcès de la fosse iliaque, de la fosse ischio-rectale, de la cavité de Retzius, cholécystite suppurée, 6; guéris, 6.

Hydrocèle, dont 2 doubles, opérées le même jour, 11; guéris, 11.

Hernies étranglées, 6; guéris, 4. — 1 mort, par perforation intestinale; 1 mort de pneumonie de vieillards, le quinzième jour.

Hernie gangrénée, anus contre nature, 1; mort, 1.

Taxis, 1; guéri, 1.

Plus 38 ouvertures d'abcès.

Total, sur 138 opérations, 9 décès; il y a eu, pour les 38 abcès ouverts, 1 mort de pleurésie purulente; sur les 85 grosses opérations, nous avons 8 morts, dont 3 suite de hernie, dont 1 peut être considérée comme étrangère à l'opération puisque la malade a succombé à une pneumonie de vieillards; je néglige les ongles incarnés, les réductions de luxation.

Il faut ajouter 5 graves blessures toutes guéries; 4 fractures compliquées de plaie de la jambe; 1 malade atteinte de 54 coups de rasoir, pour lesquels j'ai dû faire 280 points de suture, la malade a guéri avec les cataplasmes au cou, le diachylum aux mains, le pansement au cérat sur le reste du corps.

Sarcomes vasculaires. — M. **THOMAS** (de Tours) rappelle la communication qu'il a faite il y a un an, sur un sarcome vasculaire de l'humérus, traité par la désarticulation de l'épaule (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 404). A l'occasion de cette communication, M. Lucas-Championnière a dit avoir vu des faits analogues et avoir constaté dans tous ces faits une récidive extrêmement rapide. En effet, trois mois après, il y a eu une récidive, et le malade a succombé rapidement.

M. Thomas reçoit dans son service un malade atteint d'un sarcome vasculaire de la région masséterine. Il pratique l'opération, le 10 décembre. Cette opération est suivie d'un œdème considérable de la face qui bientôt s'indure et s'ulcère, le malade meurt deux mois après l'opération avec une récidive immédiate. Dans ce fait comme dans le précédent, il était impossiblede trouver le plus petit néoplasme; et cependant il s'agit d'un malade cancéreux.

Ces faits établissent l'existence de sarcomes dans lesquels la dilatation veineuse est la seule lésion appréciable. M. Thomas se demande si l'on doit opérer ces malades.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, qui a publié plusieurs faits analogues à ceux de M. Thomas, croit qu'on doit opérer ces malades à cause des souffrances qu'ils éprouvent. M. Lucas-Championnière ajoute que le diagnostic de ces sarcomes est extrêmement difficile, d'autant plus que l'histologie n'y révèle rien de particulier. Il pense que la plupart des tumeurs vasculaires des os ne sont autres que des tumeurs rentrant dans cette variété de sarcomes.

M. **DESPRÉS** est de l'avis de M. Lucas-Championnière; il pense qu'il faut opérer ces malades à cause de leurs souffrances. Il ajoute que la marche rapide de l'affection et les douleurs lancinantes sont des signes à peu près certains de cancer. Il cite un fait de Nélaton propre à démontrer la difficulté du diagnostic dans ces cas. Il s'agissait d'un homme chez lequel M. Nélaton avait diagnostiqué une hématocèle du testicule; il l'opéra en conséquence. Deux mois après il y avait une récidive à laquelle le malade succombait très rapidement. Et pourtant la pièce avait été confiée aux histologistes les plus compétents qui n'y avaient trouvé aucune trace de cancer, c'est donc surtout sur la marche de la maladie et sur le caractère des douleurs qu'il faut se baser pour affirmer le diagnostic.

M. **SCHWARTZ** a pratiqué la désarticulation de l'épaule sur un jeune homme atteint de sarcome vasculaire de l'extrémité supérieure de l'humérus qui s'était rompu dans l'articulation. La tumeur avait évolué en trois mois; le malade souffrait horriblement. Le malade est mort le soir de l'opération.

M. **THOMAS** fait observer que son second malade ne souffrait pas, que la tumeur avait mis un an à acquérir le volume d'une mandarine. Il n'y avait pas le moindre dépérissement. L'opération semblait bien formellement indiquée. Cependant M. Thomas pense qu'elle a été fâcheuse et que la survie eût été plus longue si le malade n'avait pas été opéré.

Néphrectomie. — M. **BOUILLY** présente un rein cancéreux qu'il a enlevé samedi dernier. Il a fait la néphrectomie transpéritonéale. La tumeur est volumineuse, l'énucléation en fut difficile. Elle mesure 22 centimètres dans son diamètre vertical et 12 à 14 centimètres d'épaisseur. Elle présente à l'œil nu les caractères d'un cancer encéphaloïde. Le malade, sauf une anurie de deux ou trois jours, va maintenant aussi bien que possible. Il y a un drainage lombaire et un drainage antérieur.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1887.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	16	13	2	31
2e	18	30	8	56
3e	30	37	8	75
4e	24	62	15	101
5e	10	44	7	61
6e	27	38	9	74
7e	10	32	11	53
8e	15	7	»	22
9e	28	24	1	53
10e	18	36	7	61
11e	81	116	36	233
12e	35	42	9	86
13e	30	77	23	130
14e	50	70	24	144
15e	48	87	25	160
16e	17	10	4	31
17e	27	76	20	123
18e	46	88	28	162
19e	56	54	21	131
20e	61	103	46	210
	647	1 046	304	1 997

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	130	**E.** Affections cérébrales	86
Croup	47	Convulsions, éclampsie.	64
Coqueluche	11	Névralgie	45
Corps étranger de l'œsophage.	3	Névroses	72
B. Asthme	64	Épilepsie	20
Affections du cœur	71	Aliénation mentale	12
Bronchites aiguës et chroniques	125	Alcoolisme, delirium tremens	27
Pleuro-pneumonie	98	**F.** Rhumatisme	33
Congestion pulmonaire	26	Affections éruptives	73
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	117	Fièvre intermittente	3
Cholérine	20	Fièvre typhoïde	34
Dysentérie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes	65
Athrepsie	14	**G.** Plaies, contusions	88
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	71	Fractures, luxations, entorses	36
Hernie étranglée	10	Brûlures	4
Rétention d'urine	27	Empoisonnements	17
Orchite	2	Asphyxie par le charbon.	10
Tœnia	1	— submersion	1
Fistule à l'anus	1	Suicide	3
D. Métrite, métro-péritonite.	59	**H.** — Mort à l'arrivée du médecin	63
Métrorrhagie	44		
Fausse couche	63		
Accouchement, délivrance.	203		
— non terminés.	33	Total	1997

La moyenne des visites par nuit est de 22,19. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,35.

Visites du premier trimestre de 1886	2012
Visites du premier trimestre de 1887	1 997
Différence en moins	15

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100;
Les femmes — — 52 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 15 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 9 avril 1887, M. le pharmacien-major de première classe Burcker a été nommé professeur de chimie et d'expertises à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Dufour, licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de botanique, pendant la durée du congé accordé à M. Faguet.

M. Arthus, licencié ès sciences, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Dubois, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 2 juin 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 avril 1887 et sera clos définitivement le samedi 14 mai, à trois heures.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour la nomination de huit places d'élèves internes en pharmacie sera ouvert le 4 juillet 1887, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 27 juin inclusivement.

Pour les diverses conditions du concours s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices de Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cellier, à Oran.

— M. le professeur P. Dehérain commencera son cours de physiologie végétale, mardi prochain 19 avril 1887, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

— M. le professeur Peter reprendra ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 20 avril 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Brown-Sequard commencera son cours de médecine, au collège de France, mercredi prochain 20 avril 1887, à dix heures et demie du matin, et le continuera les jeudis et les mercredis suivants à la même heure.

Il étudiera, dans ses leçons, plusieurs questions relatives au cœur, à la respiration et à la chaleur animale.

— M. le professeur Albert Gaudry commencera son cours de paléontologie le mercredi 20 avril 1887, à trois heures et demie de l'après-midi, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera des enchaînements du monde animal dans les temps secondaires. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum. Les lundis, le professeur fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques. Une affiche particulière fera connaître l'heure et l'endroit où cette conférence aura lieu. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. le docteur Fischer aide-naturaliste.

— M. le docteur Hallopeau commencera le jeudi 21 avril, à quatre heures, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Le tome XXXIV de la première série, le tome XXIII de la deuxième série, la première partie du tome XVII de la troisième série, la deuxième partie du tome XII de la quatrième série et la deuxième partie du tome I de la cinquième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau; et Victor Masson.

Traitement rationnel, curatif et préventif de la fièvre jaune, par M. le docteur Chabassu, médecin principal de la marine en retraite. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21025

47

PELLICULE, SOLUTION ET PILULES

GÉCÉ

à base d'ICHTHYOL

TRAITEMENT SOUVERAIN des AFFECTIONS DE LA PEAU. — (*Couperose, Acné, Eczéma aigu ou chronique, Lichen, Urticaire, Herpès, Pityriasis, etc.*) DES ŒDÈMES, DERMITES, RHUMATISMES AIGUS OU CHRONIQUES, BRULURES DU 1er DEGRÉ.

A L'EXTÉRIEUR, *la Pellicule et la Solution* ne doivent s'employer que lorsqu'il y a intégrité de l'épiderme.

A L'INTÉRIEUR, *les Pilules* s'emploient dans tous les cas *et de plus,* dans les catarrhes bronchiques, où elles remplacent avec avantage les eaux sulfureuses.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

Prix : *Pellicule,* le rouleau, 2 francs. *Solution,* le flacon, 3 francs. *Pilules,* la boîte, 3 francs, *dans toutes les pharmacies.*

97

ENVOI D'ÉCHANTILLONS

PANCRÉATINE DEFRESNE

Expérimentée et adoptée officiellement par la Marine française et les Hôpitaux de Paris.

La **PANCRÉATINE** *est le digestif le plus puissant et le plus complet, puisqu'elle transforme simultanément : 30 gr. albumine, — 11 gr. corps gras, — 10 gr. amidon.*

La forme sous laquelle la **Pancréatine** doit être administrée n'est pas indifférente :

Si l'on veut agir sur la digestion en cours, la **PANCRÉATINE DEFRESNE** *doit être administrée à la fin des repas, sous forme de* **PILULES** *enrobées de cire et de sucre.*

Ces pilules se dissolvent trois heures plus tard au milieu du chyme qui ne contient alors que des acides organiques dont la **Pancréatine** n'a rien à redouter. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut,* t. LXXXIX, 1879.)

Si l'on veut agir sur les glandes et activer les sécrétions salivaire et pancréatique, la **PANCRÉATINE** *doit être administrée au commencement des repas à l'état de* **POUDRE** :

Elle tombe alors au milieu du suc gastrique pur qui contient de l'acide chlorhydrique ; dans ce cas, la **Pancréatine** est absorbée « in situ » ; elle passe dans la circulation à l'état de zymogène qui devient, dans le foie, une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon, et, dans la rate une zymase qui, transmise au pancréas, double l'activité du suc pancréatique. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut,* 3 mai 1886.)

En outre de ces considérations théoriques, les observations cliniques de M. le professeur POTAIN et celles de M. H. HUCHARD autorisent certainement le praticien à recourir à la **Pancréatine** dans les dyspepsies en général, et dans la dyspepsie duodénale, en particulier.

Doses :

2 à 4 cuillerettes de PANCRÉATINE DEFRESNE.
3 à 5 pilules de PANCRÉATINE DEFRESNE.
DÉPÔT : 2, rue des Lombards, et toutes ph^cies.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

90

AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DU LARYNX

PASTILLES CHARLARD-VIGIER

Au biborate de soude pur, 0gr,10 par pastille.

Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

21

A CÉDER EN SEINE-ET-MARNE

clientèle d'un produit de 11 000 fr. Fixe 1000 fr.

Prix demandé pour la clientèle et le matériel, c'est-à-dire deux chevaux, deux voitures et les approvisionnements de pharmacie, 4000 fr., dont 2000 comptant.

S'adresser à M. ROUX aîné, de 10 heures à 1 heure, avenue Daumesnil, 197, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

· DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique,* le *Catarrhe,* l'*Asthme,* la *Laryngite* et dans la *Tuberculose,* quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris

33

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

58

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*
Phien ✲, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

43

L'ÉLIXIR TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

Est le plus puissant **Digestif** connu. Contre *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Constipation, Vomissements, Diarrhée.* DOSE : Un petit verre à liqueur après chaque repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

33

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

35

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

22

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

74

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

110

ASTHME

catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR,** O.✲✲. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris. 20, pl. des Vosges

51

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue.

Fl. : 3f,50, — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

66

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine,

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose quot. Granules (1 à 3). — Solution prus. int. (10 à 30 gttes).

Pour éviter les Digitalines étrangères **impures,** formuler : la *Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.*

Dr Homolle — Quevenne

34

SIROP DE RAIFORT IODÉ

préparé à froid, de GRIMAULT et Cie.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes anti-scorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. **5 centigr.** d'iode par cuillerée à bouche. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

43

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

DE PELLETIER

(**DIT DES 3 CACHETS**)

Suppression d'amertume, facilité d'absorption et solubilité garanties. Chacune d'elles porte le nom PELLETIER et renferme 10 centigr. **Le prix pour le pharmacien est de 6 centimes pièce par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin.** Les sels suivants se délivrent également en capsules de 10 centigrammes :

Bi-Sulfate de quinine. — Bromhydrate de quinine. — Lactate de quinine. — Valérianate de quinine — Salicylate de quinine.

Phie VIAL, 1, r. Bourdaloue et tous pharmaciens.

109

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que :

Hémorrhoïdes, Bile,
Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal

et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

36

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes,* on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

31

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin, dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter

29

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

72

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt: Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies

64

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des syphilides tertiaires (1).

V

Nous allons terminer aujourd'hui cette longue étude des syphilides tertiaires, pour laquelle nous en étions restés, dans la dernière leçon, à la question du pansement.

Tout d'abord, nous nous proposerons de faire tomber les croûtes. Comment? Rien n'est plus simple, rien de plus facile. Il suffira pour cela de quelques bains, de cataplasmes de fécule appliqués pendant une durée de douze ou vingt-quatre heures, ou plus simplement du pansement que je vous recommande, c'est-à-dire le pansement au sparadrap de Vigo qui détache immédiatement ces croûtes sans douleur et sans irritation, ainsi que je vais l'expliquer.

La croûte est donc tombée, la plaie est à découvert, il reste à la panser. Ici bien des formules ont été proposées, bien des modes de pansement préconisés et tous, au dire de leurs auteurs, suivis de succès merveilleux : pansement avec des corps gras, des pommades diverses, onguents de tous genres, dont je vous épargnerai l'énumération; pansement avec des solutions non moins diverses; pansement aux topiques pulvérulents : calomel, iodoforme.

Il se peut bien que, dans certains cas particuliers, tel ou tel de ces pansements ait réussi, mais ce qui est certain, c'est qu'en général il n'en est aucun qui jouisse d'une activité curative bien marquée, il n'en est aucun qui fasse bien dans tous les cas et surtout, comme méthode générale, il n'en est aucun qui puisse être comparé aux deux suivants, les deux seuls qui soient réellement éprouvés : le pansement occlusif au taffetas de Vigo et le pansement iodoformé.

Le premier, pour jouir de toute son efficacité, doit être pratiqué suivant certaines règles, très simples il est vrai, mais qui ne laissent pas, cependant, d'avoir une influence majeure sur le résultat à obtenir.

D'abord il faut que l'occlusion soit complète, hermétique, et pour obtenir une occlusion de ce genre il ne suffit pas de coller sur la plaie un disque de sparadrap, lequel, s'appliquant inégalement sur les anfractuosités de la plaie, godant, laisse pénétrer l'air et n'occlut pas véritablement. Pour que l'occlusion soit réelle, il faut qu'elle soit obtenue à l'aide d'une série de petites bandelettes superposées et imbriquées de façon à couvrir toute la plaie en empiétant légèrement sur les parties voisines, à lui adhérer dans toute son étendue et à la garantir d'une façon absolue contre l'air.

Je ne retracerai pas ici tous les détails de ce pansement occlusif longuement et minutieusement exposés par Chassaignac et reproduits dans tous les livres de chirurgie. Je me bornerai seulement à rappeler que ce pansement s'exécute ainsi qu'il suit : d'abord il faut avoir du bon sparadrap, ce qui n'est pas toujours chose facile, car bon nombre de pharmaciens, surtout en province, ne vous délivrent qu'un sparadrap grossier, fait avec une toile épaisse et un épais enduit d'emplâtre. Pour peu qu'il date d'un certain temps comme fabrication, ce sparadrap est, en outre, sec, cassant, raide, non agglutinatif et ne colle pas. Il faut, au contraire, un sparadrap souple, mince, qui puisse se mouler exactement sur les parties malades, se modeler sur leurs anfractuosités. Il faut exiger du pharmacien qu'il le fasse avec de la soie ou du taffetas et qu'il ne l'enduise que d'une couche très mince d'emplâtre. Il faut exiger de plus qu'il soit fraîchement préparé.

Pour faire votre pansement, vous taillerez de petites bandelettes, d'une longueur proportionnée à celle de la plaie et d'une largeur de un demi-centimètre à un centimètre au maximum, les bandelettes étroites s'appliquant mieux que les larges. Puis l'on applique sur la plaie ces petites bandelettes, en les entrecroisant perpendiculairement, en croix, et en les imbriquant à la façon des tuiles d'un toit, les premières appliquées recouvertes à moitié par les suivantes et ainsi de suite. La plaie est ainsi couverte, occluse d'une façon absolue.

Le pansement ainsi achevé doit être immobilisé, pour éviter les déplacements, par une compresse et quelques tours de bande, puis laissé à demeure pendant un temps variable : suivant l'abondance de la suppuration on le renouvelle plus ou moins souvent; ainsi, dans les premiers temps, si la suppuration est abondante, toutes les vingt-quatre heures; plus tard, quand celle-ci aura diminué, tous les deux, trois ou quatre jours. Je n'ai pas besoin de dire que chacun d'eux devra être précédé des soins qui prési-

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 346.

dent à tout pansement : lavages, ablutions, détersions, etc. Mieux encore, on pourra faire précéder, sinon tous les pansements, au moins un certain nombre d'entre-eux, d'un bain préalable, bain général et tempérant de 33 degrés à 35 degrés par exemple, et d'une durée variant entre une demi-heure et trois quarts d'heure. Ce bain agira, d'une part, en détergeant la plaie mieux que le pourrait faire un simple lavage, et, d'autre part, en modifiant les symptômes d'inflammation périphérique.

D'une façon générale, les bains constituent un auxiliaire plus qu'utile, indispensable même, du traitement local, ils sont essentiellement favorables à la guérison des syphilides gommeuses. Aussi, pour ma part, je ne néglige jamais de les prescrire et de la façon suivante : Au début, dans les 3, 4, 5, 6 premiers jours, un bain quotidien ; au delà un bain tous les deux jours, puis tous les trois jours et ainsi de suite, quitte d'ailleurs, bien entendu, à les espacer ou à en diminuer la durée jusqu'à 20, 15 et 10 minutes, s'ils paraissaient affaiblir les malades. De même encore on pourra profiter de l'époque des pansements pour toucher la plaie, s'il est nécessaire, avec un topique modificateur tel que la teinture d'iode. C'est ainsi que sur certaines plaies atoniques, lentes à se déterger, à se modifier, un badigeonnage quotidien à la teinture d'iode est quelquefois favorable.

Si, ceci dit, nous envisageons maintenant ce mode de pansement dans ses résultats, nous pouvons dire que ceux-ci sont presque invariablement des plus favorables, voire excellents : 1° il calme toute douleur, tout éréthisme inflammatoire, et cela presque séance tenante, en quelques jours tout au moins; 2° il prévient toutes complications; 3° il modère la suppuration, avantage précieux en quelques cas où les malades sont couverts de plaies plus ou moins étendues et pourraient être affaiblis par une sécrétion purulente considérable; 4° enfin et surtout, il modifie rapidement les ulcérations qui changent de physionomie, dont le fond se déterge, qui prennent un aspect meilleur et tournent rapidement à ce qu'on appelle la plaie simple, la plaie de bon augure, celle qui rougit, s'exhausse et bourgeonne à la façon de toute plaie tendant à la réparation.

Somme toute, ce pansement constitue la méthode cicatrisante par excellence des syphilides gommeuses ulcératives.

Pour ma part, je dois à cette méthode thérapeutique un très grand nombre de succès dans des cas de tout ordre, voire dans des cas graves, les plus graves même qui se puissent rencontrer. Je ne saurais donc trop la préconiser et je suis d'autant plus à l'aise que je n'en suis pas l'inventeur. Je l'ai tout simplement empruntée, soit à la pratique de Chassaignac, soit à celle de nombre de mes devanciers.

Cependant il est bien loin de ma pensée de vous dire que cette méthode est infaillible ; il est des cas où elle échoue, où elle n'est même pas tolérée; mais ces cas sont extrêmement rares, tout à fait exceptionnels. Et ce que j'affirme, c'est que, à coup sûr, elle constitue ce que nous avons de mieux pour le traitement topique des syphilides gommeuses ulcératives, réserve faite néanmoins pour certain perfectionnement qu'elle a subi et dont je parlerai tout à l'heure.

J'ajouterai à ce que je viens de dire quelques remarques particulières, car cette méthode thérapeutique est d'une application tellement courante que je ne craindrai pas d'entrer dans certains détails de pratique.

Tout n'est pas dit et tout n'est pas fini, en effet, alors que l'ulcération gommeuse s'est modifiée et reste à l'état de plaie simple, bourgeonnante. La gomme n'existe plus en tant que gomme, mais elle reste une plaie qui doit encore être pansée, surveillée, traitée. Ce qui reste à faire pour conduire cette plaie à cicatrisation est très simple. Dans la plupart des cas, il suffit de continuer le traitement tel qu'il a été inauguré, c'est-à-dire le pansement occlusif, les lotions et les bains.

Cependant, quelquefois, certains soins accessoires et secondaires s'imposent au médecin. Souvent, à cette époque, la plaie languit, traîne en longueur, ne se cicatrise que lentement, ou bien, au contraire, elle bourgeonne, s'exhausse, végète avec exubérance. Dans l'un et l'autre cas, on se trouvera bien de pratiquer de temps à autre, tous les 3, 4 ou 5 jours, des cautérisations superficielles au nitrate d'argent. Ces cautérisations, qui sont ou inutiles ou même nuisibles à toute autre époque de la gomme, sont ici d'un utile emploi. En tous cas quand on pratique ces cautérisations, on doit éviter soigneusement de les faire porter sur la zone cicatricielle du contour que l'on risquerait de détruire de la sorte.

Il arrive aussi parfois qu'à un moment donné, après avoir fait merveille dans les premiers temps, le taffetas de Vigo devient irritant, semble enflammer la plaie, en irriter les contours, détruire la cicatrice périphérique. Il convient alors d'y renoncer et de le remplacer par le sparadrap ordinaire, par la baudruche gommée ou mieux encore par des aspersions légères de poudre d'iodoforme sur ce qui reste de la plaie que l'on recouvre ensuite d'une couche de ouate maintenue avec une bande.

Autre point : Le repos est loin d'être toujours indispensable dans le traitement des syphilides gommeuses, il serait abusif, voire même nuisible pour la santé générale de confiner au lit des malades affectés de ces syphilides. Mais ce qui n'est pas moins évident, de par l'expérience, c'est que les syphilides gommeuses des membres inférieurs, alors surtout qu'elles sont quelque peu étendues, se trouvent bien du repos au lit. Laisser marcher, vaquer à leurs affaires des individus portant sur les jambes de vastes ulcérations, c'est être certain de n'obtenir que lentement et difficilement leur guérison. Il faut donc pour ces malades exiger le séjour au lit jusqu'à l'époque où la cicatrisation sera presque accomplie.

Le traitement de ces syphilides ulcératives des jambes comporte donc, comme élément presque indispensable d'une guérison rapide, un certain temps de repos au lit qu'on doit imposer aux malades.

Le mode de pansement dont je viens de parler est loin d'être toujours facile et commode. Il s'applique aisément sur une surface plane régulière, comme celle du tronc ou des membres, comme celle du front, des joues, etc. Mais il s'applique, au contraire, difficilement sur les régions à surface ondulée, tourmentée, telles que l'oreille, le nez, ou sur les régions mobiles, prépuce, lèvres, paupières. Il est même certains points où un tel mode de pansement devient inapplicable.

Toutes les fois qu'il n'y a que difficulté et non impossibilité à l'emploi d'un tel pansement, on s'ingéniera par un artifice quelconque à appliquer et à faire tenir le pansement occlusif, à l'immobiliser par un moyen de contention quelconque, analogue, par exemple, s'il s'agit de l'organe de l'olfaction, à celui dont on se sert dans le traitement de l'eczéma du nez, c'est-à-dire par le nez en caoutchouc.

A l'aile du nez, par exemple, qui est si souvent le siège de lésions gommeuses ulcératives, il y aura lieu, dans les cas

où les deux faces (la face muqueuse et la face cutanée) sont le siège d'ulcérations, de pratiquer une sorte de blindage externe et interne, une sorte de cuirasse qui embrasse et recouvre ces deux ailes. On y réussit en se servant de bandelettes très étroites de 4 millimètres de largeur tout au plus que l'on introduit dans les fosses nasales, que l'on applique à l'aide du manche d'une spatule et que l'on replie ensuite sur l'aile externe du nez.

Dans la bouche, au cuir chevelu, sur toutes les régions couvertes de poils, le pansement ne pourra être appliqué, bien entendu, qu'après section des poils qui peuvent subsister au siège même ou dans les interstices des lésions, et après rasure de la zone périphérique dans une étendue suffisante pour l'adhérence des extrémités des bandelettes.

A ce point de vue, une digression est nécessaire. La curation rapide des syphilides ulcératives du cuir chevelu ne s'obtient qu'au prix d'une rasure préalable, non pas complète, ce qui serait inutile, mais partielle, débarrassant des cheveux toute la partie affectée ainsi qu'une zone périphérique d'un centimètre environ, c'est-à-dire assez grande pour l'application de bandelettes. Tout d'abord le malade se refusera à se laisser raser, de peur de laisser voir l'affection dont il est atteint; c'est au médecin qu'il appartient de lui faire comprendre qu'il ne guérira pas avec des cheveux s'agglutinant sans cesse au pourtour et à la surface de la plaie, entretenant des croûtes plus ou moins épaisses, irritant la plaie, etc. Dans ces conditions, en effet, on laisserait s'éterniser presque, ou tout au moins traîner en longueur des lésions qui ne demanderaient qu'à guérir, au lieu d'aboutir avec le temps à une alopécie locale, irrémédiable et définitive.

J'ai dit, en commençant l'étude du traitement des syphilides gommeuses, qu'il n'y avait que deux médications éprouvées contre cet ordre de lésions. De ces deux médications je viens de vous faire connaître la première; quelques mots donc maintenant sur la deuxième, c'est-à-dire le pansement iodoformé.

L'iodoforme n'en est plus à faire ses preuves, des milliers d'observations en attestent la valeur. En ce qui nous concerne, il est actuellement bien démontré qu'il exerce sur les syphilides ulcératives une action thérapeutique puissante. Il les modifie rapidement dans la majorité des cas. On l'emploie de la façon suivante : ou bien en pommade, associé à la vaseline dans la proportion de 2 à 3 grammes d'iodoforme pour 10 grammes d'excipient.

Ou bien, ce qui est plus simple et meilleur, sous forme de poudre.

On saupoudre d'iodoforme toute la surface de la plaie et on recouvre ensuite avec de la charpie sèche ou de la ouate, en maintenant le pansement avec une compresse et quelques tours de bande. C'est là, à coup sûr, le meilleur mode de pansement pour toutes les ulcérations gommeuses qui ne sont pas susceptibles d'être soumises à l'occlusion. C'est ainsi que l'on devra traiter les syphilides gommeuses du gland, du méat uréthral, de la vulve, etc.

Enfin, j'ajouterai un dernier mot à propos d'un mode de pansement mixte qui a été employé en ces derniers temps et que nous employons communément dans nos salles.

On s'est dit, non sans raison : mais puisque l'occlusion au taffetas de Vigo a une action efficace sur les lésions gommeuses, et puisque, d'autre part, l'iodoforme constitue également pour elles un topique salutaire, pourquoi ne pas bénéficier de cette double action? Pourquoi ne pas utiliser cette double influence? On a donc expérimenté en ce sens, c'est-à-dire en saupoudrant d'abord les syphilides gommeuses avec de la poudre d'iodoforme (après lavage et détersion préalables), puis en les recouvrant de taffetas de Vigo. Or la pratique a confirmé ici les déductions de la théorie. Sous cette double influence, on a vu les ulcérations gommeuses se modifier rapidement, se déterger, se transformer en plaies simples et aboutir à la cicatrisation.

Dès à présent, on peut certainement dire que c'est là un excellent mode de traitement des ulcérations gommeuses, que c'est un perfectionnement ajouté à l'occlusion. Mais s'ensuit-il qu'on doive toujours et dans tous les cas faire appel à ce mode de traitement? Non, il faut distinguer les cas et obéir aux indications.

Pour les cas que j'appellerai courants, moyens, ordinaires, qui ne présentent pas un degré de gravité particulière, qui n'offrent rien de menaçant, ce pansement mixte est superflu. On peut se contenter de l'occlusion au taffetas de Vigo et épargner aux malades l'ennui, les désagréments de l'affreuse odeur de l'iodoforme. Mais, si peu que le cas soit grave, *a fortiori* s'il présente une réelle malignité ou s'il menace un organe d'une destruction prochaine, l'indication est de recourir à l'occlusion iodoformée, car, je le répète, c'est là, non seulement ce que nous avons de plus actif, mais encore de plus rapidement actif. C'est là ce qui modifie le plus hâtivement les ulcérations gommeuses, ce qui en modère le plus sûrement les progrès. Or, la question de temps est majeure, par exemple, quand il s'agit de sauvegarder l'intégrité de minces cloisons telles que l'aile du nez, les paupières, le prépuce, c'est-à-dire de conjurer des mutilations et des perforations irrémédiables et définitives.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Modification à la pince cardiographique de Marey; cardiographe à poids (1).

Par M. le Dr Albert René,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Le but de cette petite note est de proposer d'appliquer à la pince cardiographique de M. Marey la même transformation que M. Marey a déjà réalisée dans son myographe ordinaire.

On sait que, dans les anciens myographes, le levier est tendu par un ressort métallique dont on peut faire varier la tension au moyen d'un excentrique. Dans ses nouveaux myographes, M. Marey a substitué un poids tenseur au ressort. « On a, de cette façon, dit-il, l'avantage de pouvoir graduer, en connaissance de cause, la traction exercée sur le muscle, etc. (2). »

Or, dans la pince cardiographique pour le cœur de la grenouille, on sait que le cœur est saisi entre deux cuillerons portés chacun par un bras coudé. L'un des bras est fixe. L'autre, celui qui porte le levier inscripteur, est mobile; quand la systole a écarté les mors de la pince, ce levier mobile est rappelé par un *fil de caoutchouc* qui fait ressort et dont la tension est variable au gré de l'expérimentateur.

(1) Note présentée à la Société de biologie par M. le professeur Beaunis (séance du 26 mars 1887).

(2) V. Marey. *Méthode graphique*, p. 512.

Mais, d'une part, on connaît trop bien les inconvénients du caoutchouc, ses changements d'élasticité, etc.; d'autre part, avec le caoutchouc, on ne peut apprécier le degré de tension employé, la charge extérieure pour ainsi dire imposée au muscle cardiaque; et d'ailleurs tout cela variera *dans chaque* expérience cardiographique.

Enfin, suivant le niveau du point d'application du caoutchouc aux bras coudés, on a aussi, comme je m'en suis assuré, des différences « considérables » dans la forme des tracés. Si bien que, en définitive, les tracés obtenus ne sont pas rigoureusement comparables, et l'on ne peut graduer la tension « en connaissance de cause ».

— Il est très facile de faire ici ce qui a été réalisé pour le myographe ordinaire. Il suffit d'ajouter : 1° au bras coudé *mobile* un petit crochet C; 2° au bras *fixe* du cardiographe, une petite tige de cuivre TT, perpendiculaire à ce bras, horizontale et supportant une poulie P. (V. Fig. 1.)

Le fil doit être dans le plan de la poulie; d'autre part, la poulie doit avoir un certain diamètre (10 à 12 millimètres), afin d'augmenter les points de contact du fil avec la gorge

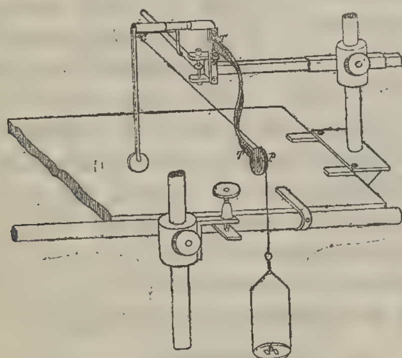


Fig. 1 (*dessinée en perspective*).
CARDIOGRAPHE A POIDS
C. Crochet. — TT. Tige de cuivre. — P. Poulie.

de la poulie, et par suite, d'augmenter la sensibilité de l'appareil. (Remarquons toutefois, d'après les éléments de la mécanique, que le fil horizontal tangent à la poulie ne doit avoir au plus qu'un quadrant de contact avec la poulie.)

On attache un fil au crochet C, et le fil passant dans la gorge de la poulie supporte un petit plateau très léger (poids = 1 gramme), dans lequel on place, comme dans le myographe ordinaire, des poids de 5, 10, 15 et même 20 grammes.

Inutile d'insister sur les différences que l'on pourra constater et *mesurer* dans l'expérimentation des diverses substances.

Ajoutons encore un petit détail qui aura quelque utilité pratique : il sera avantageux de donner une longueur de 6 à 8 centimètres environ à la tige de cuivre adaptée perpendiculairement au bras fixe; de cette façon la poulie viendra en dehors du support de la plaque de liège, et le plateau de poids sera suspendu librement en dehors et au-dessous de cette plaque, tout à fait à la portée de l'expérimentateur.

Nous rappellerons en terminant (et cela est déjà venu sans doute à l'esprit de nos lecteurs) que ce que nous réalisons avec le cardiographe à poids est tout à fait ce que l'on peut obtenir avec le cardiographe de Legros et Onimus, lorsque l'on a le soin de mettre la tige verticale mobile de ce cardiographe en rapport avec le levier inscripteur d'un myographe à poids (nouveau modèle), au lieu de rattacher par un fil cette tige au levier de l'ancien myographe à ressort.

Modification au tambour à levier de Marey; tambour à levier rectifiable.

Puisque le hasard nous amène, à propos de la note précédente, à signaler à la Société de biologie une petite modification pratique, nous profitons de l'occasion pour indiquer en même temps un autre changement que nous avons réalisé et qui pourra, nous l'espérons, rendre quelques services dans les laboratoires.

Tous ceux qui ont l'habitude de la méthode graphique savent combien il est parfois difficile de se servir simultanément de plusieurs tambours à levier, disposés parallèlement sur un support horizontal. Malgré toutes les précautions prises et notamment après examen et réglage des vis calantes du cylindre enregistreur, etc., quand on a tout mis en place et pris ses points de repère, on obtient, pendant un ou deux tours du cylindre, un tracé régulier; puis, tout à coup, pour une raison quelconque (expérimentale, mécanique, sans oublier parfois les déformations d'un cylindre mal centré) on s'aperçoit qu'un des leviers n'écrit plus rien sur le cylindre. Il faut alors arrêter le mouvement du cylindre, et l'on s'empresse d'abaisser un peu plus le levier récalcitrant. Puis on remet l'expérience en route. Mais voici l'accident. Quand on a porté la main sur la vis de ce tambour à levier, on a souvent (et les plus habiles se rappellent combien de fois cela arrive) dérangé involontairement les deux ou trois autres leviers voisins et parallèles. Et parfois on regrette d'avoir interrompu un tracé intéressant.

Nous avons tant de fois regretté, M. le professeur Beaunis et moi, de ne pouvoir mobiliser à volonté un tambour à levier sans toucher au voisin (et naturellement, après avoir utilisé déjà la vis de réglage du support commun), que, cette année, nous nous sommes décidé à demander à notre constructeur habituel, M. Bellieni, de transformer quelques-uns de nos tambours à levier, en leur appliquant le système de la vis de réglage des supports horizontaux ordinairement employés.

La modification est très facile à réaliser. (V. fig. 2.)

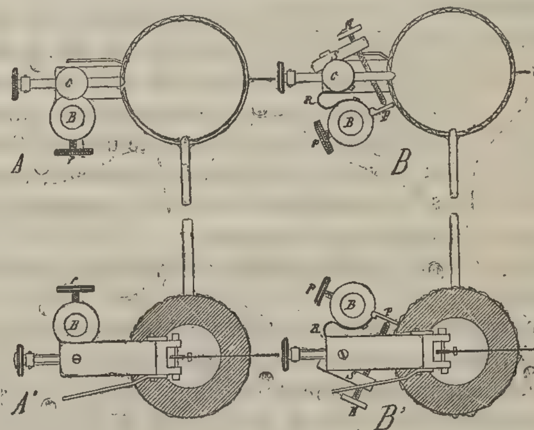


Fig. 2
(*dessinée en géométral pour faciliter la construction réelle de l'objet*) (1).
TAMBOUR RECTIFIABLE

AA' Tambour ordinaire (vu sur ses deux faces). — BB' Tambour modifié avec ressort (vu sur ses deux faces). — V. Vis de pression. — B. Bague. — C. Pièce pleine. — R. Ressort. — M. Vis de rappel. — P. Tige méplate. — *p*. Petite vis de pression de la bague. — S. Support.

On sait que, généralement, les tambours à levier sont maintenus sur le support horizontal par une bague B, qui

(1) Nous devons les dessins des figures 1 et 2 à l'obligeance de nos collègues MM. Bonnet et Bajolet, professeurs à l'École des Beaux-Arts de Nancy.

porte une vis de pression p. On fixe le tambour sur son support horizontal en serrant la vis de pression p.

Ordinairement la bague B fait corps avec la pièce pleine C, qui porte l'écrou de la vis de réglage du tambour.

Nous avons voulu rendre « rectifiable » le tambour et son levier, sans avoir à déplacer la bague B. Pour obtenir ce résultat nous enlevons les deux vis qui réunissaient les pièces B et C, et nous plaçons entre ces deux pièces un ressort R, dont les deux extrémités sont fixées l'une à B et l'autre à C.

Sur la partie devenue mobile C, nous avons fixé un support S, muni d'une vis de rappel M, dont l'extrémité vient buter sur une tige méplate P. On voit facilement qu'en agissant sur la vis de rappel M, on élève ou l'on abaisse tout le système mobile, c'est-à-dire le tambour et son levier inscripteur. C'était le but que nous voulions atteindre.

Nous sommes satisfait de posséder dans notre laboratoire plusieurs tambours ainsi modifiés ; nous pensons que, dans les expériences où il faut mettre en jeu simultanément plusieurs tambours enregistreurs, nos collègues pourront utiliser avantageusement cette petite modification.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 avril 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Fistule vaginale. — M. Hervieux communique une observation de fistule vaginale traitée et guérie par les injections d'eau chlorurée.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, chez laquelle un phlegmon pelvien, consécutif à un accouchement laborieux, avait donné lieu à une fistule vaginale rebelle, qui avait résisté aux efforts des médecins les plus expérimentés et avait toujours été en s'aggravant. État cachectique, suppuration fétide infectant toutes les pièces occupées par la malade, douleurs pelviennes aiguës, ne permettant ni la marche, ni la station verticale prolongée, ni le décubitus dorsal, insomnie, amoindrissement progressif des forces, de l'embonpoint, de l'appétit, telle était la situation lorsque M. Hervieux fut appelé auprès de la malade pour la première fois.

On s'était borné jusque-là à des mesures hygiéniques et à une médication reconstituante, et, en désespoir de cause, on avait proposé à la malade une contre-ouverture, l'établissement d'un tube à drainage et même l'ablation du coccyx. On avait tenté deux fois de pratiquer dans le foyer des injections détersives et antiseptiques ; mais ces tentatives avaient échoué, en raison des douleurs causées, soit par l'application du spéculum, soit par l'introduction de la sonde. Convaincu que la guérison n'était possible que par l'injection dans la poche d'un liquide susceptible d'en modifier la face interne et le contenu, M. Hervieux eut recours aux injections intra-fistuleuses d'eau chlorurée, liquide dont il avait une grande expérience. Le spéculum et les sondes de métal, étant l'occasion de vives douleurs, furent supprimées, et M. Hervieux, qui avait appris à connaître le siège précis de l'orifice fistuleux, se servit de son index gauche préalablement introduit dans le vagin, comme d'un conducteur, et d'une sonde creuse en gomme élastique pour faire pénétrer la liqueur de Labarraque dans le foyer. Ces injections, pratiquées chaque jour pendant cinq mois, amenèrent une guérison complète.

M. Hervieux saisit l'occasion de ce cas particulier pour insister sur les services que peut rendre l'eau chlorurée dans le traitement des suppurations en général et des trajets fistuleux en particulier.

Angine de poitrine. — M. Guyot dit qu'il a observé un certain nombre de malades atteints d'*angor pectoris* vrai et dont les accès ont été très espacés, bien que ces malades ne suivissent aucun traitement, se contentant des précautions hygiéniques.

Un malade de M. Germain Sée est mort quelques années après avoir eu des accès bien caractérisés d'angine de poitrine, et d'une tout autre maladie.

M. C. Paul donne également, dans son « Traité des maladies du cœur », deux observations d'angor sans lésions cardiaques qui ne se terminèrent pas par la mort, et cela en l'absence de tout traitement proprement dit.

On peut donc guérir, ou plutôt ne pas mourir, d'angine de poitrine avec des précautions hygiéniques et, à l'occasion, un peu de digitale.

Pour ce qu'a dit M. Huchard de l'action curative des préparations iodurées, et spécialement de l'iodure sodique, dans les anévrysmes aortiques, je ferai remarquer que j'observe depuis dix ans une malade atteinte d'anévrysme de l'aorte, avec compression de l'œsophage et d'une bronche par la tumeur ; cette malade va, vient, monte quatre étages. Le diagnostic est si peu douteux que l'anévrysme a usé le sternum et fait saillie sous la peau. Il convient donc de tenir compte des guérisons, ou plutôt, des pseudo-guérisons spontanées.

J'ajouterai, en ce qui concerne l'iodure de sodium, qui est presque exclusivement employé et avec raison, qu'il ne met cependant pas toujours à l'abri des accidents d'iodisme.

J'ai précisément vu, ces temps derniers, des accidents iodiques assez sérieux (conjonctivite et kémosis très marqués), chez un malade mis à des doses modérées d'iodure sodique. Je les ai observés dans un autre cas, où la dose journalière était de 0,25 cent. seulement.

M. Edgard Hirtz, au moment où la Société discute l'angine de poitrine et les théories pathogéniques émises à ce sujet, croit intéressant de rapporter une observation recueillie dans son service de Lariboisière.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, fumeur, il est vrai, mais d'une façon exagérée, entré à l'hôpital pour des accès dont il souffrait à intervalles irréguliers, depuis trois mois environ. Ces accès offraient tous les caractères cliniques classiques de l'angine de poitrine.

L'examen du cœur ne révélait rien d'anomal, sauf un timbre un peu métallique du deuxième bruit à la base. Le pouls était régulier, les radiales souples.

Le malade eut trois crises pendant son séjour dans les salles. La dernière dura environ dix minutes et se termina brusquement par la mort.

A l'autopsie : cœur normal ; myocarde sain ; rien dans les plexus cardiaques ; orifices suffisants ; endocarde lisse et souple. A l'ouverture de l'aorte, on trouve des plaques d'artérite aiguë, depuis l'origine jusqu'au niveau de la naissance des gros troncs artériels ; pas de trace d'athérome, aucune plaque indurée ; quelques plaques rosées, boursouflées, autour de la naissance de deux artères intercostales.

Les coronaires sont absolument intactes. Elles ont été ouvertes et examinées sur tout leur parcours ; on n'y a trouvé aucun vestige d'athérome ou d'oblitération.

L'examen histologique des muscles, des nerfs du plexus cardiaque, a été pratiqué avec soin par M. Vidal, interne du service, sans qu'on ait découvert aucune altération du myocarde ou des tubes nerveux.

Cette observation démontre la réalité contestée de l'aortite aiguë primitive, non greffée sur un athérome antérieur ; parce que les coronaires ont été démontrées absolument saines chez un homme qui a succombé à l'*angor pectoris* vrai ; parce que l'iodure de sodium a été donné au malade dès le jour de son entrée à la dose de 4 grammes par jour sans aucun bénéfice pour lui.

M. Huchard dit que ce fait rentre dans les cas nombreux d'angine de poitrine d'origine tabagique sans lésion des artères coronaires. Ces malades meurent d'ischémie cardiaque due à un rétrécissement spasmodique des artères coronaires.

On ne trouve pas de lésions de ces artères dans ces cas. Ce fait rentre donc dans la règle des angines de poitrine vraies.

M. GUYOT croit que la cessation brusque du tabac entraîne immédiatement la disparition des accès dus au tabagisme. Il serait donc étonné que le malade de M. Hirtz ait succombé à une angine tabagique, puisqu'il y avait déjà plus de huit jours qu'il ne fumait plus.

Thrombose pulmonaire. — **M. RENDU** communique l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, très faible, très défaillante, d'une pâleur livide et présentant le masque chlorotique. Pendant qu'il l'auscultait, elle se trouva mal, et on dut la transporter dans la salle. Son histoire est celle d'une chlorotique. A dix heures du soir, elle s'éveille brusquement, se plaint d'étouffer et tombe morte.

L'autopsie a révélé l'intégrité absolue de tous les organes. Le poumon gauche était athélectasié; dans l'artère pulmonaire gauche se trouvait un volumineux caillot qui se répandait dans les branches de cette artère. Ces caillots présentaient tous les caractères des caillots anciens. Ces caillots étaient d'autant plus adhérents qu'ils se trouvaient dans des vaisseaux plus petits. L'examen microscopique montra qu'il n'y avait pas d'artérite de l'artère pulmonaire. L'artère bronchique correspondante à l'artère pulmonaire était absolument perméable, ce qui assurait la circulation collatérale.

M. GAUCHER cite plusieurs cas analogues à celui de M. Rendu.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Rendu s'il n'a pas trouvé de cause à cette thrombose pulmonaire.

M. RENDU répond négativement.

M. FERRANT demande si l'on n'avait pas constaté de la leucocytose. Il a observé un cas de thrombose pulmonaire dans lequel il existait de la leucocytose.

M. RENDU fait observer qu'il n'a pu examiner cette malade pendant la vie, puisqu'elle est morte quelques heures après son entrée à l'hôpital.

Emploi du chlorure de méthyle contre les névralgies. — **M. DEBOVE** lit une note sur l'emploi du chlorure de méthyle. Il rappelle sa communication du 8 août 1884. Depuis il y a eu quelques accidents et des insuccès. Il a lui-même rencontré quelques cas rebelles. Il a traité de cette façon plus de 150 sciatiques. Les lumbagos et les diverses névralgies sont également justiciables de ce traitement.

Quant aux accidents, on sait que le chlorure de méthyle amène une congélation de la peau, c'est-à-dire de l'érythème, une vésication ou une cautérisation. Il faut s'en tenir à l'érythème. Il faut agir en surface et non en profondeur, pour éviter ces accidents.

M. Debove a employé avec succès ce mode de traitement contre les névralgies de la face. Il en a guéri 16 sur 18; il y a eu quelques rechutes qui ont été facilement guéries.

M. DUMONTPALLIER confirme ce que vient de dire M. Debove relativement à la névralgie faciale. Il a lui-même constaté plusieurs cas de guérison.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 avril 1887, M. le docteur Villette, médecin de l'état civil du IIe arrondissement de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hôpitaux de Paris.* — Il est créé un troisième service de chirurgie à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital Saint-Louis.

— MM. J. Voisin, Falret, Espiau de Lamaestre, Baillarger, Bucquoy, Hutinel et Quinquaud sont nommés membres du jury du concours pour une place de médecin adjoint du service des aliénés.

— Par suite du décès de M. Gay, pharmacien de l'hôpital Laënnec, ont lieu les mutations suivantes :

M. Bourquelot passe à Laënnec; — M. Sonnier-Moret passe aux Enfants-malades; — M. Léger passe à Beaujon; — M. Berthoud passe à Trousseau; — M. Gasselin prend la place de pharmacien, vacante aux Incurables.

— Par arrêté préfectoral, en date du 29 mars 1887, le mandat des médecins inspecteurs des Écoles primaires et des Écoles maternelles de la ville de Paris et des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis est prorogé jusqu'au 1er octobre 1887.

— *Hôpital de Fécamp.* — MM. les docteurs Valin, Dufour et Fauvel sont nommés médecins auxiliaires dudit hôpital.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 2 avril 1887, pour l'élection au Conseil académique de Toulouse, d'un délégué de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Bonamy, décédé, M. Nogués, professeur de clinique médicale à ladite École a été élu membre du Conseil académique.

— Les amis et les élèves de M. le professeur J. Béclard, désirant perpétuer son souvenir par un hommage public et durable, ont eu la pensée de lui élever un buste à côté de celui de son père, P.-Augustin Béclard, sur le monument funéraire qui les réunit.

Dans ce but, ils ont constitué un comité d'initiative, composé de MM. Laborde, chef du laboratoire de M. Béclard; Galippe, ancien élève du laboratoire; Mathias-Duval, professeur à la Faculté (élève de M. Béclard).

MM. Brouardel, doyen de la Faculté; professeur Lannelongue; Caventou, trésorier de l'Académie de médecine; Blanche, membre de l'Académie de médecine; G. Masson, libraire éditeur; Pupin, secrétaire de la Faculté.

Les souscriptions sont reçues par MM. Laborde, 15, rue de l'École-de-médecine; Mathias-Duval, au laboratoire de l'École d'anthropologie; Caventou, à l'Académie de médecine; Pupin, à la Faculté de médecine; G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

— *Association des médecins du département de la Seine.* — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Ordre du jour : Lecture du compte rendu de l'année 1886; — élection du bureau; — tirage au sort des membres de la commission générale.

— M. le docteur Bérenger-Féraud se présente comme candidat à la place de correspondant, laissée vacante, dans la section de médecine et chirurgie de l'Académie des sciences, par le décès de M. Leudet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desvignes (d'Egleny) et Pétel (de Louviers).

— M. le professeur Damaschino reprendra son cours de pathologie interne aujourd'hui mardi, 19 avril, à trois heures (grand amphithéâtre). Il traitera cette année des maladies de l'encéphale et du système nerveux.

— M. G. Bonnier commencera son cours de botanique mercredi prochain, 20 avril 1887, à dix heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté des sciences de Paris, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique le mercredi 20 avril, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ces conférences porteront sur l'hygiène thérapeutique. — Des leçons seront faites sur la kinésithérapie, le massage, l'hydrothérapie, l'aérothérapie, la climatothérapie, etc.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21033

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales est terminée; les conclusions de la commission ont été adoptées, avec de très légères modifications qui ne touchent pas au fond de l'esprit du rapport. Nous n'avons pas à revenir sur l'appréciation que nous avons faite, dans notre numéro du 15 mars dernier, de ses dispositions principales. C'est à l'avenir de nous dire maintenant le sort qui sera fait à l'avis de l'Académie et le système qui sera définitivement adopté par les pouvoirs publics.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Luxation ancienne de l'épaule; réduction par le procédé de douceur.

(Observation recueillie par M. Mordret, interne du service.)

Le 21 février dernier, s'est présentée, à la consultation de M. Després, une malade, Marguerite A..., couturière, âgée de soixante-six ans, présentant les signes d'une luxation sous-coracoïdienne franche du côté gauche, dépression sous-acromiale, tête humérale dans l'aisselle au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Interrogée sur le début de son affection, elle nous apprend qu'il y a deux mois (le 23 décembre dernier), se voyant sur le point d'être renversée par une voiture, le pied lui manqua sur le bord du trottoir, et elle fit une chute sur le coude. Elle portait au bras un panier qu'elle ne lâcha pas, et ressentit, au moment de l'accident, une violente douleur à la partie moyenne du bras, qu'elle ne put plus remuer depuis ce moment. Son médecin ne reconnut pas la lésion et lui prescrivit simplement l'immobilisation et le port d'une écharpe.

Deux choses sont intéressantes dans le cas de cette malade :

1° Aucune manœuvre de réduction n'a, jusqu'à ce jour, été opérée;

2° La malade présente une luxation franche sous-coracoïdienne, datant de deux mois.

Plusieurs moyens de réduction sont préconisés en pareil cas : il y a à peine quelques années, l'accident étant ancien, on eût eu recours aux procédés de force, moufles et treuil, suivant l'ancien procédé de Vitruve, ou appareil de Jarvis, approprié à la luxation de l'épaule et connu sous le nom d'appareil de Collin.

M. Després pensa pouvoir obtenir la réduction par les procédés de douceur, parce qu'il s'agissait d'une femme âgée et peu musclée, et aussi parce que personne n'avait touché à la luxation. Deux méthodes étaient particulièrement indiquées : l'extension par les aides ou les appareils élastiques, et le procédé de Kocher; la première demandait plus d'apprêt, plus de temps; il résolut donc de réduire séance tenante par le procédé de Kocher.

Comme nous le fit remarquer M. Després, à la leçon du lendemain, le procédé de Kocher, aujourd'hui très employé, est récent, mais il a son origine dans une manœuvre de réduction connue dès longtemps et particulièrement employée par Mothe (de Lyon), au commencement de notre siècle.

Le principe de la réduction dans le procédé de Kocher est en effet un mouvement de rotation de l'humérus en dehors. Or, c'est également ce que faisait Mothe en 1812, et, comme le fait remarquer Malgaigne, Mothe ne faisait qu'imiter Brunus, qui, dès le XIIIe siècle, réduisait les luxations par l'élévation du bras et sans doute une rotation en dehors involontaire.

Si, en effet, nous élevons le bras dans une direction verticale, parallèlement à l'axe du corps, il résulte, pour la tête de l'humérus, un mouvement de rotation de dedans en dehors; seulement, dans le procédé de Mothe, il fallait que le chirurgien fût doué d'une force presque athlétique, sous peine d'insuccès; Kocher, au contraire, en renversant le mécanisme de la réduction, est arrivé à obtenir le même mouvement de rotation, mais par des manœuvres beaucoup plus simples, puisque l'avant-bras sert de bras de levier pour obtenir facilement la rotation de la tête humérale en dehors.

En présence d'une luxation récente, le procédé de Kocher est d'une extrême simplicité; mais ici, la luxation datant de deux mois, M. Després insiste sur la nécessité de mobiliser d'abord l'articulation. De nombreux aides maintiennent la malade; il est particulièrement important qu'un aide, placé du côté sain, applique les deux mains à plat sur la région axillaire, le plus près possible de l'articulation luxée, enlaçant ainsi fortement la patiente, et appliquant fortement l'omoplate sur le thorax. Un autre aide place la main au-

dessus de l'épaule et s'oppose au mouvement d'élévation de l'omoplate.

Après plusieurs mouvements dans le but d'obtenir la mobilisation, et il fut facile pour celui qui maintenait l'épaule de constater les nombreux craquements dus à la déchirure des adhérences encore récentes, M. Després commença la réduction, et, au bout de la seconde tentative, la tête humérale était rentrée dans la cavité glénoïde.

Les manœuvres de mobilisation et de réduction n'avaient pas duré cinq minutes, et cela sans chloroforme et la malade ne souffrit pas beaucoup. Une écharpe fut placée pour maintenir le bras, et la malade retourna immédiatement chez elle.

Il existe un certain nombre d'observations analogues; Cêppi, dans la *Revue de chirurgie* (1882), en rapporte plusieurs, où des réductions de luxations anciennes furent également obtenues sans l'usage du chloroforme, par le procédé de Kocher. Nous avons cependant cru que celle-ci présentait quelque intérêt, vu la facilité extrême avec laquelle elle a été réduite après la mobilisation de la jointure par des mouvements forcés.

La malade s'est de nouveau présentée à la consultation le 28 février, huit jours après la réduction; aucun accident ne s'était produit et les mouvements du bras reviennent peu à peu.

Ce fait de réduction d'une luxation ancienne est, aux yeux de M. Després, exceptionnel; il a réduit déjà deux luxations de l'épaule datant d'un mois passé, une fois après une heure de traction élastique, et réduction ensuite par le procédé de traction continue par des aides relayés. Une autre fois, il s'agissait d'une malade grasse, peu musclée; la réduction a été obtenue par la rotation combinée avec l'adduction, c'est-à-dire une variante des procédés de Mothe et de Kocher. Mais, dans les deux cas comme chez notre malade, une mobilisation préalable de la tête humérale par des mouvements étendus avait suffisamment préparé la réduction. Hâtons-nous de dire que M. Després n'a obtenu ce résultat que chez des femmes et qu'il ne compte pas qu'on réussirait aussi facilement sur des hommes fortement musclés.

THÉRAPEUTIQUE

La médication de la tuberculose.

Par M. le docteur Calmon.

Les médications proposées en ce moment contre la tuberculose pulmonaire sont si nombreuses qu'il me semble utile, pour les praticiens, qui ne peuvent donner beaucoup de temps à la lecture, de résumer en quelques lignes l'état actuel de la question. J'éliminerai, tout d'abord, les préparations qui ont pour but de calmer la toux ou de relever les forces du malade et je ne m'occuperai que de celles qui, se basant sur la méthode antiseptique, visent spécialement la destruction du bacille.

Voici le résultat de mes expériences personnelles ou de celles que j'ai pu recueillir.

L'*iodoforme*, pur ou associé au goudron, en capsules ou en pilules, a donné des résultats appréciables comme antiseptique gastro-intestinal, en agissant ainsi par contact; mais, contre la phthisie, même après un traitement prolongé, les bacilles n'ont pas disparu des crachats; l'état général ne s'est pas amélioré, il y a eu même, dans deux cas, aggravation par suite de la perte de l'appétit.

Les *injections rectales gazeuses* n'ont pas prévenu les poussées tuberculeuses et n'ont pas arrêté l'évolution de la phthisie. Les sueurs n'ont pas été influencées. Il n'y a pas eu d'abaissement de température. J'ai observé quelques troubles intestinaux, par suite du ballonnement du ventre et du dérangement de l'heure des repas. Comme MM. Spillman et Parisot, j'ai obtenu quelquefois un sommeil calme, dû à l'action de l'acide carbonique; comme eux, je crois que cette médication peut être utilement employée, dans certains cas, comme palliative, mais non curative.

L'*aniline* en solution, pilules, pulvérisation, m'a donné des résultats inférieurs à ceux obtenus par le goudron naturel dont elle est du reste extraite.

Le *sulfite de soude* et les *sulfureux* sont depuis longtemps connus et conseillés comme ayant une efficacité marquée contre certaines formes catarrhales, mais ne détruisent pas les bacilles, alors même qu'ils sont administrés à des doses difficilement tolérées.

Les *injections sous-cutanées d'Eucalyptus* ou de ses dérivés, dont MM. Ball et Dujardin-Beaumetz se sont récemment occupés à l'Académie ne donnent pas de meilleurs résultats. « Je n'ai jamais observé, dit M. Dujardin-Beaumetz, la disparition des bacilles dans les crachats. Je reconnais que l'Eucalyptol en injections sous-cutanées modifie l'expectoration, en diminue la quantité, mais la dyspnée et la gêne respiratoire augmentent, l'exhalation de l'Eucalyptol gêne les malades à leur faire perdre l'appétit. » Nous n'insisterons pas.

A la suite de ces quelques expériences, j'ai remis mes malades à la médication préconisée, depuis près de dix ans, par MM. Bouchard et Gimbert et depuis par les plus éminents praticiens qui n'ont du reste adopté la créosote de hêtre qu'après bien des expériences comparatives. Serait-ce que dix ans d'existence sont bien longs pour un médicament, qu'il faut l'abandonner pour recourir aux nouveaux, qui n'ont rien ou à peu près rien à leur actif? Je donne à mes malades 8 à 12 capsules Dartois par jour, c'est-à-dire de 4 à 6 aux deux repas de midi et du soir; le matin je donne, selon les cas, de l'iodure, du tannin, des phosphates, des sulfureux. — Après quelques jours de traitement, l'expectoration diminue et j'ai observé, plusieurs fois, la disparition complète des bacilles, cessation de la fièvre, retour rapide de l'appétit et des forces. Si, au lieu de phthisie confirmée, je n'ai eu affaire qu'au catarrhe ou à la bronchite chronique, dont les formes variées peuvent quelquefois donner lieu à un diagnostic incertain, la guérison a toujours été la règle. Ces excellents résultats n'ont pas lieu d'étonner si l'on considère que la créosote de hêtre est une heureuse association naturelle de principes antiseptiques et balsamiques complets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature, pour la section de pharmacie, de MM. A. Petit et Delpech;

2° Un manuscrit intitulé : *Analyse organique des végétaux; extraction des alcaloïdes* (pour le prix Buignet);

3° Une note sur l'athrepsie (pour le prix de l'hygiène de l'enfance);

4° Une note de M. Bernou, pharmacien, sur la purification des eaux magnésiennes et séléniteuses (Comm. M. Bouchardat);

5° Une note sur la greffe animale avec la peau de grenouille, par M. le docteur Grange;

6° Un rapport sur les revaccinations pratiquées, en janvier 1887, sur les hommes du 44e régiment d'infanterie par M. le docteur Cazalas, médecin-major (Comm. de vaccine);

7° Les observations sur la vaccination et la revaccination pratiquées avec le vaccin de génisse, par M. le docteur Mackiewiez, médecin-major au 72e régiment d'infanterie (même comm.).

LECTURE

M. BROUARDEL lit une note *sur la cause de la mort des mineurs victimes de la catastrophe du puits Chastelus*, à Saint-Étienne (Loire), par le docteur Riembault.

M. Riembault rappelle qu'en 1876 il a publié une note ayant pour but de démontrer que la mort des victimes était due, non au manque d'air respirable, mais à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

La catastrophe du puits Chastelus lui en a fourni une nouvelle preuve.

Effectivement les analyses de l'atmosphère de ce puits indiquent que l'oxyde de carbone y existait.

Le sang des huit victimes était également oxycarboné ainsi que l'ont démontré les recherches microscopiques et spectroscopiques faites par M. Hénocque.

M. Riembault conclut que les victimes de la catastrophe du puits Chastelus sont morts intoxiqués par l'oxyde de carbone comme les mineurs du puits Jabin en 1871 et en 1876.

Encéphalocèle traumatique. — **M. FOLLET**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, lit un travail sur ce sujet. Il montre que la prétendue hernie du cerveau peut n'être pas constituée le moins du monde par de la substance encéphalique. A la suite d'une trépanation faite par lui, il vit survenir une de ces tumeurs pulsatiles dites encéphalocèle. Or l'ablation d'une très notable portion de cette tumeur et l'examen histologique du fragment enlevé permirent de constater qu'il n'y avait là que du tissu embryonnaire sillonné de larges vaisseaux à parois minces, une sorte de sarcome bénin, émané de bourgeons charnus qui couvraient la pie-mère.

— L'ordre du jour appelle la délibération et le vote sur les conclusions du rapport relatif à l'inspectorat des Eaux minérales.

VOTE DES CONCLUSIONS DU RAPPORT SUR L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

M. VIDAL, rapporteur, prend place à la tribune et, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture de la 1re conclusion.

M. HARDY trouve que les conclusions sont trop longues et trop divisées. Il y aurait avantage, pour la clarté, à les grouper en un plus petit nombre. Il propose, par exemple, de réunir les trois premières conclusions et de les fondre en une seule. On en pourrait faire autant de la 4e et de la 5e.

M. BROUARDEL trouve que la commission et son rapporteur n'ont pas réfuté les arguments qui leur ont été opposés. Personne ne conteste à l'État le droit et le devoir d'exercer une surveillance sur les stations thermales. Or, sous le régime actuel, il n'est pas suffisamment renseigné. Nous sommes en effet tous d'accord pour reconnaître que les inspecteurs sont sans autorité effective et sans prestige. Les médecins ne sauraient d'ailleurs avoir toutes les compétences techniques que comporte l'inspection sérieuse d'une station thermale, telles que celles qui concernent les analyses chimiques des eaux et les questions de captage, qui relèvent d'un chimiste ou d'un ingénieur. C'est dans le but de compléter ce système de surveillance qu'il a présenté son contre-projet, qui se résume dans les propositions suivantes :

La surveillance générale des stations d'eaux minérales, étant d'ordre gouvernemental, sera exercée par le ministre du commerce.

Le comité consultatif d'hygiène publique provoquera l'envoi des délégués spéciaux (ingénieurs, chimistes, médecins), suivant les cas particuliers et les besoins signalés.

La surveillance locale sera exercée par le préfet : Le conseil d'hygiène du département provoquera la délégation, soit de l'ingénieur membre du conseil, soit d'un chimiste; l'inspecteur de l'hygiène du département sera chargé de la surveillance hygiénique et administrative.

Le service local sera fait dans les petites stations par un médecin nommé par le ministre du commerce sur la présentation du comité consultatif d'hygiène et qui serait chargé, en même temps, du traitement des indigents et des rapports.

Dans les stations qui ont plus de cinq médecins, ceux-ci seraient réunis une fois par an sous la présidence du préfet; ils nommeraient une commission de trois membres ou plus, suivant les besoins du service. Ces trois membres choisiraient leur président et seraient chargés de toutes les fonctions dévolues par l'article précédent au médecin délégué.

M. HÉRARD ne voit pas que la différence de nombre des médecins dans telle ou telle station soit une raison suffisante pour leur appliquer des systèmes de surveillance différents, qui viendraient certainement se heurter contre des difficultés pratiques inextricables, le nombre des médecins d'une station pouvant changer d'une année à l'autre.

M. HARDY demande qu'on vote sur l'article premier des conclusions qui renferme le principe même du rapport. S'il n'est pas adopté, on pourra alors mettre le contre-rapport de M. Brouardel en délibération.

M. BROUARDEL. Mais nous sommes absolument d'accord sur le principe; nous ne différons que sur l'organisation du système d'inspection.

M. LE PRÉSIDENT. Deux propositions sont en présence, celle de M. Hardy qui demande qu'on vote immédiatement la 1re conclusion, à laquelle seraient annexées la 2e et la 3e, et le contre-projet de M. Brouardel, qui prend place, à titre d'amendement, avant la 2e conclusion.

La prise en considération de ce contre-projet, mise aux voix, est rejetée.

Il est donné lecture de la 2e conclusion.

M. HARDY propose de réunir en une seule les 2e et 3e conclusions. Adopté.

M. HARDY propose ensuite la rédaction suivante des conclusions.

1° L'Inspectorat des Eaux minérales est maintenu dans ses dispositions fondamentales. Un médecin inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales naturelles, exploités pour le traitement des malades. Dans les stations où les nécessités du service l'exigeront, un ou plusieurs médecins adjoints peuvent être nommés à l'effet d'aider ou de remplacer l'inspecteur en cas de besoin.

2° Les inspecteurs sont chargés de surveiller l'aménagement et l'administration des Eaux; de veiller à l'exécution des règlements établis par l'administration; ils ont droit de faire toutes observations qui leur paraissent nécessaires aux propriétaires, fermiers ou gérants des Eaux et en cas de besoin de réclamer, pour le bien du service, l'assistance du préfet et même celle du ministre. Ils ont le pouvoir de suspendre et même de révoquer les employés en cas de fautes graves ou réitérées.

Ils devront veiller à la salubrité du pays et dans ce but prescrire les mesures hygiéniques nécessaires. Ils enverraient tous les ans un rapport statistique énonçant le nombre des baigneurs, la nature des maladies traitées à la station et le nombre de bains ou de douches administrés.

Ils ont le devoir de soigner gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales et dans ces fonctions ils sont aidés par les médecins adjoints.

3° Des inspections spéciales auront lieu le plus souvent possible et toutes les fois que la nécessité en sera reconnue. Ces inspections seront faites par l'inspecteur général des mines chargé du service des Eaux minérales ou par toute autre personne déléguée par le comité consultatif d'hygiène publique.

4° Les médecins inspecteurs et les adjoints sont nommés par le ministre sur la liste de trois noms présentés par l'Académie de médecine.

5° Les médecins inspecteurs reçoivent une indemnité payée par l'État et fournie par les propriétaires ou fermiers des eaux.

6° Tous les ans, à la fin de la saison, les médecins exerçant depuis deux ans au moins dans une station d'eaux minérales seront réunis en commission, sous la présidence de l'inspecteur, à l'effet de donner leur avis sur l'aménagement et la bonne admi-

nistration des eaux, ainsi que sur les questions de pratique médicale et d'hygiène intéressant la station.

Ces conclusions ne sont pas adoptées.

M. ROCHARD. Aux termes du rapport l'Académie serait appelée à dresser la liste des candidats à l'inspectorat sur laquelle devra porter le choix du ministre; mais cette élection, faite par l'Académie, ne s'effectuera que sur les dossiers envoyés par le ministre; que deviendra alors ce choix éclairé, médical, après lequel elle aspire à si juste titre?

M. VIDAL, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture de la 2e et de la 3e conclusion.

Consultée sur la proposition de M. Hardy, de réunir les trois premières conclusions en une seule, qui deviendrait ainsi l'article 1er, l'Académie adopte.

On passe à la 4e conclusion.

M. HARDY propose de ne faire qu'une seule conclusion de la 4e et de la 5e.

Cette proposition, après une courte discussion, n'est pas adoptée et l'article 4 est mis aux voix et adopté.

Les articles 5, 6, 7 sont successivement mis aux voix et adoptés sans discussion.

M. HÉRARD propose d'appliquer aux médecins adjoints le même mode de recrutement que pour les inspecteurs.

L'article 8, devenu le 6e, est adopté avec suppression du 2e paragraphe : « La commission consultative sera composée des médecins exerçant depuis deux ans. »

L'article 9 (7e) modifié comme il suit : « Les médecins inspecteurs et les médecins adjoints des établissements d'eaux minérales seront nommés par le ministre du commerce, etc. » Le reste comme dans l'article primitif.

L'article 10 (8e) est adopté.

L'article 11 est supprimé.

L'article 12 (devenu 9e) est adopté.

La discussion est close.

La séance est levée à 5 heures.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision portant ouverture d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève en médecine du service de santé militaire et réglant les conditions de stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Paris, le 26 mars 1887.

Le ministre de la guerre a décidé, le 26 mars 1887, qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1887, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 6 septembre;

A Nancy, le 13 septembre;

A Lyon, le 16 septembre;

A Montpellier, le 20 septembre ;

A Bordeaux, le 23 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent, à la fois, un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une Faculté de médecine ou une Faculté mixte, ou une École de plein exercice, ou une École préparatoire, savoir :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une Faculté de médecine, devront, après leur troisième année d'études, désigner la Faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

TITRE PREMIER

CONDITIONS D'ADMISSION

Les étudiants ayant de 4 à 16 inscriptions (pour le doctorat) validées sont admis à concourir.

Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions, dans l'un des groupes suivants :

1° Étudiants ayant, au minimum, 4 inscriptions et 7 au maximum;

2° Étudiants ayant, au minimum, 8 inscriptions et 11 au maximum;

3° Étudiants ayant, au minimum, 12 inscriptions et 15 au maximum ;

4° Étudiants ayant, au minimum, 16 inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé;

2° Qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :

Moins de vingt-deux ans, pour les élèves à 4 inscriptions ;

Moins de vingt-trois ans, pour les élèves à 8;

Moins de vingt-quatre ans, pour les élèves à 12;

Moins de vingt-cinq ans, pour les élèves à 16;

3° Qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Cette aptitude sera constatée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade de major de deuxième classe au moins.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

TITRE II

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES

Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaire devront demander leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où sont situées les villes dans lesquelles se fera la composition écrite.

La liste sera close le 31 juillet et devra être adressée, sans aucun délai, au ministre de la guerre (direction du service de santé).

MM. les directeurs du service de santé devront envoyer, aussitôt après la clôture de ladite liste, aux directeurs dudit service des corps d'armée comprenant un centre d'examen écrit, les noms des candidats inscrits qui auront choisi ce centre d'examen.

La liste, comprenant ces noms, sera remise au médecin chef chargé de faire l'appel des candidats.

Les pièces à produire, pour l'inscription, sont :

1° L'acte de naissance, revêtu des formalités prescrites par la loi;

2° Le certificat d'aptitude au service militaire;

3° Un certificat, délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire;

4° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat, parmi les villes désignées ci-dessus, et dans lesquelles il devra se rendre, aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves orales, soit pour les épreuves écrites, que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre.

5° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens. (Ces certificats pourront n'être produits que le jour de l'ouverture des épreuves.)

6° L'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'ad-

mission, sa commission d'élève du service de santé, et de la ville où il désire continuer ses études.

Les candidats présents sous les drapeaux doivent fournir, en outre :

1° Un état signalétique et des services;

2° Un certificat de bonne conduite;

3° Un relevé des punitions.

Ils ne peuvent choisir, comme centre de composition et d'examen oral, que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison; à l'époque des examens, ils auront droit à des permissions dont la durée sera calculée d'après le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

S'ils sont compris dans la liste d'admission, ils seront placés en position de congé, pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Les pièces fournies par les candidats, qui ne seraient point admis, leur seront ultérieurement restituées par les soins du directeur du service de santé dans les bureaux duquel l'inscription aura été effectuée.

TITRE III

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES

Candidats à 4 inscriptions, ayant satisfait au premier examen de doctorat :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle, de physique ou de chimie;

2° Interrogations sur les mêmes matières.

Candidats à 8 inscriptions :

1° Composition sur une question d'anatomie ou de physiologie;

2° Interrogatoire sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

Candidats à 12 inscriptions et ayant satisfait à la première partie du deuxième examen de doctorat :

1° Composition sur une question de pathologie;

2° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie;

3° Interrogations sur la pathologie.

Candidats à 16 inscriptions :

1° Composition sur un sujet de pathologie et de thérapeutique;

2° Interrogatoire sur la pathologie externe et la médecine opératoire;

3° Interrogatoire sur la pathologie externe, l'hygiène et la thérapeutique.

TITRE IV

COMPOSITION

La composition se fera le 8 août 1887, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire, ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé.

Le sujet est le même pour chaque catégorie de candidats; il est choisi par le jury institué par le titre VII, qui se réunit, à cet effet, en commission spéciale, au ministère de la guerre, du 1er au 5 août. Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire et dont la suscription indique seulement la nature de la catégorie. Ces enveloppes sont réunies dans une seconde enveloppe qui est adressée au médecin en chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil des localités désignées ci-dessus.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin en chef, en présence des candidats; le procès-verbal de la séance devra constater que le cachet était intact.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve; les candidats ne peuvent se servir ni de livres ni de notes.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-tête imprimé, distinctes par catégorie, envoyées par le ministre de la guerre au médecin en chef, qui les remet aux candidats, au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet; ce cachet devra être apposé en même temps sur le corps de la feuille et sur l'en-tête imprimé.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, avant de remettre sa composition au médecin en chef. Ce dernier détache les en-têtes imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte, par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories; le nom est remplacé par un numéro d'ordre, qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'entête.

Le tout est adressé, le jour même, par l'intermédiaire du directeur du service de santé, au ministre (direction du service de santé), qui transmet les compositions aux examinateurs, pour les corriger, mais conserve les enveloppes contenant les en-têtes.

Les enveloppes contenant les compositions et les en-têtes imprimés devront porter, d'une manière très apparente, la mention (résultat d'un concours).

Les compositions sont cotées, par les examinateurs, d'un numéro de mérite compris entre 0 et 20; la cote est multipliée par le coefficient affecté à la composition, et le résultat indique le nombre de points obtenus dans cette épreuve.

Les examinateurs établissent la liste, dans chaque catégorie, par ordre de mérite, d'après le nombre de points obtenus; le président du jury l'adresse au ministre, qui détermine le nombre des candidats admissibles aux épreuves orales. Immédiatement après la décision du ministre, les enveloppes contenant les en-têtes sont ouvertes, et les noms des candidats admissibles sont inscrits sur la liste générale à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé, qui avait été séparé; ces noms sont publiés par le *Journal officiel*.

Les candidats admissibles aux examens oraux devront être rendus, la veille du jour fixé pour ces examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin en chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, qui leur donnera les renseignements nécessaires pour l'examen du lendemain.

Chaque directeur du service de santé d'un corps d'armée comprenant un centre d'examen oral, devra recevoir, des directeurs du service de santé des autres corps d'armée, une liste indiquant les candidats inscrits dans leurs bureaux et reconnus admissibles, qui auront choisi ledit centre d'examen oral.

Avec ces documents, ce directeur établira une liste nominative, où tous les candidats seront rangés par ordre alphabétique, et qui sera remise au président du jury, au moment de son passage, avec une note explicative concernant les locaux mis à sa disposition.

TITRE V

EXAMENS ORAUX

Les examens oraux sont subis devant le jury institué au titre VII.

Le tour d'examen des candidats est déterminé, dans chaque catégorie, par l'ordre alphabétique de leurs noms.

La durée de chaque épreuve d'interrogation est fixée à 20 minutes; l'appréciation est exprimée, pour chaque épreuve, par un chiffre compris de 0 à 20.

Le président du jury dirige les opérations et adresse au ministre, après la clôture des examens dans une localité, les résultats de ces examens.

TITRE VI

COEFFICIENTS

Les coefficients sont fixés ainsi qu'il suit :

Compositions	20
Examens oraux.	
Histoire naturelle	5
Physique	5
Chimie	5
Anatomie	15
Histologie	5
Physiologie	10
Médecine opératoire	15
Pathologie	15
Hygiène	5
Thérapeutique	5

TITRE VII

COMPOSITION DU JURY

Le classement définitif des candidats est fait, à Paris, par le jury d'admission, composé ainsi qu'il suit :

Un médecin inspecteur, président, et deux médecins nommés par le ministre.

Le président adresse au ministre (direction du service de santé) la liste des candidats, par ordre de mérite, ainsi que le procès-verbal du jury, en ce qui concerne la formation de cette liste.

TITRE VIII

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les élèves du service de santé militaire sont dirigés sur celle des villes ci-dessus mentionnées, qu'ils ont choisie pour y faire leurs études.

A leur arrivée, ils se présentent au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres duquel ils sont placés, et souscrivent l'engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas atteint l'âge de la majorité devront produire, auparavant, un consentement écrit de leurs parents ou tuteurs, les autorisant à contracter ledit engagement.

Ces élèves ne portent pas d'uniforme. Ils sont soumis à certaines règles disciplinaires, déterminées par le règlement ministériel du 14 juin 1880, et concourent, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'École qu'ils sont tenus de suivre, à l'exécution du service de l'hôpital auquel ils sont affectés.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse du Trésor public. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles, à moins qu'il ne soit autorisé à redoubler son année; cette autorisation ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché, par la maladie, de suivre les cours pendant une période de deux mois, au moins, de ladite année.

Il est accordé aux élèves médecins, à partir de la treizième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1 200 francs par an, pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

Toutefois, ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au prytanée militaire, pourront obtenir sur leur demande, et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention fixée à 1200 francs par an, à Paris, à 1000 francs à Lyon et à Marseille, et à 800 francs dans les autres villes que celles ci-dessus désignées. Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée avec celle dont il est parlé ci-dessus.

Tout élève de dernière année, qui n'a pas obtenu le diplôme universitaire à la date du 25 décembre, est licencié, à moins qu'il ne puisse être autorisé à redoubler cette dernière année, en vertu de l'article 7 du décret du 15 juin 1880.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu à rembourser le montant des frais de scolarité et d'indemnité. L'élève licencié pour inconduite devra remplir, en outre, comme soldat, les obligations militaires auxquelles il est astreint, sans pouvoir jamais prétendre à aucun grade, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

TITRE IX

STAGE A L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ

Tout élève du service de santé militaire, reçu docteur ou pharmacien de 1re classe, est nommé stagiaire à l'École d'application du 1er novembre au 25 décembre, et sur le vu de son certificat d'aptitude, le médecin-chef de l'hôpital, sous les ordres duquel il est placé, lui fait délivrer immédiatement une feuille de route pour cette destination.

Les directeurs du service de santé devront adresser au ministre, avant le 25 décembre, un état nominatif de ces élèves, et cet état sera envoyé, par le ministre, au directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Les élèves du service de santé, admis à l'École d'application, y subissent un examen de classement, qui comprend les épreuves suivantes :

Pour les élèves docteurs :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale; l'autre, d'une affection chirurgicale;

3° Une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogations sur l'hygiène.

Pour les élèves pharmaciens :

1° Une composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation de plusieurs médicaments inscrits aux codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Cet examen est passé, du 26 au 31 décembre, devant un jury, présidé par le médecin-inspecteur, directeur de l'École et composé, pour les élèves médecins, des médecins professeurs, et pour les élèves pharmaciens, des pharmaciens professeurs et professeur agrégé à l'École, ainsi que d'un pharmacien-major, désigné par le gouverneur de Paris, sur la proposition du directeur du service de santé de ce gouvernement.

Le stage commence le 1er janvier.

Les stagiaires sont rétribués à l'École, sur le pied de 2 800 francs par an, à titre de subvention; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe. Les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité qu'ils auront pu toucher étant élèves, et d'indemnité de première mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli l'engagement de 10 ans.

Les nominations à l'emploi d'élève du service de santé militaire, en 1887, seront, au minimum, de 58, ainis réparties :

30 élèves à 4 inscriptions,
20 élèves à 8 inscriptions,
5 élèves à 12 inscriptions,
3 élèves à 16 inscriptions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les membres du jury du concours pour la nomination à une place de prosecteur de la Faculté de médecine, qui doit s'ouvrir lundi prochain 25 avril 1887, à midi et demi, sont : MM. les professeurs Duplay, Farabeuf, Lannelongue, Le Fort et Panas; les juges suppléants sont : MM. les professeurs Guyon et Trélat.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera sa première herborisation, dimanche prochain, 24 avril 1887, dans le bois de Vincennes. Le départ, par la gare du chemin de fer de Vincennes, aura lieu à une heure de l'après-midi, pour Fontenay-sous-Bois.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21051

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi« ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran« chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

33

VARICES, HÉMORRHOIDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

L'Hamamelidine Logeais (à la dose de 25 gttes dans un demi-verre d'eau sucrée, 3 ou 4 fois par jour, une demi-heure avant le repas, s'emploie avec succès contre les *Varices* et les *Hémorrhoïdes*.

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

La **Mixture Logeais** agit aussi d'une façon rapide dans la *Métrorrhagie* et la *Varicose de la gorge*.

Dépôt : Phie Logeais, av. Marceau, et ttes phies.

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ au Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } **créosotées.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

82

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — **Exiger toujours la signature ci-contre.** Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr Bouchardat.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les Toux nerveuses, les Gastrites, Gastralgies, les Vomissements de la grossesse, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

25

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

54

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

Le flacon : **3** francs.

Le Perdriel et Cie, 11, rue Milton, Paris.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

56

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Injecteur rectal gazogène du Dr Dibot pour le traitement préconisé par le Dr Bergeon.

Prix, **25** fr.; remise, 20 p. 100.

Phie Lebrun, 47, rue Lafayette, Paris.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

32

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES DU Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.

Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.

Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Enrouement, Asthme, Fièvre :

TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.

Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :

SIROP D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ.

Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux**, de **Soude**, de **Fer**, de **Manganèse**, etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*

Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr Churchill : **Swann,** pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

62

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris. Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

La rareté de la tuberculose stomacale tient vraisemblablement à la destruction du bacille tuberculeux par le suc gastrique (Miller). La tuberculose stomacale est plus fréquente au cours de la granulie et, partant, plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Dans toutes les observations, il existait antérieurement des tubercules du poumon : dans presque toutes, des tubercules de l'intestin coexistaient et étaient plus avancés en évolution, ce qui a permis de dire que, dans la majorité des cas, la tuberculose de l'estomac était le fait d'une tuberculose intestinale ascendante. A l'autopsie, un certain nombre de caractères peuvent être assignés à l'ulcération tuberculeuse de l'estomac; ces caractères sont suffisants pour la distinguer de l'ulcère simple. L'ulcération tuberculeuse peut siéger partout; mais son siège de prédilection est la grande courbure; elle n'est pas forcément ronde : elle peut être ovalaire ou étoilée. Elle a des bords épais, infiltrés, formant un « rempart » (Eppinger). Des granulations tuberculeuses grises ou jaunes s'observent autour de l'ulcère. On peut ne trouver qu'une ulcération; mais quelquefois la muqueuse en est complètement recouverte. Pour la première fois, croyons-nous, J. Coats a découvert les bacilles de Koch dans l'ulcère tuberculeux de l'estomac (1).

L'ulcère tuberculeux se manifeste quelquefois, à la phase ultime de la phthisie, par une hématémèse rapidement mortelle : mais ce signe peut manquer. Jamais les tubercules de la membrane muqueuse n'ont causé de perforation stomacale; quand cette complication s'observe dans la phthisie, elle n'est pas due à une lésion de la muqueuse, mais bien à une lésion qui agit de dehors en dedans (ganglion tuberculeux, granulations péritonéales.)

E. La *syphilis* peut-elle agir sur la muqueuse stomacale comme sur le tégument externe, et certaines parties du tégument interne? La chose est restée problématique jusqu'en ces derniers temps; mais deux belles observations de Klebs et de Cornil (2) ont levé tous les doutes : il est acquis aujourd'hui que des gommes peuvent se développer dans l'épaisseur des parois stomacales; dans le cas de Cornil, les gommes n'étaient pas ulcérées; dans celui de Klebs, il y avait un véritable ulcère gommeux de la muqueuse; l'estomac présentait sur la face postérieure, à deux pouces du cardia, près de la petite courbure, une ulcération arrondie, de la grosseur d'une pièce de un franc, comparable aux ulcérations syphilitiques qui existaient à la base de la langue : le fond de l'ulcère était constitué par la tunique sous-muqueuse épaissie, et, du côté du péritoine on trouvait une plaque lisse, dure, saillante. A la coupe, on pouvait se convaincre qu'il s'agissait là d'une infiltration gommeuse des tuniques externes, avec dégénérescence caséeuse du côté des membranes externes. En raison de leur extrême rareté, les gommes de l'estomac n'ont point d'histoire clinique. Cependant, quand, chez un individu syphilitique, on voit survenir des signes d'ulcération gastrique, c'est-à-dire, crises douloureuses après l'ingestion alimentaire; hématémèses, mélœna, on devra toujours tenter une cure anti-syphilitique.

F. Le *pemphigus*, dans ses formes aiguës, peut aussi donner des ulcérations stomacales; mais incidemment nous ferons remarquer que plus nous allons, plus nous entrons dans le domaine des faits rares, exceptionnels. Cornil et Ranvier donnent, des ulcérations stomacales du pemphigus, la description suivante : « Dans plusieurs cas de pemphigus généralisés, on a trouvé, sur la muqueuse de l'estomac, des ulcérations noirâtres, superficielles, qui paraissaient être survenues sous l'influence des mêmes causes que les bulles de la peau. »

Dans la bouillie brunâtre qui recouvre ces ulcères, on trouve souvent l'oïdium albicans (parasite du muguet). Chalvet y a trouvé des grains de sous-nitrate de bismuth, qui s'y étaient accumulés pendant la période d'activité des ulcères.

G. La *lymphadénie*, ou *diathèse lymphogène*, c'est-à-dire la maladie qui engendre dans la trame des organes un tissu analogue à celui des ganglions lymphatiques, composé de cellules rondes, très nombreuses, comprises dans un réticulum de fibrilles très fines, peut parfois se localiser sur la muqueuse gastrique (1); elle y produit des épaississements hypertrophiques qui sont tantôt en nappe, tantôt en plaques limitées, or, dans cette dernière forme, le néoplasme peut se détruire, il reste alors une ulcération bourgeonnante, qui aura parfois la même apparence que l'ulcération cancéreuse mais la distinction se fera aisément par l'étude des lésions concomitantes et surtout par l'examen microscopique.

H. Dans la *gastrite phlegmoneuse*, décrite par Maurice Raynaud et Auvray (2), on observe presque toujours des pertes de substance de la muqueuse. Consécutive au typhus, à la septicémie, à l'infection purulente, à la fièvre puerpérale, à la péritonite purulente généralisée, la gastrite phlegmoneuse est caractérisée par la présence du pus dans l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse; ce pus est souvent collecté sous forme d'abcès; celui-ci se vide dans la cavité stomacale, et on a quelquefois retrouvé le pus dans les matières vomies et les selles. A l'autopsie, on reconnaîtra aisément l'origine des pertes de substance, par les lésions concomitantes et par ce fait capital que le pus s'échappe à la surface de l'ulcère. D'ailleurs, cette affection très rare est habituellement mortelle; la mort peut être hâtée par la rupture d'un vaisseau.

I. A titre d'exceptions, signalons deux cas d'ulcérations stomacales, l'une dans la *trichinose* (Ebstein) (3), l'autre dans un cas de *favus généralisé* (Kundrat) (4).

J. Enfin les auteurs n'ont encore pu s'entendre sur les ulcérations gastriques de la *variole*; pour certains, elles n'existeraient pas; pour d'autres, la pustule variolique pourrait se développer dans l'estomac et devenir une source d'ulcérations (5). A notre sens, ces derniers ont vraisemblablement été trompés par des érosions folliculaires ou hémorrhagiques; notre opinion est corroborée par ce fait qu'on trouve parfois, dans l'estomac des varioleux, tous les caractères d'une inflammation aiguë de la muqueuse (Cornil et Ranvier).

Tel est le tableau sommaire des diverses ulcérations qu'on peut rencontrer dans l'estomac en dehors de l'ulcère simple (6).

(1) *Glascow med. Journal*, 1886, *Revue des sc. méd.*, 1887.
(2) Voy. Galliard, Syphilis gastrique, *Arch. de méd.* 1885.

(1) Voy. Cornil et Ranvier, 2e édition, t. II, p. 294 et Gilly, *La lymphadénie intestinale*, Thèse de Paris, 1886.
(2) Voy. Auvray, Thèse de Paris, 1866.
(3) Voy. Cornil et Ranvier, *loco citato*, p. 293, t. II.
(4) *Soc. de méd. et de chir. de Vienne*, nov. 1884.
(5) Voy. Balzer et Dubreuilh in *Dict. Jaccoud.*
(6) Nous laissons de côté les ulcérations cancéreuses.

III

L'ulcère simple est de beaucoup la plus fréquente des ulcérations gastriques, et a donné lieu à un très grand nombre de travaux qui ont jeté la plus vive lumière sur les symptômes, les lésions et l'évolution de la maladie, mais qui n'ont fourni que des interprétations pathogéniques bien insuffisantes.

Est-il utile de rappeler que c'est de Cruveilhier que date la conception actuelle de l'ulcère simple? En 1830 et en 1839, Cruveilhier consacra à l'ulcère simple des descriptions qui sont restées classiques ; à dater de cette époque, l'affection était nettement séparée des ulcérations cancéreuses avec lesquelles on la confondait auparavant. Rokitansky, en 1839, plus tard, Virchow, Brinton, Lebert, Luton, ont consacré d'intéressants travaux à l'histoire de l'ulcère simple. Mais, nous le répétons ici, nous ne pouvons refaire la description anatomo-clinique de l'ulcère simple ; elle est écrite partout, et elle constitue un des plus beaux chapitres de la pathologie contemporaine. Nous allons nous arrêter d'abord sur l'étiologie et la pathogénie, puis nous signalerons quelques particularités nouvelles concernant le traitement.

A. Trois éléments *étiologiques* semblent seuls à l'abri de toute critique. L'influence de l'*âge* est manifeste : c'est de vingt à trente ans, que la maladie de Cruveilhier atteint son maximum de fréquence. Au-dessus de trente ans, l'affection est encore très commune ; au-dessous de vingt ans, elle est très rare. On cite bien des observations d'ulcère simple chez les enfants; mais, dans ces cas, rien ne paraît moins légitime que la désignation d'ulcère simple; tantôt, en effet, il s'agit des érosions de l'athrepsie, tantôt, comme dans le cas de Reinbold (1), il s'agit de faits complexes où on trouve, avec plusieurs ulcérations stomacales, une phlébite ombilicale. Cependant quelques faits semblent démontrer la possibilité de l'ulcère simple chez les enfants. Rehn (2) a cité un cas chez un enfant de vingt-trois mois; Wertheimer (3) chez un enfant de dix ans et Eröss (4) chez un enfant de douze ans. Mais ces faits doivent être considérés comme de rares exceptions.

L'influence du *sexe* est aussi une des mieux établies; la plus grande fréquence de l'ulcère simple chez la femme est admise par tous les auteurs. Brinton donne la proportion de deux femmes pour un homme, et Willigt de sept femmes pour deux hommes.

La *chlorose* paraît être le terrain essentiellement favorable à l'ulcère simple. C'est là un fait clinique d'observation courante, qui n'est nié par personne. Mais, tandis que la pluralité des auteurs admettent que la chlorose est l'état morbide primitif, Brinton renverse les termes du problème, et admet que la chlorose, ou mieux un état pseudo-chlorotique, analogue à l'anémie tuberculeuse, est sous l'influence des lésions gastriques. Luton a soutenu la même idée sous une autre forme; pour lui la série morbide est la suivante : premièrement, troubles menstruels; puis érosions hémorrhagiques à la surface de l'estomac, érosions se produisant à titre de phénomène supplémentaire, et pouvant se transformer en ulcère rond, et enfin, comme dernier terme, l'état chlorotique. L'ingénieuse théorie de Luton n'est guère acceptée par personne : pour peu qu'on y réfléchisse, les objections surgissent en si grand nombre qu'elle paraît inacceptable.

Ainsi, âge adulte, sexe féminin, chlorose, tels sont les principaux facteurs étiologiques connus de l'ulcération. A côté d'eux, signalons quelques causes accessoires ou insuffisamment prouvées.

L'ulcère simple serait plus fréquent dans les pays du Nord (Angleterre, Allemagne); et le fait devrait être imputé à l'alcoolisme. Or, rien n'est moins établi que le rôle de l'alcoolisme dans la genèse de l'ulcère simple; nous savons bien que l'alcool provoque des ulcérations gastriques ; mais, nous savons aussi qu'elles n'ont pas les caractères de l'ulcère simple (Voyez plus haut).

On a dit aussi que l'ulcère simple était fréquent chez les phthisiques (Jacks) ; c'est une exagération manifeste dont Brinton a fait justice ; ce qui est vrai, c'est que quelques malades, profondément touchés par un ulcère simple, offrent parfois un terrain plus favorable à la germination de la tuberculose et d'autres maladies.

Jacks avait encore accusé l'état puerpéral et la lactation ; sur ce point, Brinton nous dit : « Je ne connais pas de faits permettant de supposer que l'une ou l'autre de ces conditions ait exercé une influence directe sur la production de l'ulcère. »

Enfin, un très grand nombre d'auteurs, en vertu d'idées théoriques préconçues, se font de l'étiologie de l'ulcère simple l'idée suivante. Toute perte de substance stomacale, quelles que soient au début son origine et sa nature, peut se transformer en ulcère rond. Ainsi, il n'y a pas une étiologie simple de la maladie de Cruveilhier, mais une étiologie complexe à l'infini, variable d'un cas à l'autre. On doit entendre l'expression ulcère de l'estomac, comme l'expression ulcère de jambe. Par suite, toutes les causes connues, qui peuvent engendrer une perte de substance de la muqueuse stomacale, peuvent devenir l'origine indirecte d'un ulcère rond : les traumatismes, l'alcoolisme, toutes les causes énumérées plus haut ainsi que les érosions épisodiques de la gastrite peuvent devenir le point de départ de la maladie de Cruveilhier. Cette transformation est expliquée par le rôle que l'on attribue au suc gastrique. Mais ceci nous amène à exposer les théories pathogéniques.

B. Un des points qui ont le plus préoccupé les chercheurs de *pathogénie*, c'est la forme ronde, circinée, de l'ulcère de Cruveilhier; il est visible que presque toutes les théories émises à ce sujet sont issues de cette préoccupation. Nous diviserons ces théories en trois groupes (1).

1° L'ulcère simple a toujours été précédé d'une perte de substance d'origine variable de la muqueuse gastrique; ce qui donne ultérieurement la forme ronde, c'est l'action du suc gastrique (Brinton, Luton).

2° L'ulcère simple résulte de l'oblitération d'une artère de la muqueuse stomacale ; ce qui donne la forme ronde, c'est justement le mode de distribution des artères (Virchow).

3° L'ulcère simple résulte d'un processus phlegmasique particulier, spécifique en quelque sorte, d'une gastrite ulcéreuse (Cruveilhier, Galliard).

(1) *Deutsch med. Woch*, 1881.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1873.
(3) *Ibid.*, 1882.
(4) *Ibid.*, 1882.

(1) Nous n'avons pas cru devoir suivre la classification que M. Galliard a adoptée dans son excellente thèse : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac*, Paris, 1882. Mais nous ne saurions trop recommander la lecture de ce travail à ceux qui s'intéressent à ce sujet : ils y trouveront une source précieuse de documents.

1° Examinons la première théorie. Dès qu'une cause quelconque a détruit le revêtement épithélial de la muqueuse, on suppose que l'action dissolvante du suc gastrique s'exerce sur les tissus peu résistants, qui forment les bords et le fond de la perte de substance ; l'ulcère tendrait toujours à s'accroître et prendrait la forme ronde, régulière, qu'on lui connaît. Or, l'examen d'un certain nombre de faits prouve la fausseté de la théorie.

Prenons les érosions épisodiques des gastrites. Folliculaires ou hémorrhagiques, il est à peu près prouvé qu'elles restent toujours des érosions, c'est-à-dire des pertes de substance petites et superficielles, qu'elles ne deviennent presque jamais des ulcères véritables ; car on n'a presque jamais constaté la coïncidence d'une érosion et d'un ulcère rond (Galliard). Nous pourrions multiplier les faits contraires à cette première hypothèse, dire qu'à l'autopsie on trouve l'ulcère alcoolique, l'ulcère tuberculeux, avec des caractères propres, ce qui prouve que la transformation supposée ne s'est pas effectuée.

Mais nous voulons surtout répondre à une argument qu'on pourrait tirer de certains faits cliniques de Potain et Duplay, des expériences de Quincke, des recherches de Rasmussen. Potain et Duplay (1) observèrent qu'à la suite de contusions de l'estomac, il survenait, à une époque plus ou moins éloignée, des symptômes d'ulcères simples. Mais, dans tous ces cas, la guérison survenait rapidement, ce qui est en opposition manifeste avec ce que nous savons de la persistance et de la marche envahissante de la maladie de Cruveilhier.

Les mêmes objections peuvent être adressées aux expériences de Quincke (2). Sur des chiens à fistule gastrique, cet auteur prétend que toutes les variétés de traumatisme amènent des ulcérations rondes ; mais il ajoute que la cicatrisation s'opère avec une remarquable rapidité. Quincke pense que cette rapide cicatrisation tient à ce que les chiens ne sont pas anémiques ; mais cette explication ne nous paraît pas suffisante.

Quant aux recherches de Rasmussen (3), un simple exposé permettra de juger si elles sont probantes. Si l'on explore l'estomac avant l'extraction des autres organes abdominaux, on remarque, sur sa surface, un sillon creusé par le rebord des fausses côtes. Rasmussen, ayant déterminé avec soin la topographie de ce sillon, remarqua, d'autre part, que, dans la grande majorité des cas, les ulcères ou les cicatrices d'ulcères siégeaient à ce niveau. Pour lui, l'origine de l'ulcère simple serait dans l'espèce de traumatisme déterminé par la compression des fausses côtes.

2° La seconde théorie suppose que l'oblitération artérielle peut amener la nécrose d'un département vasculaire ; la forme ronde répondrait à la forme de ce département vasculaire ; car, dans l'estomac, on peut se représenter la région nourrie par une artériole, comme un cône dont la base est la surface muqueuse. — Telle est la substance de cette doctrine.

Depuis les beaux travaux de Virchow, un certain nombre d'auteurs ont effectivement cherché avec soin si l'ulcère rond ne répondait pas au territoire d'une embolie ou d'une thrombose. Or, voici le bilan de leurs recherches, depuis cette époque assez lointaine. On a pu attribuer l'ulcère simple à une embolie, dans six cas (Lebert, Godivier, Merckel, Rindfleisch, Bourneville et Durand, Lancereaux) (1). On a pu invoquer l'ischémie et la nécrose d'un territoire vasculaire, à la suite d'une thrombose, en se basant sur les constatations suivantes : Steiner et Hayem ont observé de l'artérite diffuse en cas d'ulcères simples ; Fœrster, Cornil et Ranvier signalent l'athérome très prononcé des artères stomacales ; Gerhardt constate la dégénérescence graisseuse des vaisseaux chez les hystériques et les chlorotiques (2).

Mais, comme le fait remarquer justement M. Galliard, l'embolie ou la thrombose, cherchées pourtant avec beaucoup de soin, restèrent à l'état de constatations tout-à-fait exceptionnelles, et c'est alors que Klebs invoqua, pour expliquer l'ischémie d'un département artériel, la contracture spasmodique des artérioles gastriques. Nous n'insisterons pas sur l'hypothèse de Klebs.

Enfin, on a invoqué encore les expériences de Prévost et Cotard, sur les embolies artificielles, et on a rappelé que ces auteurs, injectant des grains de tabac dans l'aorte, avaient produit, chez les lapins, des ulcérations intestinales ; mais il s'agit ici de l'estomac, et non de l'intestin.

Aux partisans de l'oblitération artérielle on doit répondre, avec Galliard, que les artères de l'estomac, si elles se distribuent de façon à former des départements à peu près coniques, ne sont pas des artères terminales, au sens que Conheim donnait à ce mot, c'est-à-dire que, loin d'être dépourvues d'anastomoses, leurs moyens de communication sont d'une rare richesse ; et combien ne faudrait-il pas de grains emboliques, oblitérant à la fois toutes les artérioles d'un de ces réseaux, pour priver de sang un territoire vasculaire de quelque importance.

3° Reste la théorie de l'inflammation gastrique, cause de l'ulcère simple ; elle était admise par Cruveilhier, et elle a été soutenue récemment par Galliard. Mais on peut faire à cette manière de voir des objections très sérieuses. Le mécanisme, invoqué par Galliard, ressemble à celui que nous avons décrit au début de cet article pour l'érosion folliculaire, et comme celle-ci peut être un épisode de presque toutes les gastrites, l'ulcère simple devrait être un épiphénomène très fréquent de toute inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ce qui est contraire à la réalité des faits cliniques et anatomiques. Néanmoins, un résultat important se dégage des examens histologiques de M. Galliard ; c'est l'existence d'un processus inflammatoire de la muqueuse. Evidemment, cette constatation ne suffit pas ; toutes les gastrites ne sont pas ulcéreuses ; celle qui engendre l'ulcère rond doit donc avoir quelque chose de spécial, peut-être de spécifique, et c'est ce quelque chose que nous ignorons.

Il ne nous répugne pas d'admettre qu'une phlogose très nette précède le processus ulcéreux ; ce que nous voudrions savoir, c'est pourquoi cette phlogose donne un ulcère, pourquoi cet ulcère ne se cicatrise pas, et pourquoi il est rond.

C'est ici le moment de rappeler qu'il s'est trouvé un auteur, dont la prétention a été d'expliquer toutes ces choses obscures. En 1874, A. Bœttcher (3) écrivit un mémoire, dont la substance peut être résumée comme il suit : la gastrite ulcéreuse serait bactérienne (dès lors on s'explique aisément

(1) Duplay, Contusion de l'estomac, accidents immédiats et consécutifs (symptômes d'ulcère simple). *Archives de méd.*, 1881.
(2) *Soc. de méd. de Kiel.* 1879.
(3) *Gazette médicale de Paris*, 1887.

(1) Voy. Thèse de Galliard, *loc. cit.*
(2) Voy. Thèse de Galliard, *loc. cit.*
(3) *Dorpater med. Zeitschr*, 1874.

la forme ronde, circinée); les bactéries seraient des micro-coques pullulant en grande abondance sur les bords de l'ulcère; dans un cas de mort par hémorrhagie, l'artère coronaire faisait une saillie de 2 millimètres sur le fond de l'ulcère, et sa paroi, très épaissie, était criblée de microcoques formant des traînées allant de la tunique externe à l'endartère. Jamais A. Bœttcher n'a trouvé ces micro-organismes dans l'ulcère alcoolique. Malheureusement trop d'objections s'élèvent contre la manière de voir de A. Bœttcher.

Admettons qu'il n'y ait pas eu erreur micrographique (ce que la technique imparfaite de 1874 rend discutable) : ne sait-on pas qu'il existe, dans l'estomac normal, un certain nombre de micro-organismes qui sont plutôt des commensaux que des parasites? Le rôle pathogène des bactéries observées par A. Bœttcher reste donc très problématique.

Il résulte de cet exposé critique que la genèse de la maladie de Cruveilhier est encore mal connue; mais la discussion qui précède indique la voie à suivre pour éclairer le problème; c'est par l'étude anatomo-pathologique, c'est par les recherches micrographiques que le processus intime qui engendre l'ulcération sera élucidé.

C. *Traitement.* — Depuis les travaux de Cruveilhier, le lait est considéré comme le remède et l'aliment de l'individu atteint d'ulcère simple. Tous les médecins ont accepté les préceptes thérapeutiques de Cruveilhier, et que l'on donne le lait froid ou chaud, frais ou bouilli, pur ou coupé d'eau de chaux, d'eau de Vichy, c'est toujours l'alimentation lactée exclusive qui est la base du régime, lequel, dans l'espèce, s'élève à la hauteur d'un traitement curatif.

Cependant M. Debove ne partage pas les idées généralement admises sur la thérapeutique de l'ulcère stomacal; il s'est élevé contre elles à plusieurs reprises (1) et s'est efforcé de substituer, au traitement classique, un traitement plus rationnel.

Le point de départ de M. Debove a été celui-ci : pour que le régime lacté suffise aux besoins de l'organisme, il faut prendre au moins quatre litres de lait par jour quand on garde la chambre, et plus lorsqu'on fait de l'exercice. Si, à ces 4 ou 5 litres de lait, on ajoute une bouteille d'eau de Vichy, on ne sera pas surpris que, parmi les malades soumis à un pareil régime, beaucoup ne soient atteints très rapidement de dilatation de l'estomac. M. Debove avait essayé de parer à ces inconvénients, en donnant, sous un plus petit volume, une quantité équivalente de lait; pour arriver à ce but, il mélangeait du lait ordinaire à la poudre de lait, ou à du lait concentré. Mais cette tentative ne lui donna pas de bons résultats et M. Debove chercha d'un autre côté.

M. Debove admet que la persistance de l'ulcère simple est liée à l'influence nocive du suc gastrique. Ne pouvant supprimer la sécrétion du suc gastrique, il pensa qu'on obtiendrait le même résultat, en modifiant sa réaction acide, en un mot, en le neutralisant; on sait qu'un suc gastrique alcalinisé a perdu toutes ses propriétés. Le problème à résoudre, consistait donc à obtenir cette alcalinisation du suc gastrique, de façon à pouvoir donner aux malades des aliments azotés, dont la digestion ne s'effectuât que dans l'intestin grêle; dans ce but, M. Debove imagina d'administrer à ses malades une certaine quantité de poudre de viande, additionnée d'une forte dose de bicarbonate de soude : 20 grammes, par exemple, de poudre de viande, avec 10 grammes de bicarbonate de soude par repas. Ayant ainsi traité quelques malades, les douleurs et les vomissements disparurent rapidement.

Mais le bicarbonate de soude à hautes doses présentant certains inconvénients (goût, absorption rapide), il essaya de lui substituer d'autres substances alcalines : l'eau de chaux, le saccharure de chaux, le savon médicinal, la magnésie.

En résumé, M. Debove aboutit au traitement suivant : le malade fait trois repas par jour; chacun est composé de 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait ou de l'eau aromatisée, le tout additionné de la poudre suivante :

Magnésie calcinée	1 gramme.
Craie préparée.	2 —
Saccharure de chaux. . . .	1 —

Immédiatement avant le repas, le malade ingère un cachet de 2 grammes de bicarbonate de soude; un quart d'heure après, 4 grammes de bicarbonate de soude. On recommande au malade de prendre le lait par petites quantités. Disons qu'au début de ce traitement, M. Debove lave l'estomac et se sert de la sonde pour faire prendre les premiers repas composés selon la formule précédente. Comme Leube, M. Debove ne croit pas aux dangers du lavage dans l'ulcère simple; cependant, pour peu que le liquide de retour ait une teinte rosée, on suspendra immédiatement cette opération.

(1) Voy. *Société méd. des hôpitaux,* 1882, 11 août; 1884, 25 avril; 1886 12 novembre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 avril 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Bousquet, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Artigalas, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Vincent, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire; — MM. les docteurs Coppens, Bonnafé, Truc, Mercier, Hervé, Carrié, Stecewiez, Bouttier et Swynghedauw.

— Par décret, en date du 18 avril 1887, M. Dusault, aide-médecin de la marine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Sont nommés : 1° officier de l'instruction publique, M. le docteur Bertherand, membre du conseil d'hygiène du département d'Alger; — 2° officier d'Académie, M. le docteur Bourlier, professeur de thérapeutique à l'École de médecine d'Alger.

— M. le docteur Chaput, prosecteur, fera, avec le concours de six aides d'anatomie, sa première démonstration d'exercices opératoires, demain samedi, 23 avril 1887, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— M. le professeur Le Fort reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, mardi prochain, 26 avril 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21059.

N° 52. — MARDI 26 AVRIL 1887. 60e ANNEE. MARDI 26 AVRIL 1887. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

La maladie de Friedreich, diagnostic différentiel d'avec l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques.

I

J'ai fait venir, à l'amphithéâtre, deux malades atteints d'affections présentant à la fois de grandes analogies et de grandes différences, de sorte que ces deux malades sont, en réalité, tout à fait dissemblables.

L'un est un jeune garçon de vingt ans, chez lequel la maladie a débuté alors qu'il avait seulement dix ans; pâle et de structure grêle, il ne paraît pas son âge et présente certains défauts de proportion dans son squelette tels que les bras sont trop longs et les jambes trop courtes, par suite d'une sorte d'arrêt de développement.

L'autre malade est un homme de trente-deux ans, chez lequel — première différence — le corps présente un développement normal, sauf un certain degré d'amaigrissement général et d'atrophie musculaire résultant de l'affection dont il est atteint. Cet homme est malade depuis l'âge de vingt-deux ans.

Le premier, pour le dire tout de suite, est atteint de cette affection rare, peu connue, à laquelle on a voulu donner le nom d'ataxie héréditaire, mais que l'on doit appeler de préférence la maladie de Friedreich, du nom du professeur d'Heidelberg qui l'a décrite pour la première fois en 1862. L'autre est un exemple de l'ataxie locomotrice progressive ou tabes vulgaire; il présente ce fait, au point de vue de l'âge, qu'il est atteint beaucoup plus tôt qu'on l'est ordinairement. Il rentre, par suite, dans les exceptions de précocité que l'on rencontre quelquefois, mais plus particulièrement chez la femme. J'ajoute que, dans ces cas précoces, tous les symptômes se concentrent et se combinent généralement en peu de temps, de façon à présenter tous les caractères de la maladie.

Commençons par étudier les analogies que ces deux maladies présentent, nous examinerons ensuite les différences.

Chez nos deux malades, les membres supérieurs sont atteints. Il n'y a ni parésie ni paralysie, mais résistance aux mouvements passifs; de plus nous trouvons le syndrome de l'incoordination motrice des membres supérieurs, incoordination qui n'est pas tout à fait la même chez tous deux.

Plus accentuée chez le jeune garçon de vingt ans, elle se manifeste de la manière suivante lorsque, par exemple, on veut lui faire saisir une cuiller sur une table pour la porter à sa bouche : les doigts s'écartent exagérément, la main plane pendant quelque temps au-dessus de l'objet pour fondre sur lui à la façon d'un oiseau de proie, par une sorte de mouvement convulsif, puis elle erre autour du visage avant de pouvoir l'introduire dans la bouche. De plus, si au lieu d'avoir les yeux ouverts, le malade les a fermés, il lui est impossible de conduire, une fois saisie, sa cuiller à la bouche.

Chez notre homme, l'incoordination motrice existe également, mais le processus est moins accentué; sa main ne plane pas au-dessus de l'objet, mais après des oscillations elle se précipite brusquement, violemment sur lui, et porte avec facilité ladite cuiller directement à la bouche.

Autres analogies : il n'y a également chez les deux malades, ni paralysie, ni parésie, pour les membres inférieurs, qui présentent la même résistance aux mouvements passifs que les membres supérieurs, quand le malade est assis. De plus, tous deux ont des mouvements instables, ils ne peuvent tenir la jambe en l'air sans que celle-ci présente des oscillations continues. Quant à la force musculaire, elle est conservée. Si on les fait lever et tenir debout, les pieds sont en mouvement, les jambes écartées pour élargir la base de sustentation, sans quoi ils ne pourraient rester debout même les yeux ouverts. A plus forte raison tomberaient-ils à terre s'ils fermaient les yeux. C'est là ce que l'on appelle le signe de Rumberg, l'un des symptômes du tabes, bien qu'il ne lui appartienne pas en propre, et qu'on l'observe aussi chez certains sujets hystériques.

Vient-on à faire marcher ces malades, on observe alors une démarche toute spéciale. En effet, tandis que, dans la marche normale, les intervalles entre les pas sont de 50 à 60 centimètres, par exemple, chez les ataxiques et dans la maladie de Friedreich, le pas est plus court (25 à 30 centimètres), les axes des pieds sont parallèles et non plus obliques, par rapport à la ligne de marche, les pieds sont plus écartés de la ligne, enfin, nous avons le phénomène du double talon dû à l'incertitude de la marche. Cette démarche est très prononcée chez notre ataxique, elle l'est un peu

moins chez le jeune garçon, mais en somme il n'y a pas de différence véritable. Et pourtant, de nos deux malades, un seul est un ataxique vrai.

Dans l'ataxie locomotrice progressive, nous avons une vingtaine et plus de symptômes qui peuvent donner lieu aux combinaisons les plus nombreuses comme les lettres de l'alphabet. Ainsi, en plus des troubles des mouvements, de l'incoordination motrice, nous trouvons les symptômes céphaliques et bulbaires : diplopie, paupières tombantes, strabisme, signe de Robertson, c'est-à-dire l'insensibilité des pupilles à la lumière bien qu'elles exécutent les mouvements normaux dans l'accommodation.

Or, notre jeune garçon présente-t-il ces symptômes céphaliques et bulbaires? Non, il n'a ni diplopie, ni strabisme, mais du nystagmus comme dans la sclérose en plaques, dont il a aussi la parole lente et scandée. De sorte qu'il présente à la fois certains signes de l'ataxie locomotrice progressive et de la sclérose en plaques. Sa maladie serait-elle donc une combinaison de ces deux affections? Non, cette combinaison, on ne la connaît pas et je ne l'ai jamais vue. Sa maladie serait-elle une des formes frustes de la sclérose, que j'ai étudiées naguère devant vous? Pas davantage. Ce qui est vrai, c'est que la maladie de Friedreich emprunte quelques-uns de ses symptômes à l'ataxie et à la sclérose. Elle est, en réalité, une maladie à part comme symptomatologie, comme étiologie, comme évolution, comme pronostic et comme anatomie pathologique.

Étudions d'abord le diagnostic différentiel du tabes et de la maladie de Friedreich, en passant en revue les symptômes tabétiques qui sont :

1° Les symptômes spinaux : Absence de réflexe rotulien, incoordination motrice dans les membres; douleurs fulgurantes, constantes, ne manquant jamais, restant quelquefois le seul symptôme du tabes pendant dix, quinze et vingt ans environ. (Notre ataxique de trente-deux ans a eu ces douleurs revenant par accès, pendant plusieurs années.) Enfin, des plaques d'hyperesthésie et d'anesthésie en divers points du corps. Or, toute cette symptomatologie spinale, que nous observons chez notre ataxique, ne se rencontre pas chez notre jeune garçon.

2° Les symptômes céphaliques et bulbaires : Après ce que je vous en ai dit tout à l'heure, je n'y reviendrai pas.

3° Les symptômes viscéraux : Chez l'ataxique ce sont une paralysie vésicale, des crises laryngées que nous ne retrouvons pas chez le jeune garçon. Ce pourrait être aussi, mais notre ataxique ne les a pas, du moins jusqu'à présent, des crises néphrétiques et des crises gastriques que l'on n'observe pas dans la maladie de Friedreich.

4° Les troubles trophiques : atrophie musculaire (elle existe chez l'ataxique); lésions osseuses et articulaires, arthropathies spéciales, nous les observons aussi chez lui du côté des pieds qui sont déformés, les os du tarse se tassant, s'écrasant; nous observons aussi comme troubles trophiques le mal perforant, la chute des ongles, la chute des dents, sans que celles-ci soient malades. Rien de tout cela ne se voit dans la maladie de Friedreich.

En résumé donc, comme je le disais en commençant, cette maladie présente à la fois un certain nombre d'analogies et de différences avec le tabes, au point de vue de la symptomatologie.

Il en est de même avec la sclérose en plaques qu'il nous reste maintenant à comparer.

Analogies. — Notre jeune garçon ne peut jamais rester tranquille, il est constamment agité, dans un état choréiforme, mais par des mouvements lents comme dans l'athétose. Le sclérotique présente des mouvements, des tremblements, des oscillations absolument rythmés.

Comme symptômes bulbaires et céphaliques, ce sont les mêmes phénomènes dans les deux maladies, si ce n'est que, dans la sclérose, les malades ont des vertiges que l'on ne rencontre pas dans la maladie de Friedreich.

Différences. — Les tremblements dans les mouvements intentionnels sont les mêmes dans la sclérose en plaques que les yeux soient ouverts ou fermés.

Du côté des membres inférieurs : abolition du réflexe rotulien dans la maladie de Friedreich; exagération, au contraire, de ce réflexe dans la sclérose; paralysie tabétique dans le premier cas; paralysie spasmodique dans le second. Dans la sclérose la marche est titubante, elle est celle d'un homme gris. Dans la station debout, l'individu, atteint de la maladie de Friedreich, tombe dès qu'il a les yeux fermés; il ne tombe pas dans la sclérose, autrement dit le signe de Rumberg n'existe pas dans cette dernière affection.

Telle est la symptomatologie de ces deux maladies avec ses analogies et ses différences pour chacune d'elles.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais; restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibro-muqueuse; guérison.

Le nommé Sh..., quarante-trois ans, est entré, le 18 mai 1886, à l'hôpital Saint-Joseph, pour se faire soigner d'un panaris, qui guérit facilement, et en même temps de l'infirmité qu'il porte depuis son enfance.

C'est un homme de petite taille. La face est large et plate. L'aile gauche du nez est plus large que celle de l'autre côté. On voit à gauche, sur la lèvre, la cicatrice d'une opération de bec-de-lièvre, qui fut faite dans son enfance.

Sur la gauche est une dépression verticale, d'apparence cicatricielle. La seconde molaire est petite, atrophiée et de travers.

La voûte palatine qui fait suite est en forme de toit et longue de 15 millimètres à partir des dents.

Il ne semble pas qu'on y ait pratiqué d'opération jadis, car on ne voit pas de cicatrice en ce point.

Il est, en effet, possible que la division ait respecté l'arcade dentaire.

La fente palatine occupe toutes les parties dures et le voile du palais. Elle commence à 20 millimètres des dents et elle a environ 20 millimètres de large.

Les piliers du voile du palais sont très écartés.

Le malade a tous les inconvénients de cette affection : voix nasonnée, à peine intelligible, passage des liquides et des aliments par le nez.

Comme il y a dans la salle un jeune homme qui vient d'être opéré avec succès de la staphylorrhaphie, le malade demande une opération.

En l'examinant avec soin, on distinguait nettement le côté gauche du vomer, qui formait un plan incliné, et dont la muqueuse faisait suite à celle de la voûte palatine.

Je me décidai immédiatement à imiter l'opération faite par M. le professeur Lannelongue et à prendre la muqueuse nasale du vomer, pour la rabattre sur la perte de substance.

Je ne pouvais ainsi combler que la partie de la fente qui répondait à la partie osseuse, c'est-à-dire 3 centimètres environ.

22 mai 1886. Opération. Le malade a pris, à sept heures, une

potion contenant 30 grammes de sirop de morphine et 4 grammes de chloral.

Le baillon de Smith est appliqué.

Avec un bistouri à lame courte, je fais, à la muqueuse pituitaire et vers la face gauche du vomer, une incision verticale longeant le bord postérieur, qui est très court; une seconde en avant, au niveau de l'angle antérieur de la fissure, et une troisième horizontale, à la partie la plus élevée.

En examinant avant l'opération, j'avais remarqué que, dans le haut, le vomer ne paraissait pas réuni à la lame verticale de l'extrémité; je fus donc forcé de m'arrêter à ce niveau.

Ce temps de l'opération fut fait avec une grande rapidité, et, immédiatement, le sang se mit à couler avec abondance.

Avec une rugine tranchante et courbe, la muqueuse fut détachée de la face latérale du vomer, en la laissant adhérente au point où elle se continuait avec la muqueuse palatine.

Le lambeau se rabattit comme un ventail de porte et vint couvrir la fissure dans toute la longueur de la fente osseuse.

Je remarquai alors que le sang paraissait presque complètement arrêté.

Il me restait à aviver le bord gauche de la fente palatine.

Pour éviter toute perte de substance, je fis une incision sur le bord libre, et, avec une rugine, je détachai la muqueuse de la voûte palatine osseuse; ce qui se fit avec facilité.

Je plaçai ensuite trois points de suture avec des fils d'argent, maintenus par des tubes de Galli, en affrontant seulement, sans retourner les bords. Le fil antérieur fut placé soigneusement au niveau de l'angle antérieur.

La division du voile fut réservée pour une autre séance.

Le malade fut reporté dans son lit. On le nourrira pendant le traitement avec une sonde œsophagienne étroite, passée par la narine droite, qui n'était pas malade.

23 mai. Le malade est très calme et ne souffre pas. Le lambeau est rouge, d'une teinte plus foncée que la muqueuse buccale.

25. Le malade va bien. Le lambeau est un peu tuméfié, mais sa couleur est bonne. Elle paraît moins foncée que le lendemain de l'opération.

29. Le malade ne souffre nullement. Le lambeau paraît bien vivant; je défais les points de suture.

31. La suture a bien tenu; elle est seulement un peu tuméfiée. On continue à nourrir le malade avec la sonde nasale.

Je laisse le malade se reposer pendant les mois de juin et juillet.

Août. Le lambeau rabattu du vomer est d'une teinte rouge vif qui tranche sur la teinte pâle de la muqueuse palatine. Il s'est rétracté et a perdu un bon tiers de sa longueur primitive.

Dans l'angle antérieur, en avant du lambeau rabattu venant du vomer, il existe une perforation d'une faible étendue.

4 août. Opération de staphylorrhaphie. La fente palatine a plus de 2 centimètres de large. Elle est avivée partout jusqu'à l'extrémité de la luette. Je place huit points de suture au fil d'argent.

Le malade est nourri avec une sonde passant par le nez.

Les fils sont enlevés le neuvième jour. La suture a bien réussi dans les deux tiers postérieurs. Il reste une fente très étroite, longue de 1 centimètre dans la partie la plus antérieure et au niveau du lambeau pris sur le vomer, qui s'est rétracté.

Les bords de cette fente, qui se touchent presque, seront avivés au thermo-cautère.

25 août. Anesthésie locale avec des tampons de coton trempés dans de la cocaïne. Cautérisation superficielle que le malade ne sent pas.

1er septembre. Le malade est endormi. Je place trois fils d'argent; et, comme les lambeaux sont rigides et ne se rapprochent pas, je fais, pour la deuxième fois, le décollement de la voûte palatine.

11 septembre. Les fils sont enlevés et la suture n'a pas parfaitement pris.

20 septembre. Il reste un pertuis à l'angle antérieur. Je le cautérise au nitrate d'argent.

10 octobre. Le pertuis a beaucoup diminué sous l'influence de plusieurs cautérisations. Le malade mange et boit parfaitement; les liquides ne reviennent plus par le nez.

1er novembre. Le pertuis de l'angle antérieur ne se ferme pas. Je le cautérise au thermo-cautère et, cinq jours après, je le ferme par un point de suture, en ayant soin de mobiliser un peu la partie antérieure. Huit jours après la réunion est complète.

On peut constater que le lambeau pris sur le vomer s'est énormément rétracté et qu'il est devenu insignifiant.

Il forme un bourgeon rouge qui, par sa rétraction excessive, a plutôt nui au résultat. C'est ce qui explique les opérations complémentaires auxquelles le malade a dû se soumettre.

La déglutition se fait très bien. La parole, qui était absolument indistincte, est devenue compréhensible, mais elle est encore des plus imparfaites. Cela tient à l'âge du malade, quarante-deux ans, et à l'écartement de la narine gauche, qui était fendue par une gueule de loup.

Au total, si incomplet que soit son état, le malade a bénéficié de tout ce que la restauration de la voûte et du voile du palais pouvait lui donner à son âge.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Angine de poitrine. — M. Henri Huchard présente, de la part de M. A. Robin, absent, les pièces anatomiques d'un malade mort d'angine de poitrine, et chez lequel on a trouvé, à l'autopsie, une dilatation de l'orifice des coronaires, mais avec rétrécissement et oblitération sur leur trajet; cette observation vient encore à l'appui de la théorie artérielle. Du reste, qu'on ne s'y trompe pas, le rétrécissement de l'orifice des coronaires est l'un des mécanismes (le plus fréquent sans doute) de l'ischémie cardiaque, mais nullement le seul; toutes les causes qui peuvent concourir à la production de cette anémie locale, même en l'absence de lésion des artères cardiaques, doit aboutir à la production du syndrome angineux.

M. Huchard répond ensuite à deux objections formulées par M. Guyot contre l'efficacité du traitement.

1° Le traitement ioduré n'a pas l'efficacité qu'on lui attribue dans le traitement des affections artérielles, cardio-artérielles et de l'*angor pectoris*.

2° L'angine de poitrine peut guérir spontanément; donc il ne faut pas attribuer au traitement une guérison qui appartient à la maladie elle-même.

Pour répondre à la première objection, M. Huchard cite un grand nombre d'observations établissant de la façon la plus formelle la guérison de l'angine de poitrine par le traitement ioduré longtemps prolongé (pendant un à trois ans, à la dose de 1 à 3 grammes).

Pour répondre à la seconde, il affirme que, si l'angine vraie peut guérir, c'est là une grande exception, et l'on peut établir que, dans l'angine vraie, la mortalité a lieu 9 fois sur 10, tandis qu'avec la médication iodurée, elle n'est plus que de 3 ou 4 sur 10.

Il cite l'observation très concluante d'un malade, fumeur, présentant seulement quelques signes d'artério-sclérose et qui a continué à souffrir d'accès angineux, six semaines après la cessation du tabac. Sous l'influence du traitement ioduré suivi pendant un an, tous les accidents ont complètement disparu d'une façon définitive. Ce cas va à l'encontre de l'opinion qui assignerait une durée de huit jours à la disparition des accidents nicotiniques après l'abandon du tabac, et qui refuse à l'iodure le bénéfice d'une amélioration et d'une guérison confirmées par l'expérience.

D'une autre part, la substitution de l'iodure de sodium à l'iodure de potassium n'a pas pour but d'éviter les accidents d'iodisme qui, malheureusement, sont presque aussi fréquents. Mais l'iodure so-

dique est préférable aux sels de potassium qui, longtemps continués, sont des poisons du cœur, et qui, s'accumulant à la longue dans l'organisme par suite de l'état d'insuffisance ou d'imperméabilité rénale, fréquente chez les artério-scléreux, peuvent produire des phénomènes d'intoxication. D'où cette règle thérapeutique : Toutes les fois que l'on doit soumettre à la médication iodurée, pendant longtemps, un malade atteint d'affection des organes circulatoires, il faut préférer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium.

Enfin, à côté des médicaments qu'il faut prescrire, M. Huchard signale les médicaments qu'il faut proscrire, dans le traitement de l'angine pectorale. Les angineux sont la plupart artério-scléreux, et, à ce titre, ils présentent le plus souvent une grande élévation de la tension artérielle, qui augmente encore au moment des crises; cela constitue un danger sérieux, surtout en raison de la coïncidence avec l'ischémie cardiaque.

Donc, il faut bannir de la thérapeutique de l'angine de poitrine vraie tous les médicaments qui augmentent la tension artérielle, et parmi eux, il faut citer la digitale, l'ergot de seigle, la belladone, etc. A l'appui de cette thèse, il cite deux cas où l'administration intempestive de la digitale chez des angineux a produit des crises formidables. — Enfin, l'angine de poitrine est une affection syncopale. Donc il faut exclure de son traitement tous les médicaments pouvant produire la syncope ou le syndrome connu sous le nom de collapsus; parmi ces médicaments, il faut citer la cocaïne, la kairine, l'antipyrine et l'acétanilide.

Il termine en affirmant de la façon la plus formelle la curabilité de l'angine vraie par la médication iodurée. Pour combattre cette opinion, tous les arguments, toutes les objections sont insuffisants. Seuls, les faits observés et suivis pendant plusieurs années peuvent avoir de la valeur.

M. GUYOT déclare n'avoir aucune expérience personnelle du traitement des angines de poitrine par les iodures.

Il n'en a observé que 8 cas dans sa vie de médecin, déjà longue. Il faut que M. Huchard soit tombé sur des séries exceptionnelles pour en avoir vu personnellement tant de cas. Pour ce qui est du traitement des anévrysmes par l'iodure de potassium ou l'iodure de sodium, M. Guyot, en revanche, a une expérience personnelle assez grande. Or, jamais il n'a obtenu de résultats favorables. Contrairement à l'opinion de M. Huchard, il n'a jamais vu l'iodure de potassium se comporter comme un poison du cœur. Il l'a beaucoup employé. Jamais il n'a déterminé de désordres sérieux du côté de cet organe. L'avenir décidera si son congénère, l'iodure de sodium, a, dans la cure des anévrysmes, l'influence que lui accorde M. Huchard. En ce qui concerne l'*angor pectoris* vrai, M. Guyot maintient que l'on peut vivre longtemps sans manifestations angineuses, et sans faire aucun traitement.

M. HALLOPEAU dit qu'un de ses clients, atteint de dilatation aortique avec accès angineux, n'évite ces accès qu'à la condition de prendre régulièrement une dose quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium. S'il cesse un seul jour, les accès reviennent, pour disparaître ensuite dès qu'il s'est remis au médicament. Ce fait est donc confirmatif de l'opinion émise par M. Huchard sur l'action des iodures.

M. CHANTEMESSE, à la consultation de M. Bouchard, à Lariboisière, a vu, chez une femme de cinquante ans, un anévrysme de la crosse de l'aorte faisant une légère saillie à droite du sternum. La tumeur était animée de battements et présentait un double souffle. La malade souffrait beaucoup de douleurs angineuses revenant par crises et s'étendant jusqu'aux doigts de la main gauche. Elle prit pendant plusieurs mois 2 grammes par jour d'iodure de potassium. Les douleurs diminuèrent très vite.

Il a revu cette femme deux ans après le début du traitement. Elle ne souffre plus. La tumeur anévrysmale ne présente plus de mouvements d'expansion et son volume a beaucoup diminué. Les crises d'angine de poitrine ne sont pas revenues depuis six mois.

Thérapeutique générale de la syphilis. — M. MARTINEAU fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé : la syphilis est une maladie virulente générale, dyscrasique, à évolution plus ou moins rapide ou plus ou moins longue, mais toujours continue, progressive.

Comme toutes les maladies virulentes et générales dyscrasiques, elle détermine des exopathies diverses, mais lorsque ces manifestations extérieures apparaissent, l'organisme entier est déjà atteint. Le chancre syphilitique dans la syphilis acquise est donc la manifestation et non le point de départ de l'infection générale. Aussi, est-ce une erreur de pathologie générale commise par certains syphiligraphes, étrangers surtout, de penser que l'on pourra prévenir et enrayer la maladie en détruisant le chancre dit à tort primitif.

Trois médications constituent la thérapeutique générale de la syphilis : 1° la médication mercurielle; 2° la médication iodée; 3° la médication sulfureuse.

Prescrites tour à tour avec une alternance et une durée déterminées et combinées avec un traitement général tonique et une hygiène sévère, elles suffisent pour guérir la syphilis chez un sujet exempt de toute maladie générale ou dont l'organisme n'a pas subi une dénutrition antérieure.

Mais le terrain de la syphilis est variable; de plus, son évolution est assez souvent irrégulière. De là des indications spéciales et la nécessité de compléter le diagnostic nosologique et anatomique par le diagnostic pathogénique et la détermination exacte des causes qui ont modifié l'évolution normale.

Ces causes se réduisent généralement à ceci : 1° débilité du sujet (âge, misère, excès, influences morales, maladies antérieures, grossesse, allaitement, alcoolisme, malaria, etc.); 2° préexistence d'une maladie dyscrasique constitutionnelle ou diathésique (scrofule, arthritis, tubercules, cancer, diabète).

D'où il suit qu'il faut traiter la syphilis et le syphilitique, la maladie et le terrain de son évolution.

C'est à M. Fournier que revient l'honneur d'avoir institué une méthode rationnelle destinée à combattre la maladie constitutionnelle en laissant au second plan le traitement des manifestations locales.

C'est depuis M. Fournier seulement que l'on n'observe plus ces accidents formidables si fréquents autrefois, et sur les 10 000 syphilitiques qui ont passé entre mes mains, de bien nombreux cas prouvent l'excellence de la méthode inaugurée par notre collègue et qui est trop connue pour que je m'y arrête ici.

Quels sont maintenant les meilleurs modes d'administration de la médication anti-syphilitique.

Trois voies naturelles — stomacale, pulmonaire et cutanée — s'offrent à l'absorption.

La première est insuffisante lorsqu'il s'agit de frapper fort et vite, en raison d'accidents graves ou de syphilomes rapidement destructeurs. Elle ne convient pas davantage à la pratique nosocomiale (surtout si les préparations mercurielles sont administrées sous forme pilulaire), parce que les malades des hôpitaux escamotent souvent leur traitement, parce que l'action médicamenteuse est lente, parce que le séjour à l'hôpital s'en trouve prolongé (grave inconvénient pour des malades obligés de gagner leur vie), parce que la réapparition des manifestations syphilitiques se fait assez rapidement, parce qu'il y a danger considérable pour la collectivité à laisser circuler des syphilitiques non guéris, parce qu'enfin l'administration médicamenteuse par la voie stomacale donne souvent naissance à des accidents buccaux et gastro-intestinaux, etc., qui l'interrompent.

Je ne dirai rien de l'absorption par les voies respiratoires. Reste donc la voie cutanée que l'on peut utiliser : 1° par des frictions; 2° par des injections sous-cutanées.

Bonnes chez les enfants de 2 mois à 4 ans, les frictions me paraissent devoir être abandonnées chez les adultes, car elles sont loin d'avoir l'action prompte et énergique des injections hypodermiques. Avec ces dernières, on connaît exactement les doses employées, on est sûr que le traitement est fait, les manifestations syphilitiques cèdent rapidement, les rechutes sont moins fréquentes et surtout plus éloignées, les accidents buccaux et gastro-intestinaux, la mercurialisation et la cachexie mercurielle ne se produisent pas.

Ces propositions s'appliquent du moins à ce qui constitue ma pratique personnelle : les injections hypodermiques avec la solution de peptone hydrargyrique ammonique (formule Delpech), cette solution contenant 10 milligrammes de sublimé par seringue de Pravaz.

Depuis le 23 juin 1881 jusqu'à ce jour, j'ai traité par cette méthode environ six mille syphilitiques; chacun a reçu en moyenne trente injections, soit un total de cent quatre-vingt mille injections. J'ai donc une expérience suffisante. Or, j'affirme qu'avec cette méthode les manifestations de la syphilis, quelles qu'elles soient, superficielles ou profondes, cèdent rapidement. Aucune autre médication n'offre une pareille énergie et une pareille sûreté d'action. (M. Martineau fait passer sous les yeux des membres de la société de nombreuses photographies de lésions syphilitiques avant et après le traitement qu'il emploie.)

J'ajouterai que les injections de peptone mercurique tranchent rapidement le diagnostic lorsqu'on hésite entre la syphilis, le cancer, le tubercule, etc. S'il y a syphilis, l'amélioration se produit après neuf à quinze jours. Dans le cas contraire, tout reste stationnaire et parfois même il y a aggravation.

La méthode est-elle applicable à tous les cas, facilement exécutable et inoffensive?

Dans mon service, c'est la seule que j'emploie pendant les trente premiers jours du traitement mercuriel; après quoi, si les manifestations ont disparu, j'ai recours à la voie stomacale pendant trente autres jours (une cuillerée à café de solution de peptone hydrargyrique, soit cinq milligrammes de sublimé). Cette préparation est plus agréable que la liqueur de Van Swieten et surtout elle n'entraîne pas d'accidents gastro-intestinaux.

Je ne partage donc pas les opinions de M. E. Besnier sur les inconvénients des injections mercurielles. Les malades de la ville eux-mêmes sont très heureux d'avoir à leur disposition un mode de traitement qui les débarrasse rapidement de leur syphilis.

En résumé : 1° les injections de peptone hydrargyrique ammonique pratiquées à la partie postérieure du dos ne produisent aucun accident local, à moins de faute de la part de l'opérateur; 2° elles sont généralement bien supportées et rarement douloureuses; 3° à moins d'altérations gingivales, elles ne donnent jamais lieu à la stomatite; 4° elles ne produisent jamais d'accidents gastro-intestinaux, ou urinaires, ou généraux, ou cérébraux; enfin elles ne s'accompagnent jamais d'intoxication mercurielle.

La méthode que j'emploie a donc sur les injections de sels insolubles (calomel, oxyde jaune) une supériorité marquée qui justifie mon exclusivisme dans son emploi. Je vous demande de remettre à la prochaine séance ce que j'ai à dire des médications iodée et sulfureuse, tout aussi importantes que la médication mercurielle.

M. BALZER, bien que l'observation suivante doive être défavorable à la méthode de Scarenzio, se fait un devoir de la résumer à la Société.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, entrée [dans son service avec une gomme gangréneuse du palais très étendue, et qui avait occasionné des destructions considérables. Cette malade fut traitée par les injections au calomel et à l'oxyde jaune avec 4 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement l'état local s'améliora rapidement, mais cette femme succomba à une phthisie galopante. Elle avait reçu, en tout, quatre injections à dix ou 15 jours d'intervalle.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on trouva une vaste caverne du sommet droit, des lésions tuberculeuses diverses, dans le poumon gauche et sur le foie, mais très peu de lésions syphilitiques. On vit seulement dans le parenchyme hépatique, deux ou trois cicatrices résultant très probablement de gommes résorbées.

Il m'a paru intéressant, dit M. Balzer, de profiter de cette autopsie pour voir si les injections mercurielles avaient déterminé des lésions, et, dans l'affirmative, quelles étaient ces lésions. Or, j'ai trouvé, aux points correspondant aux quatre injections, des petits foyers de nécrose d'autant moins étendus que l'injection était plus ancienne, ce qui semble indiquer l'intervention de phénomènes de résorption. J'ai recueilli, au niveau de ces foyers, un liquide d'apparence purulente, contenant cependant moins de leucocytes qu'on aurait pu le supposer, mais très riche en graisse avec quelques débris de tissu conjonctif et élastique. Au surplus, je n'ai pas encore achevé cet examen microscopique, mais j'ai tenu à présenter les pièces, à la Société, aussi fraîches que possible. Il en résulte, évidemment, que la transformation des poudres mercurielles injectées s'est accompagnée de nécroses partielles, bien que, pendant la vie, on n'eût constaté aucun phénomène local. Il est vrai que l'existence de la phthisie, chez cette femme, jette une grande obscurité sur l'interprétation des lésions nécrosiques.

D'une façon générale les injections laissent si peu de traces qu'on ne peut même plus retrouver les points où elles ont été faites. S'il y a, par hasard, quelque chose, c'est, en tout cas, fort peu de chose. Voilà la règle; mais à titre d'exception on peut rencontrer — et l'observation que je viens de produire en est un exemple — 1° des foyers de nécrose non résorbés; 2° des foyers de nécrose en voie de résorption, et il ne faut pas se dissimuler que ces accidents locaux sont une grosse objection à la méthode de Scarenzio.

M. DU CASTEL vient de faire l'autopsie d'un malade mort de paralysie générale, mais chez lequel existait très probablement une syphilis ancienne. En raison de ces grandes probabilités on avait donné l'iodure de potassium, qui était resté sans effet. C'est pourquoi il fit parallèlement des injections de calomel d'un côté du corps, des injections d'oxyde jaune de l'autre, afin d'étudier comparativement les deux substances.

A l'autopsie il n'a trouvé que des lésions de méningite chronique. Pas de lésions syphilitiques. Sur les sections pratiquées au niveau des lieux d'injections il n'a absolument rien rencontré.

Les injections n'avaient cependant qu'un mois de date et à l'inverse de ce qui avait eu lieu dans le cas de M. Balzer, elles avaient déterminé presque immédiatement des phénomènes inflammatoires. L'une d'elles même avait occasionné un œdème local. Il n'avait, il est vrai, injecté qu'une demi-seringue chaque fois et, de plus, au lieu d'être sous-cutanées — comme dans la technique de M. Balzer — ses injections avaient été poussées profondément, dans les masses musculaires. Quoi qu'il en soit de ces différences dans le manuel opératoire et dans la quantité de solution injectée elles ne paraissent pas pouvoir expliquer les différences radicales de l'examen nécropsique.

Il les expliquerait beaucoup plus volontiers par les différences dans la constitution des deux malades.

Traitement de la laryngite tuberculeuse. — **M. GOUGUENHEIM** communique à la Société les résultats obtenus dans le *traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse* par M. Ehring (de Varsovie), qui emploie, dans ce traitement, tantôt le râclage et le curage des ulcérations, tantôt — lorsque ce moyen est impraticable — des injections d'acide lactique ou d'iodoforme sous la muqueuse laryngée, après insensibilisation par la cocaïne. Sur 200 malades ainsi traités l'an dernier, M. Ehring a eu 28 guérisons. (A l'appui, M. Gouguenheim présente des coupes de larynx démontrant, dit-il, la guérison d'ulcérations tuberculeuses; des produits de râclage d'infiltrations de même nature et des dessins chromolithographiques représentant les cicatrices d'ulcérations guéries.)

M. CHANTEMESSE demande où est la démonstration de la nature tuberculeuse de ces ulcérations? A-t-on fait des inoculations?

M. GOUGUENHEIM. Les malades étaient des tuberculeux avérés. On avait trouvé chez eux le bacille caractéristique. Enfin les préparations ont été examinées convenablement et, de plus, reconnues tuberculeuses, par des hommes très compétents, M. Virchow, par exemple.

Maintenant, sur les 28 malades guéris de leurs ulcérations tuberculeuses, quelques-uns sont morts d'autre chose.

M. LABBÉ estime que l'on ne doit pas laisser passer, sans faire

de grandes réserves, des observations aussi affirmatives que celles que l'on vient d'entendre, relativement à la laryngite tuberculeuse. Il ne met nullement en doute la bonne foi, ni de l'opérateur, ni du présentateur, mais ils peuvent se faire illusion et il y aurait peut-être quelque danger à publier sans commentaire, sans examen approfondi, des faits aussi extraordinaires, que ceux dont on vient de parler et qui peuvent inspirer aux praticiens une confiance injustifiée.

M. GOUGUENHEIM. Les coupes ont été montrées à Berlin à M. Virchow, et M. Ehring est un médecin sérieux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

186. M. Lallemant. Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement. — 187. M. Couderc. Les ophthalmies chez les aliénés. — 188. M. Le Roy. De la fracture marginale antérieure de la malléole externe ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné. — 189. M. Papail. De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la création de deux nouveaux services de chirurgie, à Beaujon et à Saint-Louis, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie :

M. Duplay passe à Beaujon; M. Lucas-Championnière prend, à titre définitif, le service provisoire de Saint-Louis; M. Berger passe à Lariboisière; MM. Peyrot et Blum passent à Tenon, M. Reclus passe à Bicêtre, et M. Felizet à l'hospice d'Ivry.

— Par décret, en date du 18 avril 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, démissionnaires, Bézaguet, Revouy, Martel, Buffet-Delmas, Codet, Richard et Roussy.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Picot, Perethon de Lamallerée, Thalinger, Durand-Fardel, Legendre, Damalix, Magnin, Polo, Boursier, Boisleux, Regoby, Mulette, Jouet, Thevard et Gautier.

— Par décret, en date du 22 avril 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Labadens, aide-médecin de la marine, docteur en médecine; Sadoul, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 avril 1887, un concours s'ouvrira, le 8 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 avril 1887, Mmes Valet et Daux, sages-femmes de première classe, ont été nommées sages-femmes du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris. (Emplois créés.)

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats du concours qui s'ouvre aujourd'hui lundi 25 avril 1887 pour la nomination à une place de prosecteur sont au nombre de dix, ce sont : MM. Delbet, Dumoulin, Festal, Lejars, Lyot, Potherat, Récamier, Sebileau, Thiéry et Villemin.

— Les étudiants de la Faculté de médecine de Paris qui sont en instance pour obtenir la dispense des droits d'inscription recevront réponse vers le 8 mai prochain. Ils prendront leur inscription du 11 au 14 mai prochain inclusivement.

— Les candidats du concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés sont au nombre de trois, ce sont : MM. les docteurs Chaslin, Pichon et Saury. Le jury, modifié par non-acceptation d'un certain nombre de membres, se compose de MM. Jules Voisin, Falret, Espiaut de Lamaëstre, Bourneville, Bucquoy, Rigal et Dujardin-Beaumetz.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — Un congé d'inactivité est accordé, pour raison de santé, à M. Saint-Loup, préparateur de zoologie.

— Hier dimanche, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, la réunion annuelle de l'Association des médecins de la Seine. Le compte rendu, lu par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint, fait connaître la situation prospère de cette association bienfaisante, qui a distribué, l'année dernière, près de 38000 francs à des médecins malheureux, à leurs veuves ou à leurs enfants. Le nombre des sociétaires est actuellement de 857; le capital placé dépasse 1 million.

Ont été nommés, à l'unanimité : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon; trésorier, M. Genouville.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Labruhe, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (première année).

M. Cousin est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (première année).

M. Quesneville, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'hydrologie et de minéralogie à ladite École.

— M. le docteur Guesdron est nommé médecin de l'hospice de Buzançais, en remplacement de M. le docteur Bénard, décédé.

— M. le professeur de Quatrefages commencera son cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 26 avril 1887, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il passera successivement en revue les principales questions générales de l'anthropologie.

— M. le docteur Luys reprendra son cours de pathologie mentale, le jeudi 28 avril, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre du premier étage, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur A. Fournier commencera ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, vendredi prochain, 29 avril 1887, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome I, deuxième fascicule : *Colonne vertébrale, cou, membre supérieur, poitrine.* 1 vol. in-8° de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21064

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une communication faite au congrès de Reims, en 1880 (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1880, p. 347), sur un cas d'épistaxis à forme intermittente, probablement symptomatique d'une cirrhose du foie et qui fut suivi d'une prompte guérison par l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique, après insuccès du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitale, cas recueilli dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié ; tel a été le point de départ et le texte de la lecture intéressante que M. Verneuil a faite hier à l'Académie.

Comment M. Verneuil avait-il été conduit à cette tentative heureuse qui, répétée plusieurs fois depuis, a donné, chaque fois, le même succès, si bien qu'il a pu se croire autorisé à donner à sa note le titre général de « Traitement de certaines épistaxis rebelles » ? C'est ce qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître.

Il y avait, alors, longues années déjà que M. Verneuil avait été appelé auprès d'un malade, âgé de 50 ans environ, atteint depuis plusieurs jours d'épistaxis abondantes. On avait employé toute la série des moyens ordinaires et administré à l'intérieur nombre de médicaments. Rien n'avait fait. Un tamponnement simple n'ayant point arrêté l'hémorrhagie, il fallut recourir à un tamponnement double qui ne réussit pas davantage. Une semaine s'était passée ainsi sans la moindre amélioration. La position devenait sérieuse. Cet homme était annuellement atteint d'accès de goutte, à l'époque où ceci se passait. Son accès semblait en retard sur les années précédentes. Saisissant ce fait comme une indication, M. Verneuil fit appliquer une série de vésicatoires sur les articulations des membres inférieurs. Au bout de quarante-huit heures, un des genoux devint le siège d'une hydarthrose volumineuse et douloureuse ; à partir de ce moment, l'épistaxis cessa brusquement pour ne plus revenir.

C'est ce fait, resté gravé dans la mémoire de M. Verneuil, qui lui avait donné l'idée de combattre l'épistaxis du malade de la Pitié par un appel irritatif du côté de l'organe qu'il supposait être le point de départ de l'hémorrhagie. Le succès ayant répondu à son attente, la méthode pour le traitement des épistaxis de même origine était constituée dans son esprit.

Aux questions que M. Colin (d'Alfort) lui a adressées à cette occasion : « Quelle explication donnez-vous de ces succès ? » M. Verneuil a répondu qu'il n'avait la prétention d'en donner aucune. Celle qu'a cherché à en donner le savant physiologiste d'Alfort est-elle suffisante ? M. Verneuil aurait-il mieux fait encore en appliquant ses révulsifs sur des points plus éloignés, qu'à proximité de l'organe présumé malade ? Ce sont là des questions qui rappellent les interminables discussions sur la révulsion et la dérivation, qu'il ne serait pas inutile peut-être de reprendre un beau jour, pour tâcher une bonne fois de les couler à fond.

L'Académie avait entendu, avant la communication de M. Verneuil, une lecture de M. Colin sur les mouvements de l'estomac, sur laquelle nous comptons revenir, le temps nous ayant manqué aujourd'hui pour nous rendre un compte suffisant de la valeur et de l'importance des nombreuses expériences qui constituent la base de cet important travail.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Un nouveau cas de paralysie hystérique chez un sujet syphilitique.

Dans ma leçon de samedi dernier, je vous disais, à propos d'un homme atteint d'hystéro-épilepsie d'origine syphilitique, que si cette affection était rare, sa rareté était peut-être plus apparente que réelle. Le fait vient de nous être confirmé par l'observation de la malade entrée dans nos salles il y a quatre jours, et dont je vais vous entretenir aujourd'hui.

Il s'agit de la femme qui est couchée au n° 17 de la salle Sainte-Anne, et dont l'observation est presque identique à celle de samedi.

Il y a sept ans, cette femme eut, dit-elle, un bouton sur les parties génitales, suivi, à quelque temps de là, d'une éruption de taches parfaitement caractéristiques, puis de céphalées, etc., enfin, il y a trois ans, d'une kératite et depuis plusieurs mois elle a éprouvé une sorte d'engourdissement dans les membres inférieurs. Les accidents morbides en étaient là, lorsque, la semaine dernière, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise le matin, peu

d'instants après être levée, d'une douleur tellement vive dans l'oreille gauche qu'elle dut se recoucher. Elle resta au lit toute la journée sans parvenir à s'endormir et s'aperçut dans l'après-midi que peu à peu tout le côté gauche du corps s'engourdissait, de telle sorte que le soir cette femme était complètement hémiplégique; de plus la vue devenait double.

Ces phénomènes ne disparurent pas les jours suivants, mais, s'accentuant au contraire de plus en plus, elle se décida à venir à l'hôpital où elle est entrée samedi.

A son arrivée nous avons pu constater d'abord une apyrexie complète, puis nous avons remarqué que le bras gauche était immobile le long du corps et retombait inerte dès qu'on cherchait à le soulever; il en était à peu près de même de la jambe du même côté. La malade pouvait encore cependant mouvoir un peu les doigts et très légèrement le poignet gauche. La face était déviée à droite. Le globe oculaire (œil gauche) restait en partie découvert par défaut d'occlusion complète des paupières, avec strabisme interne; la commissure gauche des lèvres était effacée, etc. Enfin il y avait une anesthésie complète de tout le côté gauche, face et membres, anesthésie qui, sur le ventre et la poitrine, dépassait la ligne médiane pour empiéter un peu sur le côté droit. Il y avait, à la fois, anesthésie et analgésie.

La vision de l'œil gauche était tellement diminuée que l'œil de ce côté voyait à peine, distinguait difficilement même les gros caractères. Il y avait aussi abolition de l'ouïe, du goût et de l'odorat du côté gauche.

En résumé nous étions donc en face d'une hémiplégie gauche avec abolition complète de la sensibilité et presque complète des mouvements, avec une diminution très notable de la sensibilité sensorielle.

Or, chez une femme de trente-deux ans n'ayant aucune affection du cœur, aucune altération ou dégénérescence vasculaire, nous n'avions pas à supposer, par suite, ni embolie, ni hémorrhagie cérébrale; de plus la malade ne présentait aucune trace d'affection brightique; de sorte que tout d'abord, vu les antécédents syphilitiques de la malade, nous devions considérer sa paralysie comme reconnaissant la vérole pour origine. On sait, du reste, que la syphilis entraîne assez souvent avec elle, à un moment donné, une paralysie incomplète sans ictus préalable. C'est ce qui est arrivé d'ailleurs chez notre malade qui a été prise, le matin en se levant, sans aucun prodrome, mais brusquement, par une douleur d'oreille, suivie peu à peu d'un engourdissement se transformant dans l'après-midi en une véritable paralysie de tout le côté gauche. De plus, je dois ajouter que M. Sapelier a reconnu l'existence d'une exostose du fémur.

Si tout cela paraît très régulier comme processus, par contre ce qui l'est beaucoup moins c'est la flaccidité complète et la prédominance, dès le premier jour, des troubles de la sensibilité, troubles qui sont, ordinairement, légers au début et s'accentuent avec le temps.

Aujourd'hui, sous l'influence des courants faradiques, la paralysie des mouvements a diminué et la malade commence à pouvoir se servir de ses membres, tandis que la paralysie de la sensibilité reste aussi entière que le premier jour ainsi que les troubles sensoriels. Enfin je dois ajouter que cette hémiplégie du mouvement et de la sensibilité sensorielle est tout à fait analogue à celle que l'on observe chez les hystériques, il y a là, comme dans l'hystérie, association de ces deux paralysies. Mais, contrairement à ce que nous observons chez notre malade, la paralysie, dans l'hystérie, n'atteint jamais la face.

L'hémiplégie faciale peut reconnaître deux causes : une maladie du nerf facial ou une affection de certains points des centres nerveux. Ici qu'avons-nous? certainement une lésion du nerf lui-même puisque sa branche supérieure est paralysée ainsi que le démontre la non-persistance des mouvements associés des paupières. Vous savez que le nerf facial se divise en plusieurs branches, pendant son passage à travers le rocher; vous savez aussi que la branche qui anime le voile du palais, la luette, etc., se sépare du facial avant son entrée dans le rocher. Or, chez notre malade, nous constatons une paralysie du côté gauche du voile du palais et une déviation de la luette, d'où nous devons conclure que la lésion du facial est intra-cranienne. De plus le moteur oculaire externe est également paralysé. La cause de ces deux paralysies existe donc dans l'intérieur du crâne, agissant ainsi sur des nerfs dont le point d'émergence est des plus rapprochés. Mais de quelle nature est la lésion? Une lésion osseuse, une exostose intra-cranienne agissant par compression, ou une lésion même des centres nerveux? Il est difficile de se prononcer, bien que l'existence d'une exostose sur l'un des fémurs permette de supposer quelque exostose aussi intra-cranienne, malgré la soudaineté de la paralysie.

Nous en arrivons donc au diagnostic de paralysie par compression intra-cranienne probable du nerf facial et du moteur oculaire externe. Mais les accidents paralytiques des membres et du tronc peuvent-ils reconnaître la compression comme cause? Cela ne me paraît pas admissible, car il faudrait supposer alors que cette compression se produit aussi sur le bulbe et sur la protubérance, et d'ailleurs nous devrions observer chez notre malade une série de phénomènes bulbaires et protubérantiels qui, en réalité, n'existent pas chez elle.

Mais je vous ai dit tout à l'heure que cette femme présentait une paralysie du mouvement et du sentiment comme dans l'hystérie. J'en arrive donc à ce qui me paraît le plus rationnel : Paralysie motrice de la face par compression intra-cranienne des nerfs de la cinquième et de la septième paire, et paralysie du reste du corps par excitation portant sur le système nerveux comme chez les hystériques. Dans ces conditions tous les faits s'expliquent et n'ont rien d'inusité.

Cette observation est donc intéressante par l'analyse des phénomènes morbides, elle l'est aussi au point de vue du pronostic. Ainsi la paralysie faciale peut avoir une longue durée, tandis que la paralysie des membres peut s'évanouir prochainement, puisque déjà nous observons une très notable diminution.

M. Fournier, avec sa grande compétence, a divisé les conséquences de la syphilis en directes et indirectes : les premières sur lesquelles le traitement peut être tout puissant; les secondes sur lesquelles il n'a, dans certains cas, que peu ou point de prise, au point de vue de la guérison. En effet, dans le second cas, il peut s'agir d'une dégénérescence ou d'une sclérose des nerfs et, si la cause qui les a fait naître peut être modifiée en soi par la médication, celle-ci cependant n'aura pas la vertu de rétablir les fonctions d'un nerf dégénéré.

La lésion faciale pouvant être une conséquence indirecte, nous nous trouvons par suite dans une véritable incertitude sur la durée de cette paralysie.

Autres questions : la paralysie des membres et celle de la face ont-elles été simultanées? Celle de la face serait-elle plus ancienne et la déviation des traits, peut-être faible au

début, aura-t-elle passé inaperçue dans les premiers temps ou bien aura-t-elle été dès le premier jour ce qu'elle est actuellement?

Ce sont là des questions ou mieux une seule et même question que la faradisation nous permettra de résoudre. En effet les muscles ont conservé leur contractilité, de sorte que s'il n'y a encore que de la compression des nerfs sans altération, peu de jours suffiraient pour rétablir complètement cette contractilité. Mais la malade n'étant encore dans nos salles que depuis quatre jours, nous ne saurions nous prononcer aujourd'hui, bien que, en somme, les deux paralysies nous paraissent avoir été simultanées. De là un pronostic moins grave que si la paralysie devait être définitive, car elle entraînerait alors une sorte de défiguration toujours pénible, surtout chez une femme et une femme jeune, voire même dangereuse au point de vue de la vision par le défaut d'occlusion complète des paupières, qui entraînerait fatalement une altération du globe oculaire avec toutes ses suites possibles.

M. Fournier a fait très justement remarquer que, dans les paralysies syphilitiques indirectes, le traitement arrivait généralement trop tard, c'est-à-dire alors que la substance nerveuse présentait déjà un commencement d'altération. Il n'en est heureusement rien ici où la compression récente nous permet d'espérer que la médication mixte, c'est-à-dire par l'iodure de potassium à l'intérieur et par les frictions mercurielles, non seulement enrayera les accidents, mais amènera le rétablissement fonctionnel.

Je dois ajouter, au point de vue d'une origine hystérique sur laquelle la syphilis est venue s'enter, que cette femme était déjà nerveuse dès avant d'avoir contracté la vérole, qu'elle avait eu maintes fois des accès de somnambulisme. Ceci nous explique aussi l'intensité plus grande et la persistance des troubles nerveux.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Observation d'un kyste sébacé de l'ovaire.

Les kystes sébacés de l'ovaire sont loin d'être rares; néanmoins notre chef de service, M. le docteur D. Mollière, nous a engagé à noter l'observation d'un énorme kyste dermoïde de l'ovaire que nous avons présenté il y a quelques semaines à la Société des sciences médicales et qui ava[illegible] enlevé dans des circonstances particulièrement intéressantes.

Rosalie G., âgée de trente-six ans, entre le mercredi soir 26 février 1887, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur D. Mollière. Elle se plaint de douleurs très vives dans l'abdomen.

Les renseignements fournis par la malade ne présentent rien de bien particulier. Fille naturelle, sa santé n'a jamais été fort brillante. Elle a eu des antécédents rhumatismaux. Il y a quelques années, elle aurait souffert d'une arthrite puerpérale au genou droit, terminée par ankylose. Depuis cette époque elle eut successivement trois fausses couches. Enfin, il y a quatre ans, elle accoucha d'un enfant à terme qui mourut au bout de trois mois.

Cette femme entre donc à l'hôpital pour des douleurs pongitives dans tout l'abdomen, mais localisées surtout dans l'hypochondre droit. Le ventre est très ballonné, douloureux à la pression. La palpation ne fournit d'ailleurs aucun renseignement précis, non plus que le toucher vaginal.

La malade présente en outre des symptômes généraux qui font penser à une péritonite aiguë. Le facies est angoissé, la langue saburrale; le pouls filiforme, Hypothermie des téguments. La température n'a pu être prise en raison du peu de temps que la malade a passé dans le service.

On applique une douzaine de sangsues au niveau du bas ventre; pas de soulagement appréciable. Les frictions belladonées ne procurent aucun soulagement non plus.

M. D. Mollière, appelé en consultation le vendredi matin, pense qu'une opération est urgente et qu'une laparotomie est nécessaire, la malade étant fatalement condamnée, et au bout de quelques heures, si l'on n'intervient pas.

Séance tenante cette femme est transportée dans la salle d'opérations. Après une toilette antiseptique minutieuse, M. Mollière fait, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit et parallèlement à cette arcade, une incision de 5 centimètres environ, par laquelle s'échappe un liquide séro-sanguinolent. Puis, introduisant les doigts dans cette ouverture, il constate la présence d'une tumeur dont il ne peut atteindre les limites. Pensant avoir affaire à un kyste ovarique, il abandonne aussitôt la première incision et pratique une seconde incision plus longue sur la ligne blanche. Le péritoine apparaît rouge, presque lie de vin et tendu par la tumeur. Une ponction exploratrice, au moyen d'un petit trocart capillaire, ne donne aucun résultat, mais en retirant l'instrument, on constate un peu de matière sébacée à l'extrémité. En même temps M. Mollière s'assure de la pédiculisation de la tumeur et de sa mobilité.

Ouverture de la tumeur qui ne peut passer par la plaie cutanée longue de 12 centimètres. On exprime de la substance sébacée contenant quelques poils. Enfin, extraction de la tumeur, ligature de son pédicule qui est suturé aux lèvres de la plaie.

Pendant l'opération on fait de nombreuses ablutions avec la solution de sublimé à 1/1000.

La plaie médiane est suturée, mais l'ouverture latérale est maintenue béante pour laisser un libre écoulement aux liquides péritonéaux.

Pansement antiseptique. Glace à l'intérieur, boissons alcooliques et gazeuses, piqûres de morphine.

Les suites immédiates de l'opération furent très satisfaisantes et l'on put constater une sédation de tous les symptômes.

La température oscilla entre 38° et 38°,5.

Le pansement fut rapidement souillé par les sécrétions péritonéales. On se borna à l'arroser avec de la liqueur de van Swieten et à ajouter de nouvelles couches de coton salicylé.

La malade, opérée *in extremis*, eut une période de calme et d'apyrexie relative qui donna quelque espérance. Mais, le cinquième jour après l'opération, elle s'éteignit sans douleur vive, dans l'adynamie.

On avait donc affaire à un énorme kyste dermoïde de l'ovaire, que l'on peut appeler pileux, étant donné la présence d'une quantité considérable de cheveux décolorés dans la masse de sebum.

Le volume de la tumeur était environ celui d'une petite tête d'adulte.

A l'autopsie, on constata la présence d'adhérences nombreuses autour de la plaie, mais le péritoine du petit bassin était enflammé et renfermait une petite quantité de liquide purulent. Les viscères ne présentaient plus l'aspect congestif observé au moment de l'opération. Il semblait même que la péritonite avait cédé.

Il ne faut pas oublier du reste qu'une quantité notable de liquides péritonéaux s'était échappée par la soupape latérale laissée béante sur l'abdomen.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire, quoique beaucoup moins fréquents que les autres kystes de cet organe, ne sont pas très rares, aussi le caractère de cette tumeur n'est-il pas le fait le plus important de cette observation. Néanmoins le volume du kyste de notre malade est de beaucoup supérieur à celui qu'on observe ordinairement et qui ne dépasse guère le volume d'une orange.

Ce qui peut rendre intéressante cette observation, ce

sont les conditions dans lesquelles l'opération a été effectuée, conditions éminemment défavorables.

Néanmoins la malade a survécu quatre jours, et la péritonite aiguë, qui paraissait devoir la faire succomber immédiatement, a été amendée, quoiqu'elle ait été la cause de sa mort.

M. Mollière pense que le dégorgeoir latéral de l'abdomen a dû jouer un rôle important dans la survie et le soulagement, et que c'est à lui que l'on doit l'amendement passager des symptômes inflammatoires et des douleurs. Cette interprétation très rationnelle serait donc favorable au traitement chirurgical, si à l'ordre du jour, de la péritonite aiguë.

Un point non moins remarquable, c'est la pédiculisation parfaite de ce kyste et l'absence de brides péritonéales : c'est-à-dire la tolérance absolue de la tumeur, malgré son volume ; encore la péritonite aiguë des derniers jours a-t-elle pu être provoquée par une cause accidentelle extérieure que nous ne connaissons pas.

C'est ce triple point de vue : tumeur sébacée de l'ovaire, rare par son volume, diagnostic à peu près impossible, péritonite concomitante traitée chirurgicalement, qui nous a engagé à publier ce fait.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antipyrine contre la douleur (1).

Par M. le professeur Germain Sée.

L'antipyrine, découverte par Knorr, en 1884, a pour formule $C^{11}A^{12}Az^{2}O$, et pour mode d'action un pouvoir réfrigérant rapide, mais passager, dans les fièvres où elle ne saurait d'ailleurs lutter avec la quinine ; c'est à ce titre antithermique qu'elle a aussi été employée contre le rhumatisme fébrile, où elle peut soutenir le parallèle avec le salicylate de soude, qui, dans les cas graves, agit néanmoins plus sûrement, plus vite, quoique peut-être avec quelques inconvénients. Mais cette propriété hypothermique ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt secondaire en regard des effets remarquables que nous avons vus se produire sur d'autres éléments morbides que la fièvre, particulièrement sur la douleur. Pour s'en assurer, il suffit d'appliquer le remède à ce genre d'affections rhumatismales ou goutteuses qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou mieux encore aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur.

Or, sur quinze malades affectés de rhumatismes lents et sans fièvre avec ou sans hydarthrose, qui avaient été traités inutilement par les pointes de feu, par le salicylate de soude, la douleur avec l'engorgement articulaire disparut en quelques jours, sans récidive aucune, quand on eut le soin de continuer encore la médication par petite dose pendant une semaine environ. Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë greffés ou non sur la goutte chronique avec dépôts uratiques ; l'antipyrine, à la dose de 4 grammes à 6 grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage.

Mais c'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit le maximum d'action. Une première série de quatorze observations relatives aux douleurs de tête porte sur quatre cas de névralgies faciales, dont une invétérée, qui cédèrent rapidement ; six migraines anciennes et répétées, dont cinq guérirent en deux heures de temps à l'aide de 2 grammes d'antipyrine ; une seule résista au traitement que la malade ne put pas supporter (voir des faits analogues récemment cités par Chromjakow et par White) ; la série se complète par des céphalées dues à la croissance ou à d'autres causes.

Une deuxième série comprend dix-huit névralgies ou névrites, et des douleurs musculaires, à savoir cinq cas de sciatiques (des observations de ce genre ont été publiées dans ces derniers mois, par Ungar et Martius), des névrites graves, surtout chez des diabétiques, des névrites dues au zona, et dont deux sur trois cessèrent immédiatement ; puis des observations de lumbago datant d'une à plusieurs semaines, enfin des douleurs nervo-musculaires dorsales ou généralisées telles qu'on les trouve si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques.

A ces diverses catégories d'état douloureux, il faut ajouter une grave affection caractérisée par les douleurs les plus persistantes et rebelles, qui marquent, à son début, l'ataxie locomotrice et se localisent, d'après MM. Vulpian et Charcot, dans la moelle épinière, d'après des recherches plus récentes, dans les nerfs périphériques.

Il y a quelques mois, M. Lépine (de Lyon) avait déjà annoncé l'antipyrine comme un médicament nervin capable de calmer les douleurs fulgurantes ; puis il reconnut le même pouvoir à une substance antithermique récemment découverte, à savoir l'antifébrine ou acétanilide. C'est un moyen précieux, mais difficile à manier, parce qu'il est inefficace au-dessous de 50 centigrammes, et toxique au delà de 1gr,5 ; il est dangereux, surtout parce qu'il provoque constamment, déjà au bout d'une heure, de graves altérations, le sang devient d'un brun-chocolat, se dénature par la production de méta-hémoglobine dans les globules sanguins, et se dépouille d'une partie de son oxygène ; par cela même, la peau prend une coloration livide effrayante, qui rappelle de tous points les phénomènes de l'asphyxie ; c'est ce que dit M. Lépine lui-même dans un mémoire qui a paru, il y a cinq jours.

L'antipyrine est supérieure à l'antifébrine ; elle conduit aux mêmes résultats et calme ces violents élancements sans exposer le malade au moindre danger ; j'en ai eu la preuve dans quatre cas anciens de maladie de la moelle épinière ; un cinquième cas résista aux deux médicaments.

Il me reste à mentionner les maladies du cœur, de l'aorte et des artères cardiaques, qui se traduisent par des douleurs souvent angoissantes à la pointe ou à la base du cœur et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche. Chez six aortiques cardiaques et trois anévrysmatiques, les douleurs cédèrent sous l'influence de 4 à 5 grammes d'antipyrine.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, et que rien ne rapproche que la douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins et de 6 grammes au plus, qu'on administra à une ou trois heures d'intervalle, par doses de 1 gramme dans un demi-verre d'eau glacée. De cette façon, le médicament ne produit aucun effet préjudiciable, si ce n'est parfois des nausées et des vomissements ou des vertiges passagers ; il importe alors de fractionner la dose par demi-gramme. On n'observe en général aucun trouble dans les fonctions de l'organisme ; la respiration reste naturelle ; le cœur conserve son rythme régulier ; enfin, fait remarquable, la température et la transpiration cutanée ne se modifient pas, tandis que les fiévreux éprouvent par l'antipyrine, de même par l'antifébrine et par tous ces moyens appelés faussement *fébrifuges*, des sueurs énormes avec une réfrigération souvent dangereuse.

L'inconvénient le plus sérieux, qu'on observe surtout par la prolongation ou l'intensité du traitement, consiste dans une éruption semblable à l'urticaire ou à la scarlatine ; dès qu'on réduit la quantité, l'éruption disparait.

Dans tous les cas le médicament s'élimine en nature par les urines : on peut, en les décolorant par le charbon, retrouver l'antipyrine à l'aide du perchlorure de fer, qui leur communique une teinte rouge très prononcée, et cela pendant un ou deux jours encore après la cessation du médicament.

Mêmes phénomènes sur les animaux ; d'après l'expérimentation pratiquée avec M. Gley, l'antipyrine, injectée à la dose de 1 à 2 grammes sous la peau d'un lapin ou d'un chien, produit une véritable analgésie dans le membre injecté, et souvent du côté opposé. Sur la

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences.

grenouille antipyrinée (0,01 à 0,02) l'excitation électrique du nerf sciatique ne produit plus qu'une contraction réflexe enregistrée, très amoindrie du côté opposé, ce qui indique un amoindrissement réflexe de la moelle épinière. Si l'on empoisonne l'animal, à l'exception d'un seul membre dont on lie l'artère, on voit que les muscles antipyrinés se contractent lentement, difficilement, tandis que le membre préservé conserve à peu près intacte sa contractilité; ceci prouve une action sur les terminaisons des nerfs.

Ajoutons un fait d'une haute portée, à savoir la complète intégrité du cœur, qui reste pour ainsi dire indifférent aux doses thérapeutiques, et une très légère modification de la pression sanguine intravasculaire dans le sens de la vaso-dilatation.

Ainsi, l'expérimentation physiologique vient confirmer toutes les données de l'observation clinique. L'antipyrine peut être considérée scientifiquement comme un des médicaments les plus efficaces, et en même temps inoffensifs, contre la douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que des mémoires de prix et une lettre de M. Henri Moissan, professeur de toxicologie à l'École de pharmacie, qui se porte candidat pour la section de pharmacie.

LECTURES

Essai sur les conditions de développement et de conservation du bacille typhique. — M. GABRIEL POUCHET lit, sous ce titre, un travail dans lequel il a cherché à reconnaître les conditions dans lesquelles se développe le mieux et se conserve le bacille typhique.

Les résultats auxquels il est arrivé montrent que les conditions de développement de ce micro-organisme sont enfermées dans des limites assez étroites, et qu'un assez grand nombre de circonstances sont capables d'amener, sinon la destruction, tout au moins l'arrêt de son développement.

La prolifération du bacille typhique est arrêtée dans des milieux riches en matière organique, de quelque nature que ce soit. Les cultures dans la gélatine peptonisée sont d'autant plus abondantes que la proportion de peptone est plus faible et se rapproche davantage de 1 p. 100.

Les sels de cuivre, de potassium, d'ammonium, même en proportion assez minime, s'opposent au développement du bacille typhique; il en est de même des acides. Il est rapidement tué dans le liquide de Raulin. Une liqueur sucrée ou albumineuse constitue un mauvais milieu de culture.

Une gélatine composée de la façon suivante :

Eau distillée.	1 000 grammes.
Tartrate neutre de potasse. . .	1 —
Sucre.	20 —
Phosphate d'ammoniaque. . .	1 —
Sulfate de magnésie	5 centigrammes.
Extrait de viande.	25 grammes.
Gélatine.	150 —

dans laquelle prolifèrent avec activité la plus grande partie des micro-organismes contenus dans les eaux, ne permet pas le développement du bacille typhique, mais celui-ci y conserve sa vitalité et il prolifère énergiquement si l'on vient à ensemencer un bon milieu de culture (du bouillon d'intestin, par exemple) avec quelques gouttes de ce mélange préalablement inoculé.

De même le bacille typhique se conserve et se développe beaucoup mieux dans l'eau pure que dans une eau souillée.

Le meilleur milieu de culture paraît constitué par une gélatine nutritive préparée avec un bouillon obtenu dans les mêmes conditions que celles suivant lesquelles on prépare habituellement le bouillon de veau, à l'aide d'intestin débarrassé par lavage des matières fécales.

Dans un semblable milieu, la prolifération est très active.

Mouvements de l'estomac. — M. G. COLIN (d'Alfort) fait une communication sur le problème du mode de contraction de l'estomac, problème qui a été, dit-il, posé cent fois, qui a paru cent fois recevoir une solution, et qui n'est cependant pas encore complètement élucidé. Il se propose dans ce travail de montrer que les moyens employés, depuis Haller, n'ont pu rien nous apprendre en ce qui concerne l'homme, et que ceux dont on fait usage sur les animaux mettent parfaitement en relief les particularités de la locomotion gastrique.

M. Colin, après avoir soumis à un examen critique la méthode expérimentale mise en usage et les faits qu'elle a mis en évidence, rend compte des nombreuses expériences qu'il a faites sur diverses espèces d'animaux, et en particulier sur les grands ruminants. Les résultats qu'il en a obtenus ne lui paraissent pas de nature à être appliqués à l'homme. Aussi dit-il en terminant : Si nous connaissons un peu les mouvements de l'estomac des animaux, nous n'avons qu'une idée très imparfaite de ces mouvements chez l'homme. Nous ne pourrons ajouter à nos connaissances sur ces derniers que dans les cas où l'estomac de l'homme se trouverait dénudé sur une grande étendue ou bien largement ouvert comme sur des animaux d'expérience.

Traitement de certaines épistaxis rebelles. — M. VERNEUIL entretient l'Académie d'une affection qu'il serait embarrassé de placer plutôt dans les cadres de la chirurgie que dans ceux de la médecine, l'épistaxis. Il signale une forme particulière à laquelle il a opposé un traitement également spécial, indiqué par la cause.

Avant d'entrer dans la question, M. Verneuil rappelle que les épistaxis, quand elles ne sont pas causées par un néoplasme des fosses nasales ou du pharynx, doivent être considérées comme symptôme de toxémie ou au moins de dyscrasie. D'où la nécessité de faire, dans le traitement, la plus large place aux médicaments antihémorrhagiques, dits indirects, pris à l'intérieur, et de n'attribuer qu'un rôle secondaire aux moyens physiques, chimiques ou mécaniques qui n'ont prise que sur le symptôme sans atteindre la cause.

Si je récapitulais, dit-il, tout ce que j'ai fait contre les épistaxis médicales provoquées, par les maladies du cœur, des reins, du foie ou par les fièvres et la *malaria*, je compterais beaucoup plus de succès obtenus par la digitale, le seigle ergoté, le sulfate de quinine, que par la cautérisation directe ou le tamponnement.

M. Verneuil rapporte trois cas dans lesquels les médicaments étaient restés impuissants et le tamponnement n'avait pas mieux réussi. L'état, sans être grave, inspirant quelque inquiétude, il fallait trouver quelque agent efficace. Il se préoccupa d'abord de rechercher l'origine, le point de départ de l'hémorrhagie, et quand il crut l'avoir trouvé dans un des grands viscères de l'économie, il fit à son niveau une révulsion énergique qui produisit aussitôt l'effet demandé. Bref, ayant soupçonné une origine hépatique dans trois cas d'épistaxis rebelles, il appliqua sur l'hypochondre droit un large vésicatoire volant, qui amena aussitôt la guérison.

Le premier de ces trois cas a été observé en juin 1880. Il s'agissait d'une épistaxis à forme intermittente, probablement symptomatique d'une cirrhose du foie. Après l'insuccès du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitaline, une guérison prompte fut obtenue par l'application d'un vésicatoire volant sur la région hépatique.

La deuxième observation est un cas d'épistaxis traumatique, persistante et résistant à la médication interne et mécanique, guérie rapidement par l'application d'un vésicatoire sur la région du foie.

Dans la troisième observation, il s'agit aussi d'une épistaxis à répétition chez un sujet atteint d'une ancienne néphrite, d'une affection du cœur, d'une congestion du foie. Insuccès du tamponnement, de l'ergotine, de l'eau de Léchelle, du perchlorure de fer, etc. ; guérison immédiate par l'emploi simultané du sulfate

de quinine et d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit.

Ces trois faits, fait remarquer M. Verneuil, offrent des analogies frappantes : trois hommes d'un certain âge (de quarante-cinq à cinquante-neuf ans), de vigoureuse constitution, sont pris sans cause connue et sans phénomènes précurseurs d'une épistaxis à type intermittent irrégulier, en dehors de tout antécédent paludéen.

L'écoulement sanguin n'est généralement pas considérable; la santé est peu troublée. On essaye d'abord les moyens mécaniques et les hémostatiques locaux, puis une médication variée avec les agents efficaces d'ordinaire. Rien ne réussit. La connaissance des relations qui existent entre les affections du foie et tous les genres d'hémorrhagie secondaire conduisent à explorer cette glande. Dans les trois cas elle est manifestement intéressée ; il y a lésion hépatique quasi latente (diminution de volume chez deux d'entre eux, augmentation chez le troisième). Dans les trois cas, sur la foi des indications fournies par les antécédents et par l'exploration, on cesse toute autre médication et on applique au niveau de l'organe présumé malade un large vésicatoire volant et l'hémorrhagie cesse aussitôt pour ne plus reparaître.

Ayant retrouvé, depuis, deux autres observations presque identiques, M. Verneuil croit pouvoir affirmer que certaines épistaxis apyrétiques, à répétition, à marche relativement bénigne, sont sous l'influence de lésions anciennes, latentes, du foie, et qu'en pareil cas on possède dans la révulsion locale une ressource d'autant plus précieuse que la thérapeutique des affections hépatiques n'est ni sûre, ni expéditive.

M. Verneuil termine sa communication par les deux courtes conclusions suivantes :

1° Les affections latentes du foie peuvent provoquer ou entretenir des épistaxis rebelles.

2° La révulsion obtenue à l'aide d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit paraît le meilleur moyen de guérir les hémorrhagies de ce genre.

M. COLIN (d'Alfort) adresse une question à M. Verneuil. Il lui demande quel rapport physiologique il voit entre une affection du foie et l'épistaxis et comment il s'explique l'action d'un révulsif sur l'hypochondre contre cette épistaxis.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a aucune explication à donner de ce rapport, par une bonne raison, c'est qu'il l'ignore ; mais ce qu'il a tenu à faire connaître, c'est la constatation même de ce rapport. Or, les choses s'étant passées identiquement de même dans plusieurs faits successifs, il n'y a pas à se retrancher ici devant une simple coïncidence. Le rapport, en fait, est indéniable.

M. COLIN. Il eût été possible, cependant, il me semble, de se rendre compte physiologiquement du fait. Les physiologistes savent que, dans les affections du cœur entraînant des troubles circulatoires, il y a pouls veineux qui se manifeste visible chez les animaux dans les jugulaires et que l'on peut constater souvent jusque dans les veines cérébrales. Il en est de même dans certaines affections des poumons avec gêne de la respiration; de même dans l'hypertrophie du foie, dans celle de la rate. Dans toutes ces circonstances, il y a une augmentation de tension des vaisseaux qui explique la facilité avec laquelle se produisent les épistaxis.

Quant à la question de la révulsion, M. Colin croit que c'est une très grande erreur de l'appliquer près du mal ; c'est souvent le moyen d'augmenter l'état fluxionnaire que l'on veut combattre. Il faut appliquer les révulsifs le plus loin possible du point congestionné. Il a été étonné de voir M. Verneuil appliquer ses révulsifs sur les hypochondres.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit qu'il est possible de donner une explication scientifique des faits de M. Verneuil. Les hémorrhagies consécutives aux maladies du foie résultent : 1° de l'altération du sang, cause prédisposante puissante aux hémorrhagies ; 2° de ce que les maladies du foie retentissent sur le cœur; 3° enfin, de ce qu'elles amènent une altération des capillaires et que les capillaires de la pituitaire étant les plus fragiles de l'économie, il n'y a rien d'étonnant que ce soient eux qui cèdent le plus souvent.

M. VERNEUIL répond à M. Colin que l'explication qu'il vient de donner est une explication iatro-mécanique qui ne saurait indiquer pourquoi la cause mécanique qui est toujours la même agit sur certains sujets et non sur d'autres ; à M. Beaumetz, qu'il ne repousse pas les raisons tirées de l'état dyscrasique, mais que l'on ne connaît guère l'influence de ces dyscrasies qui se produisent aussi bien dans les maladies des reins que dans les maladies du foie. M. Verneuil a eu peu à se préoccuper de toutes ces hypothèses, son but unique ayant été de faire connaître des faits bien constatés.

Il est quatre heures trois quarts. L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

190. M. Peignon. Extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. — 191. M. Baillet. Des injections de cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. — 192. M. Mejia. La blessure du péritoine dans la taille hypogastrique. — 193. M. Cullerre. De la péritomie ignée (ses applications en thérapeutique oculaire, son mode d'action et ses avantages). — 194. M. Hyvernaud. Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse. — 195. M. Desforges. De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie. — 196. M. Alexandre. De la leucocythose dans les cancers. — 197. M. Arturo Reyes y Sardina. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux. — 198. M. Hervot. Contribution à l'étude de la périmétrite. — 199. M. Collinet. Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. — 200. M. Berthod. Les enfants nés avant terme. — La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 avril 1887, M. Poncet, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été désigné pour occuper l'emploi de sous-directeur à cet établissement.

— La première épreuve du concours de prosectorat de la Faculté de médecine de Paris (épreuve écrite) a eu lieu lundi dernier; les questions données aux candidats ont été : 1° la glotte (anatomie et physiologie); 2° des corps étrangers du larynx.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 1er mai 1887, au Vésinet. Rendez-vous, gare Saint-Lazare, pour le train de onze heures trente-cinq minutes.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 2 mai, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Budin, professeur agrégé, fera sa leçon d'introduction aux manœuvres obstétricales, le lundi 9 mai 1887, à une heure quarante-cinq minutes, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Il fera ensuite, tous les jeudis, mais à deux heures quarante-cinq minutes, et dans le petit amphithéâtre, une série de démonstrations.

Les élèves divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétrique, répèteront les manœuvres dans le pavillon VI de l'École pratique, au jour et à l'heure qu'ils auront choisis en s'inscrivant.

Les manœuvres obstétricales sont gratuites. Pour être admis à y prendre part, les élèves doivent se faire inscrire au bureau de l'École pratique d'anatomie, de midi à quatre heures, depuis le lundi 25 avril jusqu'au lundi 9 mai 1887.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21077

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. »** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE SAINT-LAZARE. — M. CHÉRON.

Volumineux calcul, développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre, chez une femme de soixante-sept ans; opération à l'aide de la galvanocaustie thermique; emploi du chlorhydrate de cocaïne.

I

On observe, dans le vagin, deux sortes de kystes, que Huguier et Guérin ont, l'un et l'autre, décrits sous le nom de kystes superficiels et de kystes profonds.

Les premiers, qui se développent aux dépens de la tunique épithéliale et qui contiennent un tissu mou, tremblotant comme la gélatine, sont aujourd'hui considérés, par les auteurs, comme appartenant au genre de tumeurs appelées myxômes.

Les kystes profonds, au contraire, sont situés au-dessous de la muqueuse, dans les aréoles du tissu conjonctif sous-jacent dans lesquels ils se développent.

Leur paroi fibreuse, épaisse et résistante à l'intérieur, est tapissée d'un épithélium pavimenteux ou d'un épithélium cylindrique aplati. Ils contiennent un liquide, tantôt séreux et transparent, tantôt brunâtre.

Le kyste profond du vagin est habituellement unique, et son lieu d'élection est sur la paroi antérieure de celui-ci, à deux ou trois centimètres de la vulve, immédiatement au-dessous de l'urèthre.

Ce sont de véritables hygromas qui se forment dans les bourses séreuses, et qui sont, de tout point, comparables à l'hygroma rotulien.

Lorsque ces kystes existent depuis longtemps et qu'ils ont pris un certain développement, ils finissent par être la cause d'une grande gêne dans les rapports, et l'ébranlement, dont ils sont l'objet, retentit bientôt sur le système nerveux cérébro-spinal, sur lequel il agit en produisant de nombreuses actions réflexes, qui parfois sont le point de départ de véritables névroses.

Lorsque ces kystes prennent un certain volume, celui d'une grosse noix, par exemple, ils arrivent à se rompre au point de moindre résistance, c'est-à-dire du côté de l'urèthre. Ils se vident alors et se transforment en poche urineuse, inconvénient très grand pour les malades et auquel il importe de remédier par une opération. Nous en avons vu un certain nombre d'exemples.

C'est dans un de ces kystes profonds du vagin, ouverts dans l'urèthre, que s'est développé, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, le volumineux calcul représenté ici en grandeur naturelle. Avant de rapporter ce cas, voici l'histoire de l'un de ces kystes ouvert dans l'urèthre, observé par moi avant et après son ouverture.

Il y a quelques années, une malade, âgée de quarante-deux ans, exerçant la profession de couturière, vint à ma clinique, se plaignant d'avoir, à l'entrée des organes génitaux, une grosseur qui lui faisait perdre de temps en temps, surtout en voiture, une petite quantité d'urine. L'examen nous fit constater la présence d'un kyste du vagin développé sur la paroi antérieure, en arrière du pubis, sous l'urèthre. Ce kyste, profond, du volume d'une petite pomme, aplati littéralement, formait, en avant, une sorte de ligne saillante, en carène.

Cette tumeur, qui amenait l'occlusion complète de la vulve, n'était point douloureuse au toucher; mais, lorsqu'on la soulevait, la malade éprouvait, du côté du col de la vessie, une sensation qui amenait une impérieuse envie d'uriner et déterminait l'émission de quelques gouttes d'urine.

La malade était dans un état nerveux très grand; elle avait toujours joui d'une bonne santé mais depuis le développement de ce kyste, qu'elle rapportait à deux années, elle était devenue nerveuse, agacée, impressionnable, pleurant facilement, privée de sommeil, ne pouvant plus supporter les rapports du mariage qui lui amenaient, disait-elle, avec une sensation désagréable de chaleur, irradiant du sacrum jusqu'au cerveau, de violentes attaques de nerfs.

Il n'y avait qu'une seule chose à proposer à cette malade, c'était l'ouverture du kyste et sa destruction.

Elle devait revenir huit jours plus tard pour faire pratiquer cette opération, mais elle ne reparut que trois mois après, accusant une modification dans son état maladif.

Depuis quelques jours, disait-elle, sa grosseur avait diminué; mais elle perdait continuellement un peu d'urine, surtout dans l'heure qui suivait le moment où elle avait uriné.

Le kyste, en effet, était devenu flasque, et lorsque, en introduisant le doigt dans le vagin, on le comprimait un peu, un flot d'urine s'échappait par l'urèthre. Une sonde, introduite dans ce canal, me permit de pénétrer dans le kyste et de constater, par conséquent, que la rupture avait eu lieu dans l'urèthre.

Pour faire disparaître cette poche urineuse, sans laisser une fistule uréthro-vaginale, je fis la section, depuis l'orifice du kyste jusqu'à la paroi vaginale antérieure, de toute la portion de l'urèthre située en avant. Le fond du kyste fut bourré d'ouate antisep-

tique, plongée dans une solution de perchlorure de fer au centième et les deux oreilles de la section se cicatrisèrent isolément, sans pouvoir former à nouveau la poche urineuse.

Depuis lors, j'ai observé et traité trois cas semblables; deux ouverts dans l'urèthre, parce que, malgré les souffrances qu'elles éprouvaient, les malades n'avaient pas voulu de l'intervention chirurgicale, en temps utile.

L'une et l'autre ont conservé cette infirmité, pénible surtout par la pseudo-incontinence d'urine qu'elle détermine.

La troisième fut opérée en temps utile. La guérison fut obtenue.

L'uréthrocèle vaginale, passée à peu près sous silence par les auteurs classiques, est une affection assez rare ou, du moins, peu étudiée jusqu'ici. Les faits isolés de Foucher, de Gillette, de G. Simon, de Priestley, de Lawson Tait, ont été réunis, en 1880, par M. Duplay, qui a ajouté deux observations personnelles. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'en observer quelques cas, dont je donne plus loin la relation.

D'après ces quelques documents, on peut donner de l'uréthrocèle vaginale la définition suivante :

Analogue aux poches urineuses qu'on observe assez fréquemment chez l'homme, cette affection consiste en un diverticule de l'urèthre, susceptible de donner accès à l'urine qui s'y accumule à la fin de la miction pour être évacuée un temps plus ou moins long après celle-ci, sous l'influence de la station debout ou des efforts.

Cette poche peut être vidée, par la malade ou par le médecin, au moyen de la compression d'arrière en avant avec le doigt introduit dans le vagin. Il sort alors le plus souvent un mélange d'urine et de pus par le méat.

L'anatomie pathologique de l'uréthrocèle vaginale n'a pas encore pu être faite d'une façon complète, les examens cadavériques manquant totalement.

D'après la description des auteurs, on est conduit à admettre deux variétés :

Tantôt il s'agit d'une dilatation sacciforme de l'urèthre, comme dans les faits de G. Simon, de Foucher et de Gillette, mais c'est là l'exception; dans le plus grand nombre de cas, la poche urineuse communique avec l'urèthre, qui a conservé son calibre normal, par un orifice relativement étroit. Les observations de Priestley, de Lawson Tait, de Duplay et mes observations personnelles rentrent dans cette catégorie.

On a de même beaucoup discuté sur la pathogénie de l'affection qui nous occupe et trois opinions ont été mises en avant. La congénitalité, admise par Lawson Tait, paraît invraisemblable chez la plupart des malades.

Pour quelques auteurs, entre autres M. Duplay, il s'agirait d'une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urèthre, spécialement pendant la grossesse et l'accouchement, lésion ayant déterminé, soit le relâchement des tissus, ce qui expliquerait les cas de dilatation simple, soit une déchirure limitée, permettant la sortie de quelques gouttes d'urine et donnant lieu à la formation d'une poche urineuse, comme on l'observe chez l'homme.

Pour Priestley enfin, l'uréthrocèle serait due à l'ouverture dans l'urèthre d'un kyste développé dans sa paroi inférieure et dans la cavité duquel l'urine pénétrerait ensuite.

C'est à cette dernière opinion que, d'après mon observation personnelle, je crois que l'on peut rattacher le plus grand nombre de cas.

II

Quoi qu'il en soit, l'uréthrocèle vaginale est une affection pénible pour les malades, par la gêne et la douleur dans la miction, l'incontinence d'urine qu'elle entraîne, et surtout par les crises atroces de douleur qui coïncident avec l'état de réplétion de la poche. Si la malade est sujette à la lithiase urinaire, une complication sérieuse, sur laquelle on n'a pas jusqu'ici attiré l'attention, peut survenir et rendre plus difficile l'intervention chirurgicale.

Les graviers s'accumulant dans la poche urineuse finissent par constituer une variété très intéressante de calcul de l'urèthre chez la femme, ainsi que cela résulte de l'une de mes observations. C'est, du reste, à ce propos, que j'ai été amené à faire la digression qui précède sur l'uréthrocèle vaginale.

La disposition anatomique de l'urèthre chez la femme est telle que la sortie spontanée des concrétions urinaires est la règle.

Ce n'est plus comme chez l'homme où les calculs uréthraux, arrêtés dans la portion prostatique ou dans la portion membraneuse, acquièrent un volume parfois considérable. Ils ne peuvent être chassés spontanément plus loin, ils donnent alors lieu à de grandes perturbations dans la totalité de l'appareil urinaire et amènent, en avant et surtout en arrière de leur point d'arrêt, des altérations très variées et le plus ordinairement très graves.

Chez la femme, le canal uréthral, presque droit, court et très dilatable, et dont le calibre est bien rarement le siège de rétrécissements, ne saurait permettre, que dans des conditions particulières, l'arrêt permanent de calculs ou d'agglomération de fragments de graviers.

On en a vu d'assez volumineux s'échapper spontanément. Civiale en a réuni 47 cas et Ségalas mit sous les yeux de l'Académie, le 18 avril 1836, un calcul du poids de 108 grammes, mesurant 0,07 centimètres de longueur, 0,04 centimètres d'épaisseur et 0,05 centimètres de largeur, expulsé spontanément, sans le secours d'aucun agent mécanique, de l'urèthre d'une femme de soixante ans.

La sortie de cette pierre fut suivie d'une incontinence d'urine, qui persista jusqu'à la mort, arrivée deux années plus tard.

Legros en a amené un, en forme d'amande, par la seule pression du doigt introduit dans la vessie (1).

L'introduction d'un corps étranger dans l'urèthre a pu servir d'âme à un gros calcul, resté en place, qui donna lieu, dans une circonstance, aux accidents les plus redoutables. Ce cas intéressant mérite d'être rapporté. Il a été observé par le docteur Lacorbière.

Étant allé en 1828, dit ce confrère, passer quelques jours en province dans ma famille, je fus appelé par l'archiâtre du lieu (une de ces sœurs de la charité dont le dévouement est si connu), près d'une jeune fille de dix-sept ans environ, intéressante et très jolie autrefois, mais alors pâle et défaite, sombre et taciturne, spectriforme, étendue depuis quelques semaines sur un misérable grabat, abandonnée de sa famille même et de tout le monde, hormis la bonne sœur.

Après avoir longtemps examiné, exploré cette pauvre enfant et interrogé ses souvenirs, du moins ce que le public et elle pouvaient et voulaient m'en apprendre, ne découvrant aucune lésion viscérale (thoracique, abdominale ou autre), capable de m'expliquer

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1836, p. 216.

un désordre tel qu'il avait, en aussi peu de temps, métamorphosé en *squelette vivant* cette jeune fille naguère si fraîche et si bien portante, je désespérais d'arriver à une solution satisfaisante. Toutefois, en me représentant les séductions et les agaceries auxquelles avait dû l'exposer sa beauté, et, déjà alors un peu phrénologiste, j'examinai son occiput et le trouvant vraiment hors de proportion avec le reste du crâne, je dirigeai machinalement mes investigations vers les organes génitaux de la malade, qui les cachait avec un soin évidemment dicté par un autre sentiment que celui de la pudeur. Dès lors, je crus avoir le mot de l'énigme; les parties génitales étaient baignées d'une immense quantité de matière épaisse, de couleur jaune et légèrement verdâtre, nauséabonde, etc. Une vaginite au moins et peut-être même une métrite chronique en étaient pour moi probablement la source.

Mais l'exploration attentive de l'utérus et de ses annexes vint de nouveau me confondre.

Hors la portion vulvaire en rapport avec l'écoulement, ils étaient parfaitement sains. Enfin, je perdais courage, d'autant que j'étais suffoqué par l'odeur insupportable que répandait la malade, lorsque, terminant l'examen du vagin, je remarquai, démesurément large et béant, le canal uréthral, d'où me semblait sortir à flots cet écoulement infect. Comme vous le pensez bien, je prononçai aussitôt le mot *pierre*, mais je n'avais pas de sonde sur moi.

Je remis donc au lendemain la vérification de ce nouveau pronostic, vérification à laquelle la malade semblait se refuser tout en paraissant la désirer, retenue qu'elle était par ses instincts d'orgueil et de vanité, tandis que, d'autre part, elle était poussée par l'instinct de la conservation.

Pressé par un sentiment de curiosité, auquel se rattachait surtout le salut de ma pauvre petite malade, j'arrivai chez elle le lendemain de grand matin et quel ne fut pas mon étonnement quand je vis, dans l'urèthre de la jeune fille (qui poussait des cris étouffés et ne se montrait plus si discrète avec moi), un énorme corps étranger sur lequel elle exerçait, depuis plusieurs heures qu'il s'y était engagé, de violents et inutiles efforts. Je le saisis à mon tour, d'abord avec les doigts, ensuite avec une pince à pansements, et, après de nombreuses tractions en tous sens et un léger débridement en haut, j'amenai un étui recouvert dans toute son étendue, hors un point où la pression de la pince le dénuda et le fit reconnaître, d'une substance jaunâtre, inégalement concrétée, et que je suppose être, ne l'ayant pas fait analyser, en grande partie formée de phosphate ammoniaco-magnésien. Sa forme était allongée, ovoïde; sa longueur de trois pouces environ et son épaisseur d'un pouce et demi. Son poids, que je regrette de n'avoir pas fait constater, était assurément de plusieurs onces. Au reste, cet étui doit être encore entre les mains de M. Amussat, à qui, lors de mon retour, je m'empressai de le remettre comme à mon maître et ami, pour joindre à sa riche collection lithique. Quant à la jeune fille qui, malgré toute la reconnaissance qu'elle me porte, n'a jamais voulu me revoir, peu de temps suffit pour lui rendre sa fraîcheur et sa vigueur d'autrefois.

Chez l'homme, un calcul, arrêté dans la portion prostatique ou dans la portion membraneuse de l'urèthre, détermine le plus ordinairement une rétention d'urine. Chez la femme, au contraire, c'est une incontinence, qui persiste parfois après l'extraction du calcul.

C'est particulièrement lorsque l'urèthre et le col de la vessie ont subi une dilatation considérable et prolongée.

Le séjour d'un calcul de l'urèthre chez la femme amène aussi des perforations du canal; on a cité des cas de fistules uréthro-vaginales qui sont restées incurables.

Il est très facile de diagnostiquer la présence d'un calcul de l'urèthre chez la femme. Il suffit, en effet, d'introduire dans ce conduit une bougie élastique ou mieux une sonde de métal pour lever aussitôt tous les doutes. Si, dans bien des circonstances, la question a été méconnue, c'est à l'habitude fâcheuse de quelques médecins, non familiarisés avec le manuel opératoire, qui se contentent de traiter les symptômes accusés par la malade, sans examiner la région, que la chose est due. Le cas du docteur Lacorbière, rapporté plus haut, en est le plus attristant exemple.

Bien mieux que chez l'homme, le pronostic est favorable; il faut cependant prévoir l'incontinence consécutive, que des injections intra-vésicales et l'électrisation de la vessie ne tardent pas à faire disparaître.

Dans les cas de calculs arrêtés dans l'urèthre, le traitement est simple : extraire le calcul à l'aide de la pince à double articulation; le broyer sur place s'il est trop gros; et enfin, le refouler dans la vessie, si la chose se peut faire sans grande résistance.

Mais tout autre est le cas que nous relatons ici. Le calcul a grossi peu à peu dans un kyste extra-uréthral, contigu au canal de l'urèthre et en communication directe avec lui par sa face inférieure. Voici l'exposé de cette observation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Trachéotomie et chloroforme. — M. LE DENTU revient sur la question de la chloroformisation dans la trachéotomie. Il insiste sur ce fait que, dans son rapport, il n'a nullement prétendu, ainsi qu'on a paru le croire, que la chloroformisation dans la trachéotomie fût chose nouvelle. Il s'est borné à déclarer que, très rarement, en France, on a anesthésié les malades dans ces cas.

Il y aurait lieu de s'étonner de cette abstention presque universelle, si elle ne tenait tout simplement à ce que, pour la trachéotomie, la chloroformisation ne s'impose pas comme un bienfait indiscutable.

Il faut cependant qu'on sache bien que, dans certaines conditions, elle est rationnelle.

Il faut que cette idée pénètre dans le corps médical de notre pays, comme elle l'a fait à l'étranger. Si la discussion aboutit à ce résultat, il y aura lieu de s'en féliciter.

M. PEYROT dit qu'il est une autre circonstance où l'on ne se sert pas du chloroforme, et où cependant il peut rendre de grands services, surtout chez les enfants; c'est dans l'amygdalotomie.

Le chloroforme, dans ce cas, facilite singulièrement la tâche du chirurgien, surtout si l'enfant est indocile. Quant aux inconvénients pouvant résulter de l'emploi de cette méthode, ils sont nuls, surtout si l'on se contente d'étourdir les enfants, sans pousser trop loin; dans ces conditions, les réflexes de la déglutition persistent comme à l'état normal, et le sang qui s'écoule de la plaie passe dans l'estomac, sans pénétrer dans les voies respiratoires.

La chloroformisation peut également être utilisée dans l'ablation des végétations du pharynx, et permet de faire en une seule séance ce qui exige d'habitude sept à huit séances.

M. RECLUS a connaissance d'un cas d'amygdalotomie avec chloroforme, dans lequel le sang pénétra dans les voies respiratoires et amena la mort du malade. Le fait n'est pas publié, mais il n'en existe pas moins et montre qu'il faut être très circonspect en pareille circonstance.

Plaies de l'intestin. — M. CHAUVEL fait connaître l'observation suivante, relative à une plaie de l'intestin, adressée par M. Sébastopoulos.

Au mois d'octobre 1880, un homme de trente ans recevait dans le ventre, au-dessous de l'ombilic, une balle de revolver de 5 millimètres 1/2.

La plaie était elliptique, elle contenait des débris de vêtements et donnait lieu à un écoulement de sang mêlé d'un liquide jaunâtre et de gaz. Un 1/2 litre d'urine, rendu à ce moment, montra qu'elle ne contenait pas de sang.

Le malade était dans le collapsus.

L'existence d'une plaie intestinale était incontestable. M. Sébastopoulos se trouvait sur le lieu de l'accident; mais, pris au dépourvu, il n'avait aucun instrument chirurgical à sa disposition. Il n'hésita pas, cependant; il prit des ciseaux ordinaires, fit à l'abdomen une plaie de 15 centimètres, et il ne tarda pas à trouver une anse intestinale sur laquelle était une plaie allongée dont l'étendue était telle qu'il ne fallait pas songer à la suturer sans déterminer un rétrécissement considérable de l'intestin.

M. Sébastopoulos réséqua alors une partie de l'intestin, sutura les deux bouts en adossant les séreuses, lava le péritoine avec de l'eau phéniquée bouillie et chaude, puis il réduisit l'anse herniée. On fit un pansement antiseptique et l'on coucha le malade, que l'on mit à la diète, et auquel on administra de l'opium.

La guérison fut complète, et, moins d'une année après, ce malade avait repris des occupations très pénibles, sans qu'il soit nécessaire de porter un bandage.

Dans un second cas analogue, la direction de la plaie pouvait faire croire à la pénétration, mais les symptômes dont il vient d'être question n'existaient pas. M. Sébastopoulos s'abstint, avec raison, et son malade guérit.

Dans un travail récent, M. Thomas Morton (de Philadelphie) a réuni 57 cas de laparotomie pour traumatisme de l'abdomen. Faite 4 fois jusqu'en 1881, 5 fois avec le cas de M. Sébastopoulos, elle a été pratiquée : 7 fois en 1882, 5 fois en 1884, 13 fois en 1885, 29 fois en 1886, et sans doute quelques faits sont restés ignorés. Cette progression montre que l'intervention devient de jour en jour la règle. Rien que dans ces derniers mois, j'ai relevé 9 cas pour coups de feu par balle de revolver, non compris les cas de MM. Trélat et Pozzi.

Ces 9 cas, en y ajoutant le cas de M. Sébastopoulos, donnent 3 guérisons et 7 morts, soit 70 p. 100 de la totalité, proportion un peu plus élevée que celle donnée par M. Trélat Mais elle est moins forte que celle donnée par Morton, qui, sur 22 cas, relève 5 guérisons et 17 morts, soit 77 p. 100 de la totalité.

C'est en présence de ces chiffres qu'à l'heure actuelle, en Amérique, Varrich, Hamilton, Nuncrète, Tromaire, Bull, Morton, se prononcent en faveur de la laparotomie immédiate dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. La certitude d'une lésion intestinale en pareil cas, la probabilité d'un épanchement, le début d'une péritonite ne sont pas nécessaires pour opérer. Il suffit que la pénétration soit certaine pour que l'indication se présente, et, pour la constater, quelques chirurgiens n'hésitent pas à débrider largement la plaie pariétale, poursuivant au besoin l'incision jusqu'au péritoine y compris, pour examiner de visu ou avec le doigt, et même à l'éponge, l'état des viscères abdominaux.

Cette conduite s'appuie sur la conviction que toute perforation intestinale est fatalement mortelle, sur l'observation, qui montre que chaque minute de retard enlève des chances de succès. Attendre les premiers signes de péritonite, c'est courir au-devant d'un échec; laisser l'épanchement se produire, c'est multiplier le danger. Sur 8 coups de revolver dans l'abdomen, Bull opère 3 fois; il a 1 succès. Dans les 5 cas où il n'intervient pas, il a 5 morts, et l'autopsie montre que l'opération était possible. Tremaine (de New-York) constate qu'en Amérique, il n'y a pas un cas authentique de guérison spontanée.

Les adversaires de l'intervention objectent que les lésions par balle de revolver peuvent guérir spontanément; que le diagnostic de la pénétration est des plus délicats, l'opération souvent très difficile, et que cela augmente *le choc*, accident qui est plus souvent cause de mort que la péritonite avec épanchement.

Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations, la question ne peut encore être résolue; il faut de nouveaux faits avant qu'elle le soit définitivement et, à l'heure actuelle, la seule conclusion à laquelle je me rallie est la suivante :

Toute plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu de petit calibre, avec lésion intestinale vasculaire ou viscérale probable, exige l'élargissement de la plaie, l'exploration des viscères sous-jacents, et, s'il y a lésions constatées, nécessite la laparotomie immédiate.

Voici maintenant un second rapport sur le même sujet :

La conclusion ci-dessus est-elle applicable aux projectiles de guerre?

Pour résoudre cette question, M. Nimier a résumé les faits de plaies par coup de feu de l'abdomen observés au Tonkin :

Sur 109 traumatismes abdominaux, il note : 41 plaies non pénétrantes, avec 40 guérisons; 68 plaies pénétrantes, avec 53 décès; soit 78 p. 100 de mortalité.

Insistant sur les difficultés de l'antiseptie en campagne, sur l'encombrement, sur le choc intense que produisent les balles de guerre, M. Nimier pense que la laparotomie primitive est le plus souvent inexécutable. En ce qui concerne la laparotomie quelque temps après la blessure, M. Nimier fait remarquer que :

38 blessés sont morts dans les vingt-quatre heures, 3 le second jour; 25 survivaient le troisième, et se trouvaient dans des conditions d'intervention possible. Mais si l'on songe que 15 de ces blessés, soit les trois cinquièmes, ont guéri par le traitement médical, il semble absurde de préconiser à leur égard une opération difficile et dangereuse.

Il est vrai que ces magnifiques résultats contrastent singulièrement avec ceux des grandes guerres modernes, et que l'on doit se demander si le diagnostic était exact.

En outre, l'appréciation de la valeur des statistiques, toujours difficile, l'est bien plus encore lorsqu'il s'agit de blessures de guerre, parce que, dans ce cas, le nombre des observations incomplètes, des faits indéterminés, y dépasse parfois celui des résultats précis.

Ainsi, analysant à mon tour les cas de M. Nimier, je remarque que, des 38 cas de plaies pénétrantes ayant amené la mort dans les vingt-quatre heures, 3 se rapportent à des éclats de bombes, avec lésions complexes si graves, que la mort est arrivée en une heure. Des 35 restants, 16 sont morts le jour même, 15 le lendemain, c'est-à-dire après plus de 12 et peut-être 20 heures, ce qui, avec les 12 ayant survécu plus de 24 heures, donne 27 blessés sur lesquels on avait le temps de faire la laparotomie.

D'un autre côté, sur les 15 guéris, 4 ont été portés évacués, et par conséquent la guérison est contestable.

Il résulte de cet examen que la fréquence de la mort rapide est moins grande, que ne semble l'admettre M. Nimier, le nombre des guérisons doit être diminué, et la statistique n'est pas aussi favorable à l'abstention que l'auteur semble le croire. Cette conclusion s'impose d'autant plus que les détails de nos observations font défaut, et que le siège de la blessure n'est pas toujours précisé avec exactitude. Dans quelques cas seulement l'issue des matières prouve la perforation; dans le plus grand nombre de cas, rien ne prouve la pénétration admise.

M. RECLUS fait en ce moment une série d'expériences sur les plaies intestinales, et son intention est de faire connaître les résultats à la Société d'ici peu. A l'heure actuelle, il se contentera de quelques remarques.

Il fait remarquer d'abord que nous n'avons pas de bonnes statistiques : il lui paraît impossible, en effet, que les plaies du ventre, produites par armes à feu durant la campagne du Tonkin, aient donné les résultats favorables que l'on vient d'entendre, alors qu'en Amérique, dans les mêmes conditions, la mortalité a été plus élevée.

Il est possible qu'on se soit trompé dans les deux cas et peut-être la vérité est-elle dans une statistique intermédiaire, mais c'est là un point que l'avenir seul nous permettra d'établir.

Si les statistiques sont difficiles à établir lorsqu'il s'agit de plaies de guerre, c'est bien pire lorsqu'il s'agit de plaies par balles de revolver.

En pareille circonstance on doute toujours du diagnostic et l'on ne croit pas utile de publier l'observation; MM. Verneuil, Tillaux et

moi-même nous connaissons un certain nombre de cas de ce genre dont les statistiques ne tiennent pas compte et qui pourraient diminuer dans une certaine mesure la proportion des insuccès.

Lorsque la plaie est pénétrante, on peut être à peu près sûr qu'elle a intéressé l'intestin; c'est du moins ce qui résulte des expériences que je fais en ce moment.

Mais ce n'est pas à dire pour cela, que l'épanchement des matières intestinales ne peut être évité.

J'ai toujours constaté que les lèvres de la plaie revenaient sur elles-mêmes, que la muqueuse faisait bouchon, et qu'il n'était sorti ni gaz ni matières. Il est probable que c'est ainsi que les choses se passent généralement sur le vivant, à moins, bien entendu, que celui-ci ne soit, comme le malade de M. Trélat, obligé de se promener plusieurs heures avant d'entrer à l'hôpital.

Nos expériences sur les chiens nous ont, en outre, permis de constater ce que Malgaigne avait déjà observé, à savoir que les phénomènes qui suivent la lésion de l'intestin varient beaucoup suivant que cet intestin était ou n'était pas vide. En cas de vacuité, le danger d'issue de matière par la plaie, est infiniment moins grave, et les plaies guérissent très vite, tandis que en cas contraire, l'épanchement des matières dans le péritoine ne tardait pas à provoquer une péritonite aussi grave que celle qui se produit chez l'homme.

Cette dernière circonstance est extrêmement importante : elle nous montre que l'on peut conclure du chien à l'homme, et que l'on peut espérer voir guérir ce dernier sans complication toutes les fois que le projectile tombe sur une partie d'intestin en état de vacuité. Elle nous démontre également la nécessité d'obtenir le repos le plus absolu de l'intestin blessé, puisque les mouvements de cet organe auraient pour résultat de conduire les matières qu'il contient jusqu'au voisinage de la partie blessée.

Les plaies que nous avons produites étaient le plus souvent multiples, les unes étaient petites, d'autres étaient grandes, suivant que l'une avait été abordée directement ou en écharpe par le projectile. Sur un de nos chiens, la péritonite qui a causé la mort était la conséquence d'une petite plaie, alors qu'une plus étendue était oblitérée. Ceci semblerait indiquer que l'étendue de la plaie n'est pas toujours une contre-indication à l'abstention.

Autre détail : plusieurs fois, nous avons essayé de suturer l'intestin blessé et nous avons constaté que cette suture nous obligeait à empiéter assez notablement sur les parties saines voisines de telle sorte que chaque fois nous nous sommes trouvé obligé de créer un rétrécissement analogue à celui que M. Pozzi a observé sur son malade.

M. KIRMISSON. Cette question des plaies pénétrantes de l'abdomen étudiée surtout en Amérique, tend de plus en plus à être résolue dans le sens de la laparotomie préventive, et celle-ci ne sert plus seulement à suturer l'intestin blessé : elle a permis d'arrêter une grave hémorrhagie des vaisseaux mésentériques, d'enlever des caillots, des corps étrangers, vêtements ou autres objets, entraînés par le projectile.

M. CHAUVEL n'a pas grand'chose à répondre à ses collègues, il se bornera à leur faire remarquer que la question des plaies pénétrantes de l'abdomen est encore à l'étude et que c'est surtout à ce point de vue qu'il y aurait grand intérêt à publier les faits intéressants dont il a été question dans ses deux rapports.

La séance est levée.

Séance du 27 avril 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Divers cas de chirurgie. — M. POLAILLON fait un rapport sur cinq observations adressées par M. Féret (de Meaux).

Première observation. Taille articulaire pour l'extraction d'un corps étranger du genou, chez un homme de 38 ans ; précautions antiseptiques, fermeture complète de la plaie sans drain ; immobilisation dans un appareil, guérison rapide. Le corps étranger était constitué par des tissus cellulo-adipeux.

Deuxième observation. Hernie inguinale étranglée, cure radicale ; excision du sac, ablation du testicule. M. Polaillon reproche à M. Féret cette ablation qui aurait pû être évitée.

Troisième observation. Ablation d'un utérus complètement inversé.

Quatrième observation. Pyométrite consécutive à un accouchement ; injections au permanganate de potasse, guérison.

Cinquième observation. Fracture du crâne, méningo-encéphalite, mort. A l'autopsie on trouve une fracture et un enfoncement considérable des os du crâne au-dessus de l'arcade sourcilière du côté gauche, fracture irradiant sur le rocher, le temporal et le pariétal du même côté; il y avait en outre deux fractures par contre-coup.

M. Polaillon fait un autre rapport sur un cas de fibrome utérin compliquant une grossesse et ayant amené la mort par asphyxie, adressée par M. Bersiguez (de Tours).

Étranglement interne. — M. VERNEUIL communique l'observation d'une femme de 52 ans, d'une bonne constitution habituelle, qui fut prise de constipation le 8 avril. Elle avait déjà été prise plusieurs fois de crises semblables. Le 9 avril, pas de selles, des coliques apparaissent ; M. Thomas (de Tours) fait administrer des laxatifs et des lavements sans effets. Les douleurs vont en augmentant et surviennent par crises extrêmement violentes ; M. Verneuil conseille les douches abdominales gazeuses et l'électricité. On avait cru remarquer une tuméfaction au niveau de la partie latérale gauche de l'abdomen. On applique des sangsues ; toutes ces médications restent sans résultat. M. Verneuil arrive le 14 avril à Tours pour pratiquer l'entérostomie.

Il n'avait pas passé une parcelle de gaz depuis le 8 avril. M. Verneuil pratique sur le bord gauche du muscle grand droit une petite boutonnière pour glisser son doigt dans l'abdomen ; il fait une exploration assez étendue ; il ne sent ni brides, ni adhérences, ni dûreté, ni accumulation de matières. Ayant alors amené une anse d'intestin au niveau de la plaie, il fait la suture selon le procédé de Nélaton et incise, il sort quelques gaz et quelques matières fécales liquides. Pansement de Lister.

Les douleurs cessèrent instantanément, la malade dormit ; le soir elle avait 38 degrés. Le lendemain la fièvre tomba, le soir il se fit par les voies naturelles une débâcle très considérable et on trouva des pépins de figues en quantité énorme ; les selles continuèrent par les voies naturelles. M. Verneuil conseilla alors de supprimer l'anus artificiel et d'en tenter la guérison spontanée. Cette malade est actuellement en voie de parfaite guérison.

En cas de diagnostic incertain, M. Verneuil pense que le plus pressé est de donner un libre cours aux matières par l'entérostomie qui est une opération peu grave avec les précautions antiseptiques. Seulement il ne faut pas attendre trop longtemps ; il faut autant que possible intervenir avant la production de la péritonite. L'entérostomie, dans ces cas, nécessite habituellement une seconde opération, la suture de l'intestin qui est sans aucune gravité.

Étant donné une obstruction intestinale, dont on ne connaît pas la cause, et qui a résisté aux moyens ordinaires, il faut intervenir, soit par la laparotomie ou même encore par l'entérostomie, opération peu grave, qui soulage instantanément les malades et qui laisse une petite difformité facile à corriger.

M. Verneuil s'est trouvé récemment en présence d'une autre difficulté, il s'agissait d'une femme de cinquante ans, qui était prise d'accidents d'obstruction intestinale due à la présence d'un gros fibrome abdominal. Cette malade souffrait beaucoup ; le fibrome étant adhérent partout, M. Verneuil ne songea même pas à son ablation. Il se contenta de faire un anus iliaque. La malade présentait, dans la région du cœcum, dans la fosse iliaque droite, une tumeur stercorale considérable en voie d'inflammation.

M. Verneuil fit l'anus artificiel sur la fosse iliaque gauche, sans se préoccuper du bouchon stercoral. La formation de l'anus iliaque a été aussi simple que possible, il n'est rien sorti ; mais la

douleur et les angoisses ont cessé immédiatement. Le troisième jour, les envies d'aller à la garde-robe apparurent et la malade eut un véritable accouchement de matières stercorales, dures et considérables; depuis l'établissement de l'anus contre nature, l'amélioration s'est accentuée chaque jour.

M. Verneuil a soigné avec M. Hérard une malade atteinte d'un abcès énorme de la fosse iliaque gauche, compliquant une tumeur de cette région. Cette tumeur grossit, comprima l'S iliaque et amena de l'obstruction. M. Verneuil propose donc de faire un anus contre nature. Où fallait-il le pratiquer ? C'est là qu'était la difficulté. M. Verneuil se décida à ouvrir l'intestin au-dessus de la tumeur, cet anus fonctionne absolument bien.

Trachéotomie et chloroforme. — M. **CASTEIX** fait une communication sur un cas de trachéotomie avec chloroforme chez l'adulte. (Comm. M. Le Dentu.)

Ostéotomie. — M. **DOYEN** (de Reims) communique deux cas d'ostéotomie pour genu valgum.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 avril 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Barois, en remplacement de M. Sabathier, décédé; désigné pour le 76e régiment d'infanterie; Chavasse, en remplacement de M. Thomas, retraité; maintenu dans ses fonctions de professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Médieux, en remplacement de M. Rousset, démissionnaire; maintenu au 3e tirailleurs algériens; Descours, en remplacement de M. Raynaud, mis en non-activité; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Fix, en remplacement de M. Barois, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Rouget, en remplacement de M. Chavasse, promu; désigné pour le 56e d'infanterie.

— Par décret, en date du 29 avril 1887, l'intérim du ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, confié à M. René Goblet, président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, prend fin à dater de ce jour.

— Par décision ministérielle, en date du 25 avril 1887, ont reçu les affectations ci-après indiquées savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Paoli, désigné pour l'hôpital militaire des Colinettes.

MM. les médecins-majors de première classe Jeunehomme, désigné pour la compagnie de gendarmerie de la Seine; Jeanmaire, désigné pour l'hôpital militaire de Belfort; Ramonet, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Nicaud, désigné pour le 4e régiment du génie; Martino, désigné pour l'hôpital militaire d'Ajaccio; Baudouin, désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan; Aubry, désigné pour le 31e d'artillerie; Bonhomme-Lacour, désigné pour le 78e d'infanterie; Roberdeau, désigné pour le 32e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fluteau, désigné pour le 138e d'infanterie; Mussat, désigné pour le 120e d'infanterie; Isambert, désigné pour le 43e d'infanterie; Cassedebat, maintenu à l'hôpital militaire de Marseille; Lelong, désigné pour le 1er chasseurs à cheval; Torio, désigné pour le 14e dragons; Bodinier, désigné pour le 16e bataillon d'artillerie de forteresse.

MM. les médecins aides-majors de première classe Farcy, désigné pour le dépôt du 1er cuirassiers; Schoull, désigné pour le 91e d'infanterie; Roux, désigné pour le 2e chasseurs d'Afrique; Mosimann, désigné pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; Raynal, désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Dumontier, désigné pour le 128e d'infanterie; Billet, désigné pour l'école de Saint-Cyr; Galibern, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Bonnery, désigné pour l'École militaire préparatoire de l'artillerie et du génie de Billom; Buot, désigné pour le 25e dragons; Ohier, désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Loison, désigné pour les hôpitaux militaires de Tunisie.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Cothon, désigné pour l'hôpital militaire de Vincennes; David, désigné pour l'hôpital militaire de Marseille.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Karcher, désigné pour l'hôpital militaire de Sedan; Bréant, désigné pour l'hôpital militaire de Toulouse; Martaud, désigné pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. le pharmacien aide-major de première classe Bosc, désigné pour l'hôpital militaire d'Ajaccio.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. le docteur Letulle, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de l'institution Sainte-Périne.

— L'Académie de médecine pose, pour les concours de 1888 du prix de l'hygiène de l'enfance (1 000 francs), la question suivante : « Des paralysies dans les deux premières années de la vie; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie, avant le 1er mars 1888.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bonvallet, ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, décédé le 25 avril 1887, dans sa 82e année.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, à l'hospice des Enfants-Malades, le vendredi 6 mai, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin.

Consultation le mercredi à neuf heures et demie.

— M. Vassaux, chef du laboratoire de clinique ophthalmologique de M. le professeur Panas, commencera des démonstrations à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, le jeudi 12 mai 1887, à quatre heures, et les continuera les samedis et les jeudis suivants à la même heure.

Ces démonstrations seront faites au moyen de projections à la lumière électrique.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical, par le docteur J. BŒCKEL, in-8° de 90 pages, avec 2 planches, prix : 2 francs. — Félix Alcan, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21088

ANALYSE D'AVRIL DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'avril a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.034
	gr.	
Beurre par litre	51.100	
Albumine	10.560	
Caséine	22.840	
Sucre de lait	58.000	
Sels	8.600	
Total des matières fixes	151.100	151.100
Eau		882.900

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.650
Acide sulfurique	0.130
Chaux	1.940
Magnésie	0.180
Potasse	1.800
Soude	0.940
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.960
Total	8.600

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

36

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

91

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules* ; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie,* MM. les *[di]ées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

[Em]ployées dans les Hôpitaux de Paris. — gné pour le [...]t annuaire du profesr BOUCHARDAT.

91e d'infanteri[e]

33

Mosimann, dési[...] de-Grâce ; Raynal,

[...]SIE, BRONCHITES

[...]RHES PULMONAIRES

[...]ITEMENT CURATIF

[...]TIONS SOUS-CUTANÉES DE

[...]YPTINE LEBRUN

[...]entrale, fg Montmartre, Paris.

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

97

ENVOI D'ÉCHANTILLONS

PANCRÉATINE DEFRESNE

Expérimentée et adoptée officiellement par la Marine française et les Hôpitaux de Paris.

La **PANCRÉATINE** *est le digestif le plus puissant et le plus complet, puisqu'elle transforme simultanément : 30 gr. albumine, — 11 gr. corps gras, — 10 gr. amidon.*

La forme sous laquelle la **Pancréatine** doit être administrée n'est pas indifférente *:*

Si l'on veut agir sur la digestion en cours, la **PANCRÉATINE DEFRESNE** *doit être administrée à la fin des repas, sous forme de* **PILULES** *enrobées de cire et de sucre.*

Ces pilules se dissolvent trois heures plus tard au milieu du chyme qui ne contient alors que des acides organiques, dont la **Pancréatine** n'a rien à redouter. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, t. LXXXIX, 1879.)

Si l'on veut agir sur les glandes et activer les sécrétions salivaire et pancréatique, la **PANCRÉATINE** *doit être administrée au commencement des repas à l'état de* **POUDRE :**

Elle tombe alors au milieu du suc gastrique pur qui contient de l'acide chlorhydrique ; dans ce cas, la **Pancréatine** est absorbée « in situ » ; elle passe dans la circulation à l'état de zymogène qui devient, dans le foie, une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène ; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon, et, dans la rate une zymase qui, transmise au pancréas, double l'activité du suc pancréatique. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, 3 mai 1886.)

En outre de ces considérations théoriques, les observations cliniques de M. le professeur POTAIN et celles de M. H. HUCHARD autorisent certainement le praticien à recourir à la **Pancréatine** dans les dyspepsies en général, et dans la dyspepsie duodénale, en particulier.

Doses :

2 à 4 cuillerettes de PANCRÉATINE DEFRESNE.
3 à 5 pilules de PANCRÉATINE DEFRESNE.
DÉPÔT : 2, rue des Lombards, et toutes phcies.

64

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

72

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs, très imités et contrefaits.**

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

68

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Injecteur rectal gazogène du Dr DIBOT pour le traitement préconisé par le Dr BERGEON.

Prix, **25** fr. ; remise, 20 p. 100.

Phie LEBRUN, 47, rue Lafayette, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas

39

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que :

Hémorrhoïdes, Bile,
Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal
et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes ; les dames avant et après les couches ; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours. La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . . *2 fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Nº 55. — MARDI 3 MAI 1887. 60e ANNÉE MARDI 3 MAI 1887. — Nº 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 2 mai 1887.

MORT DE M. GOSSELIN

L'un de nos plus éminents et de nos plus sympathiques confrères, l'un des plus dignes représentants de la chirurgie française de nos jours, M. Léon Gosselin, vient de mourir. Il a succombé à la longue et douloureuse maladie contre laquelle il luttait avec une rare résignation depuis longtemps, et qui, depuis plusieurs semaines, le tenait éloigné du fauteuil présidentiel de l'Académie des sciences, qu'il occupait depuis le 1er janvier dernier, et de son siège à l'Académie de médecine, où nous aimions à le voir reparaître, de temps en temps, dans les intervalles d'accalmie que lui laissaient ses douleurs.

La haute situation qu'occupait depuis longtemps M. Gosselin dans la science et dans l'enseignement : successivement chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine, chef des travaux anatomiques, professeur de pathologie externe, professeur de clinique chirurgicale, membre des Sociétés anatomique et de biologie, de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, est assez connue de tous pour que nous ayons à peine besoin d'énumérer ici tous ces titres. Mais ce que nous tenons à rappeler en ce moment, c'est le souvenir de cette longue carrière pleine de dignité, vouée à un travail presque incessant, de ces hautes fonctions remplies avec une assiduité et un zèle incomparables, de ces savantes leçons dans lesquelles il initiait ses élèves aux difficultés pratiques de la chirurgie, versant en quelque sorte à pleines mains dans leur esprit les trésors de ses profondes connaissances en anatomie et en pathologie et de sa grande expérience, avec cette méthode, cette clarté et surtout cette sagesse dans les jugements comme dans les motifs déterminants de sa pratique, restée en quelque sorte comme un souvenir traditionnel de ses illustres prédécesseurs dans cette même chaire de la Charité : Velpeau et Boyer.

Loin que les exigences d'un enseignement de cette durée et de cette importance aient absorbé toute l'activité intellectuelle de M. Gosselin, on ne sait pas moins tout le parti qu'il a su tirer du peu de loisir qui pouvait lui rester. L'énumération seule de tout ce qu'il a publié, comme de toutes les communications qu'il a faites pendant cette même période, prendrait plus de place que nous n'en pouvons disposer ici. Qu'il nous suffise de rappeler sa coopération avec Aug. Bérard d'abord, puis avec Denonvilliers, au *Compendium de chirurgie pratique*, d'où a été extrait, en un tirage à part, un *Traité des maladies des yeux;* la traduction du savant *Traité pratique des maladies du testicule* de Curling, avec une introduction et des notes où il a consigné ses recherches personnelles sur ce même sujet (en 1857); ses *Leçons sur les hernies abdominales* faites à la Faculté de médecine en 1865, recueillies et publiées par M. le docteur L. Labbé; ses *Leçons sur les hémorrhoïdes* (1866); la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.* Dans cette vaste collection de faits cliniques, discutés, commentés, éclairés par des résultats pratiques constatés, il s'est proposé surtout pour but de faire savoir comment devait être compris, suivant lui, l'enseignement clinique, c'est-à-dire la leçon faite à l'amphithéâtre, après la visite des salles, complément même de cette visite pour l'instruction des élèves, où pour chacun des sujets atteints d'affections différentes devait être développé tout ce qui concerne l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et le traitement; il s'est proposé aussi de montrer dans quelle mesure s'appliquent à chaque malade en particulier les données anatomiques, physiologiques, histologiques et expérimentales fournies par la science actuelle. Des trois volumes dont se compose la *Clinique chirurgicale de la Charité* et qui ne comprennent pas moins de 139 leçons, le premier traite de quelques généralités sur l'observation en chirurgie, les pansements, l'anesthésie (questions à l'ordre du jour), la consolidation des fractures, les maladies chirurgicales de l'adolescence) sur lesquelles les recherches personnelles de l'auteur ont jeté une lumière nouvelle. Les deux autres volumes renferment des considérations sur le cadre presque tout entier des affections chirurgicales.

Parmi les innombrables travaux spéciaux, monographies, recherches expérimentales, publiés dans les recueils de médecine et de chirurgie, il nous faudrait citer, presque au hasard, ses *Recherches cliniques sur la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin,* ses *Études sur la micrographie appliquée à l'anatomie pathologique*, ses *Études sur les rétrécissements de l'urèthre,* sur l'*Opération de la cataracte par abaissement*; son mémoire sur les *Oblitérations des voies spermatiques;* ses *Recherches sur les kystes de l'épididyme;* sur le-

Kystes synoviaux de la main et du poignet, etc., etc. Pour ne citer enfin que ses travaux les plus récents, ceux qu'il a publiés depuis sa retraite, il suffirait de rappeler les *Nouvelles Recherches sur le mode d'action des antiseptiques dans le pansement des plaies* (avec la collaboration de M. Bergeron), communiquées à l'Académie des sciences, en août 1883; sa lettre sur l'*État fonctionnel du triceps fémoral à la suite des fractures transversales de la rotule* (in *Archives de médecine*, 1884); sa lettre sur le *Traitement de l'hématocèle* (même recueil, 1885). Ses diverses études expérimentales récentes, sur les antiseptiques, et notamment celles relatives au pansement avec le sous-nitrate de bismuth (son dernier travail, croyons-nous), pour montrer ce qu'il y a eu encore d'activité dans son repos.

Les discours qui seront prononcés au sein des Sociétés savantes dont il faisait partie en diront beaucoup plus et avec beaucoup plus d'autorité que nous n'avons pu le faire sur l'œuvre comme sur la vie si bien remplie du regrettable savant. Ce que nous tenons à rappeler surtout, c'est l'affabilité et la bonté inépuisable qu'ont pu apprécier en lui tous ceux qui, comme nous, ont eu l'avantage de le voir de près et dans l'intimité.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

Colotomie iliaque et colotomie lombaire.

J'ai examiné ce matin, entre autres malades, une femme de cinquante-neuf ans, sur laquelle j'ai surtout appelé votre attention, et qui, forte, vigoureuse, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents morbides, est atteinte cependant d'un mal mortel et à très brève échéance.

Elle se plaint, depuis cinq mois seulement, d'être malade, d'aller très difficilement à la selle. Le toucher rectal permet de reconnaître, au-dessus d'un anus sain et d'une région sus-ampullaire indemne également, l'existence, à 5 centimètres de distance, de villosités saignantes laissant écouler une sanie rougeâtre et reposant sur une muqueuse saine. Puis, au-dessus encore, on trouve une masse dure, mamelonnée, en rapport avec le sacrum sur lequel elle paraît s'implanter, refoulant le rectum et la matrice et oblitérant le cul-de-sac vaginal postérieur. Cette masse, qui siège surtout du côté gauche, forme une sorte de promontoire. Aussi serait-il bizarre de voir cette femme conserver encore les apparences d'une forte santé, si nous ne savions que la défécation, quoique difficile chez elle, est encore possible et que les troubles fonctionnels sont encore très légers.

Elle éprouve des douleurs dans le petit bassin qui irradient vers la racine des cuisses, ainsi que des épreintes, de faux besoins.

En présence d'une tumeur dont la nature cancéreuse ne laisse aucun doute, quelle peut être notre intervention? L'extirpation de sa tumeur? La chose n'est pas impossible, mais c'est là une de ces opérations auxquelles on ne songe jamais en France, lorsque la tumeur n'est pas nettement circonscrite ni mobile sur les parties environnantes et que, de plus, elle est pour ainsi dire inaccessible, du moins sans d'énormes dégâts. En Allemagne, au contraire, où l'on se livre volontiers à des débauches opératoires, on n'hésite pas à aller jusqu'à réséquer le sacrum, quitte à faire une brèche énorme, opération le plus souvent suivie de récidive avant que la plaie ait eu le temps de se cicatriser, sans compter tous les dangers de l'opération elle-même.

En France, il n'est pas un chirurgien qui voudrait tenter une pareille opération; on n'opère que les cancers de l'extrémité inférieure du rectum, de telle sorte qu'en face d'une tumeur comme celle de la malade d'aujourd'hui nous n'avons que le choix entre la rectotomie linéaire ou la création d'un anus artificiel.

La première est certainement une bonne opération, sans gravité; mais deux objections peuvent lui être faites : la première c'est que, lorsqu'on a ouvert le rectum pour combattre le rétrécissement, il arrive fréquemment que le cancer continue sa marche envahissante, détermine un nouveau rétrécissement, lequel exige une nouvelle opération. Mais chez notre malade, la rectotomie n'est pas possible, vu la hauteur à laquelle le cancer siège dans le rectum. Il ne nous reste donc, comme opération à tenter, que la création de l'anus artificiel, opération très bonne, si bonne même qu'en Angleterre on la considère comme l'opération de choix, en ce qu'elle donne une survie plus longue que la rectotomie et moins de chances de récidive.

En effet, la création de l'anus artificiel fait cesser en pareils cas toute obstruction intestinale, par suite les douleurs auxquelles celle-ci donnait lieu, et, de plus, la tumeur cancéreuse n'étant plus sujette à être incessamment heurtée par le bol fécal, à être irritée par les contractions des muscles du petit bassin, rentre dans le repos, de là un processus néoplasique moins rapide, et par conséquent la possibilité d'une survie plus grande de quelques années.

J'ai actuellement, avec M. Verneuil, quatorze observations d'anus artificiel et dans la plupart d'entre elles les malades survivent encore et sont même dans un état de bonne santé relative.

Mais la question est de savoir quel genre d'anus artificiel on doit créer, iliaque ou lombaire. En Angleterre on a généralement recours à l'anus lombaire, en France on est divisé en deux camps, l'un dans lequel se trouve M. Trélat qui préconise l'anus lombaire, l'autre qui lui préfère l'anus iliaque. J'opine absolument pour ce dernier avec M. Verneuil, avec qui j'ai publié, au Congrès français de chirurgie de 1885, un travail sur l'étude comparative des anus artificiels iliaque et lombaire. Reprenons donc brièvement cette comparaison.

Les partisans de la colotomie lombaire invoquent, en faveur de cette opération, cinq arguments d'importance fort inégale d'ailleurs :

1° L'anus d'Amussat, situé en arrière comme l'anus normal, constituerait une infirmité moins dégoûtante et mieux tolérée par les malades. Cet argument tombe à faux en présence des observations rapportées par les auteurs. Il me suffira pour le prouver de citer des faits de création d'anus iliaque qui n'ont pas empêché des femmes de se marier, de remplir leurs devoirs conjugaux, ou bien de prendre une part active à la vie mondaine, où rien ne pouvait faire soupçonner leur infirmité. De plus, à l'âge où le plus souvent la tumeur cancéreuse exige semblable opération, les malades ont doublé le cap de Cythère et se préoccupent peu du siège de leur anus artificiel. Mais cet anus iliaque même a l'avantage, au point de vue des soins de propreté, de se trouver dans le champ de la vision de l'opéré. L'argument invoqué par les partisans de la colotomie lombaire se retourne donc contre eux, aussi préférons-nous, sans hésitation, à l'anus d'Amussat l'anus iliaque qui se trouve placé sous les yeux et sous les mains de l'opéré.

2° L'anus lombaire est moins exposé au renversement

de la muqueuse et aux rétrécissements consécutifs. Or, cet argument n'est pas exact et les partisans de chacun de ces anus artificiels citent des observations de renversement aussi considérable et aussi fréquent dans l'un et l'autre cas. D'ailleurs la hernie de la muqueuse au travers de l'orifice artificiel ne tient pas à la région, il tient à l'étendue même de cet orifice, car plus l'anus est large, plus facile est la procidence. Il en est de même du rétrécissement qui n'est pas plus fréquent dans l'anus iliaque que dans l'anus lombaire ; comme la procidence, il est indépendant de la région. Il est dû en réalité à la sclérose des couches aponévrotiques et des muscles traversés par l'orifice artificiel, et peut aller quelquefois jusqu'à l'occlusion presque complète. Mais dans les deux cas le fait est rare. D'ailleurs, si les moyens ordinaires employés pour le combattre échouaient, il suffirait de recourir à un petit spéculum imaginé par M. Paul Segond, qui permet de dilater le rétrécissement et de pallier ainsi à un inconvénient, d'autant plus délicat à prévenir que le chirurgien oscille entre deux écueils : ouverture intestinale trop étroite et, par suite issue difficile des matières fécales ; ouverture trop large et, comme conséquence, prolapsus énorme de la muqueuse. Le second argument ne me paraît donc avoir aucune valeur.

3° La coudure brusque, imprimée à l'intestin pour l'amener à fleur de peau, à travers l'épaisseur des téguments incisés, amène, dans la colotomie lombaire, la formation d'un éperon saillant qui conduit le bol fécal au dehors et empêche son passage du bout supérieur dans l'inférieur. Cet argument a une valeur plus grande, car il est parfaitement vrai qu'il arrête les matières fécales et les empêche d'aller s'accumuler dans le bout inférieur et y déterminer des accidents graves, voire même la rupture de l'intestin. Mais il faut bien savoir que cet éperon n'empêche pas toujours quelques matières de passer dans le bout inférieur. Alors on a proposé d'oblitérer ce bout inférieur par une suture, tandis que le bout supérieur serait fixé à la paroi abdominale au pourtour de la plaie. La conception était bonne, mais les sécrétions de la muqueuse intestinale continuent entre l'extrémité suturée du bout inférieur et la masse cancéreuse, ne pouvant franchir l'obstacle formé par cette dernière, il en résultait de la distension, une inflammation diffuse, une rectite, enfin la rupture de l'intestin. C'est alors que M. Verneuil et moi nous avons proposé un procédé — procédé aussi bien applicable dans la région iliaque que dans la région lombaire — qui consiste à juxtaposer deux orifices, l'un supérieur, par où s'écoule la totalité des matières fécales ; l'autre inférieur, qui permet l'issue des sécrétions muqueuses et dont le lavage peut être au besoin pratiqué.

Si donc, autrefois, l'argument tiré de la formation de l'éperon dans la colotomie lombaire était assez sérieux pour militer en faveur de cette opération, aujourd'hui il n'en est plus ainsi grâce au procédé que M. Verneuil et moi nous employons, dans l'opération de l'anus iliaque, car il crée aussi une sorte d'éperon, supérieur même à celui de la colotomie lombaire.

J'ajoute cependant que ce procédé, excellent dans le cancer du rectum et dans les cas de fistule vésico-intestinale, ne doit pas être employé, lorsque l'on espère pouvoir rétablir, plus tard, la perméabilité des voies naturelles. Dans ce dernier cas, on aura recours à l'ancien procédé, où l'on suture à l'incision abdominale l'S iliaque simplement tangente à la paroi.

4° Le quatrième argument invoqué par les partisans de la colotomie lombaire ou anus d'Amussat est le suivant : le côlon descendant, appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par la lame péritonéale qui passe au-devant, est plus fixe que l'S iliaque, mobile grâce à son mésocolon et facilement déplacée. Or, ceci n'est pas exact, c'est de la pure théorie, ainsi que l'ont démontré les recherches d'un certain nombre d'auteurs, contrairement aux assertions d'Huguier, qui a commis une véritable erreur anatomique. C'est ainsi que Giraldès a constaté, sur un relevé de 50 opérations de Littre ou anus iliaque, que l'S iliaque avait toujours été rencontrée à gauche, à sa place normale.

Par contre, il n'en est pas toujours ainsi dans l'opération d'Amussat et M. Trélat lui-même, dans une communication remarquable qu'il fit au congrès de Copenhague, sur le traitement du cancer de l'anus et du rectum, a reconnu que, sur 7 colotomies lombaires pratiquées par lui, deux fois il ne put trouver le côlon en son lieu et place ordinaire, et par suite ces deux opérés succombèrent; des cinq autres malades, quatre obtinrent une survie considérable. Ainsi donc, voici un des opérateurs les plus sagaces et les plus habiles cependant qui manque 2 fois sur 7 le côlon descendant. Curling et Erskine Mason citent des faits semblables qui leur sont arrivés ou qui sont parvenus à leur connaissance; Smith éprouva aussi pareille déconvenue, etc., etc.

C'est absolument le contraire dans l'anus iliaque où, sauf le cas de Robert qui ne put trouver l'S iliaque, le gros intestin a toujours été saisi à sa place normale. Ici, d'ailleurs, l'opération est des plus simples : incision parallèle à l'arcade de Fallope et au-dessus d'elle, et apparition de l'intestin ; si cette anse est rose, bien calibrée, régulière, c'est l'intestin grêle et il suffit de la refouler en haut pour trouver au-dessous le gros intestin ; si l'anse est blanche, irrégulière, avec franges épiploïques à sa surface, c'est l'S iliaque. Sur les 14 colotomies iliaques qui appartiennent à M. Verneuil et à moi, 14 fois nous avons trouvé l'S iliaque avec la plus grande facilité. D'autres statistiques arrivent aux mêmes proportions : 20 fois sur 20 cas dans l'une ; 34 fois sur 34 cas dans l'autre. Ces chiffres montrent combien l'argument invoqué par les partisans de la colotomie lombaire tourne contre leurs auteurs.

5° J'arrive au cinquième et dernier argument que voici et qui, je l'avoue, m'avait autrefois rallié : Le péritoine, ouvert dans l'anus inguinal, est respecté par la colotomie lombaire, de ce fait beaucoup moins dangereuse. Mais, aujourd'hui, nous connaissons l'innocuité de l'incision du péritoine ; ce n'est donc pas là qu'est le danger. M. Trélat l'a dit lui-même, lorsque dans la colotomie lombaire, la séreuse a été ouverte, il n'y a eu danger que dans les cas où l'opération a été longue, hésitante, irrégulière, et que l'on a peut-être placé l'anus sur l'intestin grêle. De plus, si les statistiques nous montrent que la léthalité est sensiblement la même dans la colotomie lombaire que dans la colotomie iliaque soit de 30 p. 100 dans les cas de cancer ano-rectal, cependant je dois faire remarquer qu'il y a dans cette égalité de la proportion des morts une erreur sérieuse au détriment de l'anus iliaque, car l'on a confondu sous un même chapitre l'entérotomie de Nélaton et la colotomie iliaque, c'est-à-dire l'ouverture de l'intestin grêle et celle du gros intestin. Or, autant est grave la première de ces opérations, autant la seconde est bénigne. La distinction entre les deux opérations est donc de la plus haute importance au point de vue des résultats. Je rejette donc toutes ces statistiques entachées d'erreur et vous citerai : 1° celle de

M. Verneuil et de moi, laquelle ne comprend que des observations de colotomie iliaque, c'est-à-dire 14 opérations, lesquelles nous ont donné 13 succès et 1 mort; 2° celle de Maydl : 20 opérations, 18 succès, 2 morts, ce qui nous donne un total de 34 colotomies iliaques, 31 succès, 3 morts, soit une mortalité de 8,83 pour 100 opérations. Il y a loin, comme vous le voyez, de ces chiffres aux statistiques de 30 p. 100 dont je vous parlais tout à l'heure.

En résumé, et c'est par ces conclusions que je veux terminer : lorsqu'il s'agira de pratiquer l'ouverture d'un anus artificiel, l'opération de choix devra être la colotomie iliaque, qui a le triple avantage de placer ledit anus sous la main de l'opéré, de faciliter mieux l'évacuation des matières fécales par un éperon supérieur à celui de la colotomie lombaire, d'être une opération à la fois plus facile et moins dangereuse.

P.-S. — La colotomie iliaque a été pratiquée quelques jours plus tard sur la malade qui a été l'occasion de la leçon que nous venons de publier; l'opération a été des plus simples, tant au point de vue opératoire que des suites de l'opération. Et dès le lendemain la malade était dans les meilleures conditions.

HOSPICE SAINT-LAZARE. — M. Chéron.

Volumineux calcul, développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre, chez une femme de soixante-sept ans; opération à l'aide de la galvanocaustie thermique; emploi du chlorhydrate de cocaïne (1).

III

Mme L. est âgée de soixante-huit ans; sa constitution est excellente, sa santé est habituellement bonne. Elle a été réglée à seize ans et les époques, difficiles mais peu douloureuses, ont toujours eu une grande irrégularité. Elles ne se produisaient, en moyenne, que tous les trois ou cinq mois. C'est même cette circonstance qui amena Mme L., qui s'était mariée à dix-huit ans, et qui pendant dix-huit années était restée stérile, à douter d'une grossesse arrivée au cinquième mois. Ce ne fut d'ailleurs que devant l'affirmation formelle de son médecin qu'elle finit par se rendre à l'évidence. Cette grossesse, qui a été la seule, tourmentée, difficile, et pendant laquelle on eût recours à de fréquentes saignées, se termina sans intervention spéciale, après un travail laborieux d'une durée de quarante-huit heures.

Ajoutons, pour compléter les commémoratifs, que Mme L. a toujours eu un bon appétit, de bonnes digestions; les troubles dyspeptiques ne sont apparus qu'au moment de la grossesse et ont cessé avec elle. Les suites de couches n'ont présenté rien de particulier. La ménopause s'est effectuée sans encombre vers quarante ans.

La constipation était habituelle chez Mme L. et de plus, dès la puberté, elle était sujette à de fréquents saignements de nez, sans maux de tête.

Il y a quatre ans, Mme L. fut prise, sans cause appréciable, de coliques néphrétiques violentes, avec émission de sable urique; à ce sujet je fus consulté.

Je conseillai un traitement consistant en boissons alcalines légères, sirop composé (morphine, éther sulfurique, térébenthine), bains alcalins, applications chloroformées et laudanisées, régime sévère. Un an plus tard, tous les phénomènes congestifs et douloureux avaient disparu, depuis longtemps, lorsque Mme L., qui venait d'atteindre sa soixante-septième année et dont la santé générale ne présentait rien de particulier à l'exception d'un trouble fréquent, mais léger, des urines, ressentit brusquement une vive douleur au niveau du col de la vessie, douleur comparable à celle que produirait un violent coup d'aiguille.

Depuis cette époque les symptômes suivants apparurent.

Urines louches, donnant un dépôt de plus en plus abondant, besoin fréquent d'uriner et douleur après la miction.

Quand ma malade avait fait une marche un peu longue, l'envie d'uriner la prenait en rentrant chez elle; mais alors, il s'écoulait du sang avec l'urine, absolument, disait-elle, comme si elle avait eu ses règles. Inquiète de son état et cédant aux sollicitations de sa famille, Mme L. revint me consulter le 13 décembre de l'année dernière et m'exposa ce que je viens de raconter.

L'examen de la région, pratiqué aussitôt, me permit de constater, *de visu* et par le toucher vaginal, l'existence d'une masse dure simulant une cystocèle. Une sonde utérine introduite dans l'urèthre, le bec dirigé vers le vagin, ne tarda pas à rencontrer un petit espace très limité dans lequel l'extrémité de cet instrument vint au contact d'un corps dur, résonnant comme une pierre. Quant à la vessie, elle ne donnait aucun prolongement du côté du vagin.

L'examen répété plusieurs fois, sur l'heure, avec la plus scrupuleuse attention, me permit d'affirmer l'existence d'un calcul développé dans un diverticulum de l'urèthre.

Il restait à connaître la nature de ce diverticulum, son mode de formation, ainsi que celui du calcul. L'étude ultérieure de la partie, pendant les soins préliminaires à l'opération, me permit d'élucider ces questions, dans le sens où je les ai présentées au début de cette clinique. Nous aurons plus loin l'occasion de revenir sur ces questions et de compléter leur solution.

Il s'agissait maintenant d'enlever ce calcul, qui amenait chez la malade des accidents locaux et des accidents réflexes auxquels il importait de remédier le plus promptement possible. Voici ce que je résolus de faire. Le méat urinaire et l'urèthre étant extrêmement étroits et très résistants, j'abandonnai, après examen prolongé, toute idée de dilatation forcée, peu soucieux de faire une opération brillante, mais bien une opération qui prît, de la façon la plus sérieuse, les intérêts de ma malade.

La dilatation progressive fut pratiquée, tous les quatre jours, à l'aide du dilatateur utérin à trois branches de Huguier, la branche médiane étant dirigée en arrière et le bec du dilatateur poussé jusqu'au contact du sphincter, puis ramené en arrière de quelques millimètres, avant l'écartement des branches.

Après chaque dilatation, à peu près indolore, faite sans émission de sang, sauf deux fois où il en vint quelques gouttes, une injection d'acide borique à 4 p. 100 fut poussée dans la vessie et le lavage de l'urèthre fut pratiqué avec la même solution.

Tous les jours, 20 à 40 centigrammes de sulfate de quinine furent administrés, concurremment avec 1 gramme de bromure de sodium et 15 gouttes de teinture d'aconit.

Dès la cinquième dilatation l'examen du canal et l'examen de l'orifice uréthral du diverticulum devinrent pratiquables, à l'aide d'un cathéter utérin souple en argent fin.

Plus tard la pierre, qui semblait fixée dans sa loge, devint mobile, l'orifice uréthral s'agrandit sous l'influence des dilatations successives, et le cathéter, fortement recourbé pour la circonstance, put pénétrer dans le diverticulum à côté du calcul et venir faire saillie par le bec, sous la muqueuse du vagin.

Pour arriver à ce résultat, une dizaine de dilatations avaient été pratiquées.

A ce moment, le diamètre de l'urèthre, dans ses deux tiers inférieurs, avait atteint à peu près 15 millimètres.

La courbure du cathéter souple nécessaire pour pénétrer par l'orifice uréthral du diverticulum et venir faire saillie en avant, dans la poche, sous la muqueuse vaginale, fut remise au fabricant d'instruments de chirurgie. Celui-ci construisit un trocart d'une courbure identique, dans le but de permettre, après la perforation de la loge du calcul en avant, au point où le cathéter faisait saillie, le passage d'un fil de platine, destiné à être porté au rouge par la galvanocaustie, pour pratiquer l'ouverture du diverticulum.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 429.

Le jour de l'opération ayant été fixé, la malade refusa le chloroforme. Il n'y avait pas lieu d'insister, étant donné son âge et l'état de ses artères. Cependant l'anesthésie était urgente, car le moindre mouvement involontaire eût paralysé les manœuvres opératoires, dans cette région étroite et difficile à aborder.

La cocaïne s'offrait à nous tirer d'embarras. Une solution à 10 p. 100 (chlorhydrate de cocaïne 50 centigrammes, eau distillée 5 grammes) fut préparée pour la circonstance.

Assisté de mes aides de clinique MM. Fauquez et Spalla, et de l'interne du service, M. Batuaud, l'opération fut pratiquée, le 19 mars 1885, de la façon suivante :

Opération. — La malade, venant d'uriner et d'aller à la garde-robe, est placée dans la position de la taille, sur une table recouverte d'un matelas, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci ramenées sur l'abdomen.

Les aides, assis de chaque côté de la patiente, découvrent le méat urinaire et la tumeur formée par le calcul, en écartant avec soin les grandes et les petites lèvres. Tout le champ opératoire est lavé avec la solution boriquée et séché avec de la ouate hydrophile.

Puis le badigeonnage de la région est pratiqué, pendant cinq minutes, avec la solution de chlorhydrate de cocaïne. Le reste de la solution, 1 gramme et demi à peu près, est injecté dans la partie du calcul, par l'urèthre, à l'aide de la seringue à injections intra-utérines de Brown.

Le badigeonnage était commencé depuis huit minutes à peine, lorsque je traversai à plusieurs reprises, avec une grosse épingle, la paroi antérieure du diverticulum.

L'anesthésie est aussi complète qu'on puisse le désirer, il s'écoule quelques gouttelettes de sang, la malade n'a rien senti.

Alors, j'introduis par l'urèthre, dans la poche du calcul, en longeant la partie latérale gauche de celui-ci, la canule du trocart, munie d'un mandrin mousse, dont l'extrémité est amenée en tâtonnant à faire hernie à la partie la plus déclive de la poche, en avant, sous la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, refoulée de dedans en dehors.

La canule du trocart est laissée en place et la tige mousse retirée est remplacée par la lame aiguë du trocart, qui perfore la poche au point d'application de l'extrémité antérieure de la canule.

Le trocart est retiré et, dans la canule, est passé un fil de platine de 1 millimètre de diamètre. La canule est retirée à son tour et le fil de platine passant par l'urèthre et sortant par la perforation faite à la paroi du vagin est mis en rapport, par ses deux extrémités, à l'aide de deux pinces appropriées, avec les électrodes du galvano-cautère à accumulateurs (1).

Le fil étant maintenu au rouge sombre, par un double mouvement de va-et-vient et de traction, opéré avec une grande lenteur, la section de la paroi antérieure (uréthro-vaginale) de la poche est effectuée sans amener une seule goutte de sang, sans que la malade eût éprouvé la moindre douleur.

La pierre mise à nu peut être retirée par une simple propulsion faite avec le doigt, d'arrière en avant, et mise entre les mains de la malade, charmée qu'un résultat, aussi heureux et aussi rapide, eût été obtenu sans la moindre souffrance.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. Voici d'ailleurs les principaux faits qui ont marqué les quelques jours que ma malade a dû passer au lit.

Aussitôt après l'opération, la section faite par le fil galvanique fut largement lotionnée avec une solution aqueuse d'acide borique à 4 p. 100; puis une lame de gaze iodoformée fut mise entre les lèvres de la plaie, et le tout fut recouvert d'un pansement avec de la ouate antiseptique, maintenu par un bandage en T.

Je fis prendre à ma malade, toutes les trois heures, une cuillerée de potion à la teinture d'aconit et au bromure potassique, et deux fois par jour, au moment du repas, un cachet de 10 centigrammes de sulfate de quinine.

(1) Voir la note présentée à l'Académie de médecine, par M. Léon Labbé, séance du 18 novembre 1884.

Lorsque je revins le soir, c'est-à-dire dix ou douze heures après l'opération, pour sonder et refaire le pansement, je trouvai ma malade dans un état aussi satisfaisant que possible : pas de fièvre, pas de nausées. Seule, l'impression émotive, due à la perspective d'une opération attendue depuis quelque temps, avait déterminé des selles diarrhéiformes; voilà tout.

Je fis le pansement, après avoir fait uriner ma malade, et pour lui permettre une miction facile, sans souiller son pansement, j'établis une sonde à demeure en gomme souple.

C'est ici que j'eus quelques déboires. Les sondes en général et la sonde à demeure en particulier rendent dans les cas ordinaires un service utile, en préservant les plaies chirurgicales du contact septique de l'urine. Mais, dans le cas actuel, elles ne purent me rendre aucun service.

En effet, la longueur du canal de l'urèthre détermine une occlusion complète entre les parois de celui-ci et la sonde; l'urine séjourne dans la vessie jusqu'au moment où on l'expulse en ouvrant la sonde. Mais dans les conditions anatomiques où se trouvait ma malade, par suite de l'opération, il n'en était plus ainsi. En effet, pour ne pas laisser, après la sortie du calcul, persister une poche urineuse, j'avais placé le fil du galvano-cautère de manière à ouvrir largement la poche et, par cela même, la paroi postérieure de l'urèthre. Il ne restait donc, de ce canal, presque que la portion sphinctérienne, qui ne pouvait, vu son peu de longueur, étreindre suffisamment la sonde pour empêcher l'écoulement de l'urine entre celle-ci et la paroi interne de l'anneau; force fut d'y renoncer. La malade fut sondée trois fois par jour. Il ne survint aucune complication. Dès le douzième jour, il devenait inutile de la sonder.

Les escharres étaient tombées et l'urine, en passant sur les surfaces de section, n'amenait ni irritation, ni douleur.

Au vingt-deuxième jour, on constatait une cicatrisation complète des deux lèvres de la plaie, maintenues séparées, depuis l'opération, par de la gaze iodoformée.

La poche urineuse, qui avait recélé le calcul, était ainsi complètement détruite, et comme le sphincter de la vessie n'avait subi aucune offense, l'incontinence d'urine n'était pas à craindre.

Aujourd'hui la malade est en parfaite santé.

IV

Le calcul, dont le dessin représente la vraie grandeur, pèse 20 grammes; il a un aspect blanc grisâtre et sa forme est celle d'un ovoïde irrégulier.



Sa longueur est de 3 centimètres et demi, sa largeur de 2 centimètres trois quarts et son épaisseur de 2 centimètres. Sa surface, rugueuse dans la partie qui regardait le canal de l'urèthre, est plus unie; dans les autres endroits et par places, elle a contracté avec la muqueuse du kyste des adhérences qui ont amené l'arrachement de celle-ci.

Une section pratiquée dans ce calcul, suivant son grand diamètre, montre bien les couches concentriques dont il est formé, et permet nettement, en se rapportant aux commémoratifs relatés plus haut, d'expliquer la présence de ce calcul dans un endroit où, d'ordinaire, on est peu habitué à rencontrer de semblables productions. En effet, l'instant douloureux accusé par la malade et regardé par elle comme le début de sa maladie, ne peut être rapporté, chez une arthritique comme Mme L., qu'à la pénétration d'un petit gravier à arêtes tranchantes, dans l'orifice étroit du kyste ouvert dans l'urèthre.



Là, sa présence a été le point de départ de nombreux réflexes,

en dehors des troubles locaux qu'il a pu produire (urines sanguinolentes, et plus tard sentiment de gêne, loco dolenti). C'est ainsi que sont survenues les envies fréquentes d'uriner avec spasmes douloureux du col de la vessie, les névralgies lombaires et la congestion des organes de la région, sans compter le retentissement sur la santé générale par action sur le moral.

Or, ce petit gravier, une fois fixé dans le kyste du vagin, a servi de centre de dépôt, de centre de cristallisation aux sédiments de même nature que lui et aux sels de chaux contenus dans l'urine.

Il s'est passé là un phénomène chimique, analogue à celui qui se passe dans la cristallisation d'un sel au sein d'un liquide. Le premier cristal déposé sert de centre à tous les autres, et à partir de ce moment, la cristallisation marche activement. Cela explique aussi la rapidité avec laquelle le calcul actuel s'est développé chez notre malade. En effet, elle rapporte à peu près à une année le début de son affection.

Ce calcul présente deux noyaux entourés par une masse périphérique commune; la partie périphérique est constituée par du phosphate de chaux et du carbonate de chaux, ce dernier en très petite quantité.

On les distingue de la manière suivante :

Une faible portion de la masse périphérique est réduite en une poudre blanchâtre, qui, traitée par l'acide acétique, fait une légère effervescence (carbonate de chaux).

L'autre portion de cette poudre, à peine soluble, est reconnue et dosée à l'aide de l'acétate d'urane avec indicateur, de ferrocyanure de potassium. Les noyaux présentent deux parties : une portion foncée, uniquement composée d'acide urique que l'on reconnaît à l'aide de la réaction de la murexide.

La poudre urique est traitée par quelques gouttes d'acide nitrique et le tout est évaporé à sec, avec un grand ménagement. L'addition, à la masse refroidie, de quelques gouttes d'ammoniaque, développe une superbe couleur violette, par suite de la formation de la murexide (purpurate d'ammoniaque).

La seconde portion, dont le noyau se compose, présente une teinte rose faible. Elle est constituée, par des urates de chaux et de magnésie. En effet, traitée par une eau rendue alcaline par une petite quantité de potasse, elle se dissout complètement. En évaporant ensuite une petite quantité de la liqueur, traitant par l'acide nitrique, évaporant de nouveau et ajoutant l'ammoniaque, on développe la murexide.

La calcination, sur une lame de platine, d'une petite portion des diverses parties du calcul, ne donne aucune trace de matières organiques.

Par conséquent, ce calcul se compose de deux noyaux d'acide urique, avec petites zones d'urates acides, et d'une partie périphérique formée de phosphate de chaux tribasique et d'une très petite quantité de carbonate de chaux.

V

La rareté relative d'un aussi volumineux calcul de l'urèthre, chez la femme, le développement de ce calcul dans un kyste profond du vagin ouvert dans l'urèthre, le procédé opératoire, l'emploi de la galvano-caustique thermique et l'utilisation si complète des propriétés anesthésiques de la cocaïne, m'ont semblé devoir donner un certain intérêt à la publication de cette observation, et aux considérations qui l'accompagnent.

TROUBLES DE LA GROSSESSE; SAIGNÉE

Par M. le docteur Bec (de Mézel).

Mme A..., femme d'un artisan aisé, de taille moyenne, d'un tempérament nervoso-sanguin, âgée de trente-quatre ans, ayant mené à bien et sans incidents deux grossesses antérieures, se trouve enceinte pour la troisième fois.

Parvenue au septième mois, elle a à donner des soins, dès les premiers jours de novembre dernier, à sa fille aînée, atteinte de fièvre typhoïde. Consécutivement aux fatigues éprouvées et aux émotions de toute sorte qu'elle a à subir, cette dame s'alite, le 22 novembre, se plaignant de céphalalgie, de vertiges, de lassitude générale; puis ce sont des douleurs dans le ventre, dans les jambes, douleurs ayant leur point de départ manifeste dans des contractions de l'utérus.

Nous conseillons le repos au lit, les lavements laudanisés fréquemment administrés, le chloral.

Rien ne parvient à ramener complètement le calme, et cependant les mouvements de l'enfant sont toujours perçus. L'auscultation ne révèle, chez ce dernier, aucun état de souffrance bien prononcé, et nous espérons, jusqu'au 29 novembre, qu'une accalmie se produira.

A cette date survient une rétention d'urine complète, sans que le toucher nous en donne la cause, soit par un déplacement de la matrice, soit par son engagement dans le petit bassin; le cathétérisme est pratiqué pendant sept jours, sans difficulté, par l'entourage de la patiente.

Dans la matinée du 1er décembre, après une nuit plus agitée encore que les précédentes, survient une hémorrhagie par l'anus, qui prend bientôt des proportions effrayantes. Le sang, qui s'était accumulé dans le rectum, est noir, en partie liquide, en partie composé de caillots expulsés avec quelque difficulté. On peut alors constater la présence d'une tumeur hémorrhoïdale interne, que rien, dans les antécédents, ne pouvait faire présager. Le perchlorure de fer à l'intérieur et des lavements froids préviennent le retour de l'épanchement sanguin dans l'intestin; les stimulants, l'alcool, le vin vieux, sont donnés avec mesure pour parer à la tendance aux syncopes.

Dans la journée du 2 décembre surviennent des frissons. Le col ne présente pas de dilatation caractéristique d'un accouchement prochain.

L'hémorrhagie ne s'est plus reproduite, mais la rétention d'urine persiste; les mouvements de l'enfant ne sont plus perçus, et l'auscultation pour la recherche des battements du cœur de l'enfant, donne un résultat négatif.

Le 3 décembre, au matin, se produit l'expulsion d'un enfant dont la mort paraît remonter à quelques jours.

Le 6, la malade peut uriner sans le secours de la sonde. Mais, à ce moment, elle accuse une douleur dans toute l'étendue du membre inférieur droit, avec une tuméfaction caractéristique d'une phlegmatia alba dolens. Cette complication nouvelle ne revêtit pas un caractère bien grave, et cette dame, grâce à sa bonne constitution, revint vite à la santé.

Les secousses de toutes sortes, physiques et morales, essuyées par cette personne pendant la maladie de la fille, portaient le médecin à attribuer à la fatigue les premiers malaises accusés au début.

On pouvait compter sur le repos et les opiacés pour dissiper l'orage; plus tard, le mot de saignée fut prononcé, mais assez timidement, comme pour tout traitement qui, en bonne règle, aurait dû être appliqué dès le début. A ce moment survint l'hémorrhagie anale, qui aurait pu suppléer à l'émission sanguine, et qui, sans doute, se produisait trop tardivement; la vie de la mère, un moment menacée, fut sauvegardée, et ce fut pour tous une satisfaction.

— Les obsèques de M. le professeur Gosselin auront lieu mardi, à midi, à Sainte-Clotilde.

— La Faculté de médecine de Paris sera fermée le 3 mai, en raison des obsèques de M. le professeur honoraire Gosselin. Les examens de ce jour seront reportés au 10 mai.

— M. le docteur Berrut a rouvert les cours de sa policlinique, rue de Bellechasse, n° 29, le jeudi 28 avril 1887.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21104

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en tout, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux...; Chlorure de sodium...; Matières organiques...	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucunee analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

21

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutess les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Étranger, dans les principales pharmacies.

16

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

92

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ※, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

177

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales;** très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

33

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap,** qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau,** même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60;** *et par la poste,* **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux.

24

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

45

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars)Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

58

SOLUTION TROUETTE-PERRET

à la **PAPAÏNE** *contre le* **CROUP**

Solution extrêmement concentrée, dissolvant les fausses membranes. Un badigeonnage toutes les demi-heures au moyen d'un pinceau; sans danger pour le malade, au cas où il en avalerait. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

35

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

40

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f50** à **3f.** Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND aîné,** 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate,** s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation;

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président a fait part à l'Académie de la triste nouvelle de la mort de M. Gosselin. Dans une courte allocution, il a rappelé, en termes chaleureux et émus, les mérites, les services de cet éminent académicien et les nombreux titres qu'il s'était acquis à l'affection, au respect et aux regrets de tous ses collègues.

A la suite de cette allocution, la séance a été levée en signe de deuil.

MOUVEMENTS DE L'ESTOMAC

EXPÉRIENCES DE M. COLIN SUR LES ANIMAUX ET DE M. LABORDE SUR DES DÉCAPITÉS.

Nous nous sommes engagé à revenir sur la communication de M. Colin (d'Alfort), sur les mouvements de l'estomac, dont il était difficile de rendre un compte suffisant sans avoir le travail sous les yeux. Nous tenons aujourd'hui cet engagement.

Partant de ce fait que le problème du mode de contraction de l'estomac n'est point élucidé encore et qu'il ne pouvait l'être à l'aide des moyens employés depuis Haller, — et il n'excepte pas, dans cette condamnation générale de tous les moyens d'exploration mis en œuvre jusqu'à ce jour, les expériences toutes récentes faites sur les estomacs de décapités, — M. Colin est d'avis que, pour se faire une idée exacte des mouvements de l'estomac, il faut, dans des conditions aussi normales que possible, pendant la digestion et à ses diverses périodes : 1° examiner le viscère dans presque toute son étendue; 2° le voir à l'intérieur, afin de juger des déplacements qu'il imprime aux matières alimentaires.

C'est sur les grands ruminants que M. Colin a cru pouvoir trouver les conditions les plus favorables d'une expérimentation, difficile sans doute, mais dont les difficultés ne lui ont pas paru insurmontables.

Il prend un bœuf, dont l'estomac, d'un immense volume, ne se vide jamais complètement. Si, dit-il, pendant les périodes les plus actives de la digestion, on lui incise largement le flanc gauche pour examiner les parois de l'estomac, on éprouve un premier désappointement. La tunique charnue, dont les faisceaux sont énormes, paraît complètement immobile; l'estomac oscille d'avant en arrière par le jeu du diaphragme, mais son plan charnu reste inerte. Sous l'influence de la douleur produite par l'incision de la paroi abdominale, la digestion est suspendue et sa suspension a entraîné celle des mouvements gastriques. A ce moment, l'examen de l'estomac à l'extérieur n'apprend rien.

Il en sera de même encore, et pour la même raison, lorsqu'on vient à ouvrir largement le viscère au niveau de l'incision du flanc, pour voir les contractions musculaires et les mouvements imprimés au bol alimentaire. Rien encore ne se produit. Mais si, tenant la fenêtre ouverte en unissant ses bords avec ceux de la plaie du flanc, on attend quelques jours, les mouvements de l'estomac, suspendus, se rétabliront avec leurs caractères normaux, et il sera possible alors de les étudier et de répéter à volonté et indéfiniment ces observations.

Dans ces conditions, voici ce que l'on voit. L'animal étant placé de manière à ce que tout l'intérieur de son estomac soit bien éclairé, on verra, en partant d'un moment de calme, la masse alimentaire s'ébranler, tantôt lentement, tantôt avec violence, se soulever puis s'affaisser, se porter tour à tour en avant et en arrière, se crevasser, se briser en plusieurs masses secondaires; par les grandes fissures qui séparent ces masses, l'eau monte, devient écumeuse, inonde la surface, puis se rassemble en petits ruisseaux et rentre dans les fentes pour disparaître au fond des parties déclives. A cette agitation succède un instant de calme, après lequel les mêmes mouvements se renouvellent. Ces mouvements, de plusieurs espèces, sont dus à des contractions, les unes partielles, les autres générales, toutes parfaitement coordonnées.

Lors des grands mouvements qui fractionnent la masse et lancent les liquides par-dessus les aliments, ce sont les piliers qui se contractent. Pour les mouvements faibles, ce sont les petits faisceaux, les fibres droites, rayonnantes ou en cercle, qui agissent presque seuls.

Ces divers mouvements ont quatre destinations principales : les uns brassent les aliments; les autres les mêlent aux liquides; d'autres dirigent les parties réduites en bouillie vers l'intestin; enfin les plus remarquables, les plus nettement rythmiques, ont pour but la rumination.

Mais ce n'est pas tout; le bœuf, on le sait, a quatre estomacs. Chacun a ses mouvements propres, et ils s'associent tous dans diverses conditions..... Mais ceci nous éloigne beaucoup de la physiologie de l'homme, qui n'a rien ou presque rien d'utile à retirer de cette étude des mouvements stomacaux des ruminants.

Comparant à l'homme deux espèces monogastriques, le chien et le cheval, M. Colin montre qu'on ne peut guère davantage conclure de ce qui se passe chez ces animaux à ce qui a lieu chez l'homme.

Chez le cheval, l'armature musculaire du cardia est si fortement constituée que rien de ce qui est apporté au viscère ne peut s'en échapper par là. Le pylore, au contraire, presque toujours béant et extrêmement dilatable, permet une issue facile et presque permanente des aliments et des boissons. Dès que le viscère est plein, et il l'est bien vite, le cheval prenant en un seul repas de quoi le remplir, deux et même trois fois en un seul repas, le déversement alimentaire dans l'intestin commence, pour se continuer sans interruption jusqu'à la fin. Il n'y a rien d'analogue à cela dans l'homme.

Le rythme des mouvements de l'estomac chez le cheval est à la fois tout autre que celui des ruminants et que celui de l'homme.

Quant au chien, son estomac n'a pas de mouvements énergiques ni de mouvements rapides, dans aucune condition. S'il se débarrasse de son contenu par l'œsophage, c'est avec le secours du diaphragme et des muscles abdominaux. L'envoi dans l'intestin se fait en très petites quantités à la fois, à l'état pulpeux ou à l'état fluide. La sortie des minces filets ou des petites ondées paraît si facile, vu l'état de relâchement intermittent de l'orifice pylorique, qu'elle pourrait se faire même sans contraction du viscère, par la seule pression des parois abdominales. La contractilité chez ces animaux (carnassiers ou omnivores) a surtout pour rôle de limiter l'extension du réservoir et d'affaisser ses parois sur le contenu, à mesure qu'il s'échappe dans l'intestin.

Les conclusions que M. Colin a tirées de ces études sont, on le sait, assez modestes : « Si nous connaissons un peu les mouvements de l'estomac des animaux, nous n'avons qu'une idée très imparfaite de ces mouvements chez l'homme. »

Que nous apprennent en effet, sur ce point, nos traités de physiologie? Ouvrez votre Béclard; qu'y verrez-vous? Le peu que l'on en sait est déduit de la disposition anatomique des divers plans et ordres de fibres musculaires de l'estomac, de quelques-unes des rares observations qui ont pu être faites sur les sujets atteints de fistules gastriques et sur les expériences de Blondlot, répétées par Béclard lui-même. Mais rien de précis, rien de complet et de définitif, ni en observation, ni en expérimentation.

Dans ces conditions, devant l'impossibilité de tenter chez l'homme les expériences praticables seulement sur les animaux, vu l'extrême rareté des circonstances accidentelles ou traumatiques qui permettent de saisir sur le fait par l'observation la mise en action de l'armature musculaire de l'estomac, il était naturel qu'un physiologiste eût l'idée de mettre à profit les occasions de décapitation, pour étudier, immédiatement après, c'est-à-dire alors que la mort n'a pas encore éteint toute trace de vie dans les tissus, les réactions que peut encore produire le système musculaire du viscère sous l'influence, soit de son stimulant naturel, soit d'une stimulation artificielle. C'est ce qu'a fait, l'on s'en souvient, M. Laborde dans les curieuses expériences dont il a communiqué les résultats dans une des précédentes séances de l'Académie.

M. Colin s'est montré plus que sévère à son égard, dans les allusions qu'il a faites à ces expériences, en condamnant a priori toute étude faite, soit sur le mort, soit sur le mourant ou même sur un être souffrant; sous le prétexte que la digestion est interrompue ou troublée, dans toutes ces conditions, et l'estomac incapable de répondre d'une manière régulière et normale aux excitations provoquées. Ne pourrait-on pas jusqu'à un certain point lui retourner l'argument, ses expériences ayant été faites dans des conditions qui sont loin d'être normales? Ce qui ne nous empêche pas de reconnaître, avec quelle sagacité et quelle patience calculée elles ont été conduites.

Nous eussions mieux aimé l'entendre, du haut de son autorité de physiologiste, adresser une parole d'encouragement à des tentatives expérimentales qui n'ont pas été tout à fait sans résultat, et qui, si elles n'ont pas donné encore la solution complète du problème cherché, en ont du moins éclairé quelques points, ainsi qu'on en a pu juger par le compte rendu sommaire que nous en avons donné dans le numéro du 7 avril dernier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LUYS.

Nouveau cas de guérison d'une paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique.

Je pense qu'il y a un grand intérêt à vulgariser un point des ressources nouvelles, que peut offrir, à la thérapeutique des maladies nerveuses, la mise en œuvre des pratiques de l'hypnotisme. Les cas de guérison, qui se présentent çà et là dans les hôpitaux, en raison même du milieu spécial où ils sont recueillis, de la publicité donnée aux expériences, de la multiplicité des moyens de contrôle, permettent d'ajouter foi à leur récit et de les considérer comme des acquisitions utilisables dans la pratique.

Il s'agit, en effet, d'une malade de mon service, la nommée Gabrielle C., qui, entrée dans les derniers mois de l'année dernière à la Charité, pour se faire traiter d'accidents de congestion pulmonaire, fut prise d'attaques hystéro-épileptiques violentes, à la suite desquelles elle eut les deux jambes contracturées d'abord, puis ensuite immobilisées par une impotence complète.

Elle était dans cet état d'immobilité absolue depuis sept mois, et j'avais inutilement employé toutes les ressources de la thérapeutique, usitées en pareil cas, sans aucun succès. Mon intention était de reconstituer tout d'abord l'état général du sujet très affaibli par ce séjour prolongé au lit, et, au bout d'un temps variable, d'avoir recours aux pratiques de l'hypnotisme, pour lui suggérer au moment opportun l'idée de marcher.

Ce cas était pour moi la reproduction, traits pour traits, d'une malade atteinte des mêmes troubles moteurs paraplégiques, la nommée Anna, et qui avait été guérie d'une façon miraculeuse en quelque sorte par M. le docteur Bottey, alors mon interne à la Salpêtrière, par les suggestions hypnotiques (1).

(1) Bottey. — *Le Magnétisme animal*, p. 158. — Paris, 1884.

Je procédai donc de la même manière, et ce fut M. Foviau, élève de mon service à la Charité, qui, suivant mes indications, eut mission de commencer le traitement de l'hypnotisme thérapeutique.

La malade fut donc mise tous les matins en état d'hypnotisme, en période de léthargie, puis de catalepsie et enfin de somnambulisme. Au bout d'un temps donné en période de somnambulisme, elle commence à se mouvoir et à faire inconsciemment quelques pas dans la salle, et bientôt après, suivant le procédé employé précédemment par M. Bottey, on lui donna, les appoints de la locomotion ayant récupéré les conditions physiques de leur fonctionnement, les suggestions de marcher, lorsqu'elle sera réveillée. C'est ce qu'elle fit, et, depuis plusieurs semaines, la guérison ne s'est pas démentie.

Seulement, dans ce cas, M. Foviau eut l'idée ingénieuse, au moment où il l'incitait à marcher, de changer sa personnalité. La malade se croyait être une autre personne, et, en cette qualité et avec ce procédé détourné, on est ainsi arrivé d'une manière satisfaisante au but que l'on se proposait.

Voici du reste, ci-joints, quelques détails relatifs à l'observation clinique, rédigée jour par jour, de la main même de M. Foviau, qui sont relatifs à ce nouveau procédé de suggestion qu'il a très heureusement mis en œuvre. Nous continuons, dit-il, à faire marcher la malade en période de somnambulisme en la soutenant peu à peu, et en constatant qu'elle se perfectionne quotidiennement dans la marche. Mais, la période du réveil étant arrivée, l'effort s'épuisait, et la malade demeurait impotente de nouveau. Les choses étant en cet état, nous lui suggérâmes l'idée (étant dans la période de somnambulisme) qu'elle devait conserver au réveil, qu'elle n'était plus Gabrielle, que sa personnalité était changée et qu'elle était Yvonne, sa voisine, fille très alerte. Cette suggestion thérapeutique eut un plein succès; Gabrielle conserva en effet à l'état de veille l'impulsion qui lui avait été envoyée. Elle crut, durant toute la journée, être Yvonne et prenait son rôle au sérieux; elle se mit à marcher comme elle et à récupérer toutes ses allures naturelles. Ce n'est que le lendemain qu'elle se réveilla naturellement, énervée, disait-elle, avec un sentiment de malaise général et une sensation pénible *d'être dans la peau d'une autre*.

Cette opération de la substitution de la personnalité et de guérison transitoire fut renouvelée avec le même succès trois jours de suite; la malade, passant toute la journée sous le nom d'Yvonne à circuler dans la salle, s'endormait régulièrement le soir pour se réveiller le lendemain avec le même sentiment de fatigue insolite.

On la laissa deux jours au repos, sans rien lui faire pour ne pas lui donner une fausse direction, et le troisième jour, une fois en somnambulisme, on lui donna la suggestion qu'au réveil elle allait être guérie et qu'elle marcherait naturellement. C'est effectivement ce qui eut lieu. A partir du jour où elle récupéra ainsi la faculté de mouvoir ses membres par les procédés naturels, elle continua à aller de mieux en mieux, et les allures de sa marche, qui étaient hésitantes, saccadées, devinrent régulières et bien coordonnées.

La guérison s'est, depuis trois semaines, maintenue d'une façon stable; la malade est plus calme qu'avant ses crises et semble entrer dans une phase de franche convalescence.

ÉPITHÉLIOMA DU PYLORE

CHEZ UNE JEUNE FILLE DE VINGT-DEUX ANS; AUTOPSIE ET EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Par M. le docteur René DUZÉA,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Parmi les nombreux cas de néoplasmes malins, signalés chez de jeunes sujets, la plupart appartiennent à la grande classe des sarcomes, des myxomes ou des myxo-sarcomes. Ils surviennent à une époque quelconque de la longue période du développement et de l'accroissement des tissus et des organes, mais de préférence vers la fin de l'adolescence, c'est-à-dire au moment où tous ces phénomènes d'évolution sont à leur maximum, au moment où les éléments anatomiques sont en voie suraiguë de nutrition et offrent un terrain éminemment favorable au développement de ces écarts de direction évolutive normale, écarts qui, suivant leur nature et leurs formes, constituent les productions morbides que nous venons de rappeler.

Le cancer type, le carcinome alvéolaire, est, au contraire, une tumeur beaucoup moins fréquente dans la jeunesse : sans être absolument rare, on en compte encore les observations. Ainsi, pour le cas particulier qui nous occupe, notre ami, M. le docteur M. Mathieu, dans son excellente thèse inaugurale, n'a pu réunir que 26 cas de carcinome précoce de l'estomac, plus trois observations douteuses de Dittrich.

Quant à l'épithélioma stomacal précoce, il n'en cite qu'un seul cas, qui paraît unique dans la science, et encore il paraît contestable (1).

Or, l'observation que nous allons rapporter est précisément un cas d'épithélioma du pylore, développé chez une jeune fille de vingt-deux ans. C'est en raison de l'extrême rareté d'un pareil fait que nous avons cru devoir publier les détails cliniques (2) et anatomo-pathologiques qui suivent :

Marie P..., vingt-deux ans non encore accomplis, avait toujours présenté toutes les apparences d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt et un ans. On ne note aucun antécédent héréditaire. Son père est mort à cinquante-cinq ans, à la suite d'une affection cérébrale aiguë, offrant tous les symptômes d'une méningite. La mère est vivante et bien portante; elle a deux frères en bonne santé; elle n'en a pas perdu. Réglée à quinze ans, elle le fut très régulièrement, jusqu'au milieu de sa maladie.

Celle-ci survint lentement, peu à peu, caractérisée par quelques troubles digestifs assez insignifiants, pendant un certain temps, pour qu'elle n'y attache pas d'importance. Elle les attribuait à l'irrégularité de ses heures de repas, à laquelle l'obligeait sa profession de lingère à la journée dans différentes maisons. Mais, au bout de deux ou trois mois, les troubles digestifs, qui ne s'étaient traduits d'abord que par des phénomènes dyspeptiques, lenteur et difficulté de la digestion, éructations, déjà un peu de ballonnement du ventre, de l'anorexie, s'accentuèrent rapidement et devinrent bientôt assez pénibles pour que la malade fût obligée de suspendre complètement son travail et de garder le lit de temps en temps.

A partir de ce moment, les vomissements, qui ne s'étaient montrés qu'à intervalles assez éloignés, devinrent quotidiens, puis après chaque repas. Ils sont douloureux et deviennent bientôt tellement fréquents que tous les aliments sont rejetés. Aux vomissements alimentaires succèdent des expuitions glaireuses, incolores, jamais bilieuses ni sanguinolentes, excepté dans les derniers temps.

---

(1) Cullingworth, *Brit. med. journal*, 1877, 2 august, p. 253.

(2) Les détails cliniques de cette observation nous ont été communiqués par notre père, le docteur P. Duzéa, qui les a étudiés chez une malade de sa clientèle.

Parallèlement à ces troubles digestifs, se montrent des troubles de la nutrition générale, mais pourtant assez peu accusés pendant un certain temps; la malade pâlit et maigrit; jamais aucun trouble nerveux.

La malade souffre au niveau de la région épigastrique, un peu plus à droite qu'à gauche.

Traitement général et traitement des symptômes. Lavage de l'estomac. En somme, traitement très varié, mais sans aucun résultat que de calmer momentanément les douleurs.

Dans les derniers mois, on ne put que soutenir les forces de la malade au moyen de lavements alimentaires.

En résumé, jusqu'au cinquième mois environ (l'affection a duré huit mois à peine), on se trouvait donc en présence de troubles généraux : amaigrissement, pâleur, perte des forces, et, point important à noter, sans aucune élévation de la température le soir. De plus, la malade ne toussait pas; et, en présence de troubles digestifs graves : douleurs épigastriques très violentes, vomissements incoercibles non sanglants, pas de mélæna. La palpation de l'abdomen ne donne, jusqu'à ce moment, que des résultats négatifs; à la percussion, cependant, on note déjà une notable dilatation de l'estomac. Les selles sont rares et peu abondantes.

En présence de ces symptômes, on conçoit quelle était la difficulté du diagnostic; on ne se trouvait pas en présence de phénomènes gastriques inflammatoires, puisque la température était constamment normale; l'absence de sang dans les vomissements faisait écarter l'idée d'un ulcère de l'estomac; il ne s'agissait pas non plus de phénomènes nerveux hystériques avec réactions stomacales, puisque jamais la malade n'a présenté le moindre accident nerveux. On n'avait pas affaire non plus à des vomissements consécutifs à une lésion de la moelle épinière, que ne venait démontrer aucun trouble de la sensibilité ou du mouvement.

A aucun moment l'urine n'a présenté du sucre ou de l'albumine; les troubles gastriques n'étaient donc pas d'origine rénale.

De plus, l'absence de symptômes hépatiques, spléniques ou du côté du reste du tube digestif, écartait encore l'idée d'une affection de ces organes.

Enfin, l'inefficacité absolue du traitement le plus méthodique et l'aggravation progressive de tous les symptômes énumérés plus haut, démontraient qu'il ne s'agissait pas là de simples troubles dyspeptiques, comme on les rencontre si fréquemment chez les jeunes ouvrières de cet âge.

Notons enfin qu'on ne trouvait rien de particulier du côté des organes génito-urinaires.

On arrivait donc, par exclusion, à l'idée d'une tumeur, d'un néoplasme probable de l'estomac; mais aucun symptôme local n'était encore venu le démontrer. On comprend de plus combien l'hésitation était grande à se prononcer en faveur de cette idée, en raison de l'âge de la malade; le fait était pourtant possible, les observations de la thèse du docteur Mathieu le prouvant amplement.

Mais, à partir du cinquième mois, les symptômes d'une tumeur de l'estomac, qui, jusque-là, avaient été douteux, ressemblant à ceux de toutes les autres affections de ce viscère, prirent des caractères d'une précision telle que, cette fois, le diagnostic de tumeur et d'obstruction du pylore put être porté *et fut porté définitivement.*

Depuis cette époque, en effet, la dilatation de l'estomac s'est accusée de plus en plus; puis, fait capital, après les vomissements, lorsque l'estomac était vidé de son contenu, on pouvait nettement sentir, à l'épigastre et un peu à droite, la paroi abdominale étant placée dans un relâchement complet, un empâtement profond d'abord, puis très nettement *une tumeur* qui, dans les derniers temps, paraissait avoir le volume du poing, et qu'on pouvait déplacer par des mouvements de latéralité. A chaque contraction cardiaque, elle était soulevée par la diastole de l'aorte.

La tumeur, qui jusque-là avait été pour ainsi dire latente, s'est mise à marcher tout à coup, en même temps qu'elle devait s'ulcérer à sa partie interne, érodant les vaisseaux, car à ce moment apparurent les vomissements marc de café et quelques mélænas, mais ces derniers très rares, comme les selles, et comme elles en très minime quantité.

Durant les deux derniers mois, les vomissements deviennent parfois moins fréquents, ne reparaissent que tous les deux ou trois jours, mais alors en très grande abondance; dans l'intervalle des vomissements, la malade accumulait, dans son estomac dilaté en amont du pylore, des aliments, des sécrétions et parfois du sang en caillots noirâtres à moitié digérés; puis, tout d'un coup, elle rejetait le tout et ainsi de suite.

En même temps, les phénomènes généraux devinrent de plus en plus accusés, la malade présentait alors tout le cortège symptomatique d'une cachexie rapide, excepté, pourtant, la teinte jaune paille caractéristique, qui, chez elle, était remplacée par une pâleur livide.

Huit mois après le début de son affection elle succombait, s'éteignant sous les progrès de la cachexie et de l'anémie consécutive.

Quoique la malade mourût dans sa famille, nous avons pu obtenir de celle-ci l'autorisation de pratiquer l'autopsie, dont voici les détails :

A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons de suite, sous le péritoine, l'estomac considérablement dilaté, remontant sous les côtes jusqu'au niveau de la base d'implantation du sein, ayant refoulé le diaphragme, et sur lui le cœur et le poumon gauche; du côté de l'abdomen, il déborde à droite et à gauche et s'étend, en s'étalant au-devant de l'intestin, presque jusqu'au bassin. Il est rempli de gaz et d'un liquide jaune clair avec des débris d'aliments très incomplètement digérés.

Au niveau de l'orifice pylorique, nous trouvons une tumeur du volume d'une très grosse orange, assez régulière antérieurement, sans adhérences avec les organes voisins. L'orifice de communication de l'estomac et de l'intestin était tellement rétréci que c'est à peine si nous pouvons y introduire une sonde cannelée ordinaire. Le néoplasme, assez consistant au niveau du pylore, avait gagné la paroi stomacale péri-pylorique, circulairement sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Sur cette partie du néoplasme nous trouvons des foyers ramollis et ulcérés, qui expliquaient la production des vomissements sanguins tardifs : cette région a dû être la dernière envahie.

La tumeur est absolument limitée au pylore, nous ne trouvons absolument aucune généralisation aux autres viscères abdominaux ou thoraciques.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. le docteur Chandelux, professeur agrégé et chef des travaux du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. Il a bien voulu nous communiquer la note suivante :

« Les coupes minces de la pièce convenablement durcie, colorées au picro-carmin, montrent les détails suivants de structure :

La masse principale de la tumeur est formée par du tissu fibreux dense, dont les faisceaux s'entrecroisent dans différents sens et n'offrent en beaucoup de points que de rares cellules conjonctives intermédiaires. Dans d'autres points, on distingue des éléments cellulaires épithéliaux, disposés tantôt sous forme de traînées ou de tubes, tantôt en îlots arrondis, suivant les incidences de la coupe.

Les éléments cellulaires sont représentés par un épithélium cylindrique clair, à mucus absolument semblable à celui qu'on observe à l'orifice des glandes à mucus stomacales. Les cellules, disposées en couche de revêtement unique, s'implantent par leur base sur les faisceaux conjonctifs, tandis qu'elles laissent entre elles, au niveau de leur portion libre, un intervalle ou lumière semblable à celle des glandes en tube normales. Dans aucun de ces tubes cellulaires, on n'aperçoit dans le fond des culs-de-sac aucun élément offrant les apparences des cellules granuleuses ou à pepsine.

Il ne s'agit donc évidemment pas de glandes normales de l'estomac hypertrophiées, mais bien d'un trouble évolutif de l'épithélium qui pousse des bourgeons au sein du tissu conjonctif

hypertrophié et donne, à cette production pathologique, la signification d'un *épithélioma cylindrique de l'estomac*. C'est là une des variétés du carcinome stomacal. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, informant l'Académie du désir, exprimé par l'ambassadeur d'Autriche-Hongrie, de voir la France envoyer des délégués au congrès international d'hygiène et de démographie qui doit tenir sa sixième session, à Vienne, dans le mois de septembre prochain. Des délégués de l'Académie seront désignés pour assister à ce congrès;

2° Une lettre du même ministre, avec envoi d'une étude de M. Constant Guinard, relative aux remèdes contre le croup et l'angine (Pour le concours du prix Saint-Paul);

3° Plusieurs lettres du ministre du commerce, relatives à des remèdes secrets.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport concernant les vaccinations gratuites pratiquées pendant l'année 1886, par M. le docteur de Welling (de Rouen) (Comm. de vaccine);

2° Un mémoire sur la vaccine, par M. le docteur Henri Massina (de Vernet-les-Bains) (Même comm.);

3° Un rapport sur les vaccinations pratiquées en 1886 et 1887 dans la garnison de Belfort, par M. Aubertin, médecin-major (Même comm.);

4° Un état des vaccinations et revaccinations des années 1885 et 1886, par M. le docteur Fournier (de Marseille) (Même comm.);

5° Un manuscrit intitulé : *Considérations sur l'allaitement de l'enfant nouveau-né*, adressé par Mme Marie Roy, née Duc (Comm. de l'hygiène de l'enfance);

6° Un mémoire sur une épidémie de pelade observée en 1886 sur les hommes du 122e de ligne, par M. le docteur Coustan, médecin-major (Comm. des épidémies);

7° Une communication de M. le docteur Ch.-Achille Sérieux, de Martigues (Bouches-du-Rhône), relative à l'emploi de l'ophthalmoscopie comme moyen de reconnaître la mort avec certitude (Comm. : MM. Brouardel, Giraud-Teulon et Tillaux);

8° Une histoire de la panique du 23 février 1887, à Nice, par M. le docteur Malgat (Comm. des épidémies);

9° Une lettre de M. le docteur Paul Fabre (de Commentry), posant sa candidature au titre de correspondant national de l'Académie dans la première section (Comm. de correspondance);

10° Deux plis cachetés adressés : l'un par M. le docteur Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille; l'autre par M. le docteur de Bailly, de Chambly (Oise). (Ces deux dépôts sont acceptés.)

MORT DE M. GOSSELIN

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Gosselin et exprime en termes émus toute l'étendue de la perte que l'Académie vient de faire en sa personne et les regrets unanimes qu'elle provoque.

Cette allocution est accueillie par les applaudissements de toute l'assistance.

Pour rendre hommage à la mémoire de M. Gosselin, ancien président de l'Académie, la séance est levée.

Les élections de correspondants, qui devaient avoir lieu dans cette séance, sont remises à la séance prochaine.

OBSÈQUES DE M. GOSSELIN

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, les obsèques de M. le docteur Gosselin, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine et chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, ont eu lieu hier mardi, à l'église Sainte-Clotilde, au milieu d'une affluence considérable.

L'Institut de France, la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, les Sociétés savantes auxquelles notre regretté maître appartenait, étaient représentés, non seulement par des délégations, mais encore par un grand nombre de leurs membres.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'instruction publique, Janssen, vice-président de l'Académie des sciences, Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Sappey, membre de l'Académie de médecine, Henri Roger, président de l'Association générale des médecins de France, et Peyron, directeur général de l'administration de l'Assistance publique.

L'inhumation a eu lieu au cimetière de Vitry (Seine), dans un caveau de famille. Conformément à la volonté formelle de M. Gosselin, les honneurs militaires, auxquels il avait droit comme commandeur de la Légion d'honneur, ne lui ont pas été rendus, et aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

Mais, tout en respectant scrupuleusement ses dernières volontés, M. Janssen, vice-président de l'Académie des sciences, en annonçant à l'Académie, dans la séance d'avant-hier lundi, la mort de son président, a tenu, ainsi que M. Vulpian, secrétaire perpétuel, à saluer sa mémoire d'un dernier hommage.

Nous reproduisons ci-dessous les paroles qu'ils ont prononcées.

Discours de M. Janssen, vice-président de l'Académie des sciences.

Messieurs,

Vous connaissez déjà la triste nouvelle que j'ai le devoir de vous annoncer : l'Académie a perdu son Président.

Le chirurgien éminent, l'auteur de si excellents ouvrages d'enseignement, le professeur émérite qui a formé tant d'élèves et que la génération chirurgicale actuelle presque tout entière se plaisait à reconnaître comme son maître, presque comme son père, celui enfin dont la carrière était si remplie et si honorée que l'hommage suprême que vous lui décerniez naguère n'était que mérité, a succombé samedi dernier, ayant pu à peine s'asseoir dans ce fauteuil dont il était si fier, si heureux et si reconnaissant envers vous, Messieurs.

M. Gosselin était né à Paris, le 16 juin 1815, juste le jour où la fortune accordait à Napoléon ses dernières faveurs dans les plaines de Ligny et de Fleurus, l'avant-veille de Waterloo.

Il fit ses études classiques et ses études médicales à Paris. Il eut pour maître Velpeau. Sa belle intelligence, son application remarquable, en particulier sa passion pour les études médicales le firent avancer rapidement et surtout sûrement dans la carrière. A trente et un ans, il était chirurgien des hôpitaux et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine. A quarante-cinq ans, il entrait à l'Académie de médecine, titulaire, depuis deux ans déjà, de la chaire de pathologie chirurgicale. C'était une haute situation; mais le jeune chirurgien, passionné pour son art et possédé du besoin impérieux de le répandre, loin de chercher à jouir de cette belle position si légitimement acquise, s'en servit pour avoir une

action plus étendue et plus efficace sur la jeunesse de son époque.

Il redoubla de travail et d'ardeur : livres d'enseignement, mémoires, leçons cliniques, tout est employé pour répandre la connaissance de l'art dont il est passionné, la connaissance des meilleures méthodes d'application. Ajoutons que les qualités de cœur du professeur lui prêtèrent un admirable concours. Aussi, Messieurs, l'influence de M. Gosselin sur la jeunesse chirurgicale de son temps fut-elle universelle. Presque tous les chirurgiens les plus renommés de l'époque actuelle et presque tous les agrégés et les professeurs ont été ses élèves. On nous disait même qu'il n'y avait peut-être pas en France un chirurgien ayant fait ses études à Paris, qui ne lui ait pas passé par les mains. Et tous ses élèves le chérissaient; tous avaient un respect profond pour son caractère.

C'est que, tout en se sentant profondément aimés, ils trouvaient en lui une belle âme et l'exemple de l'accomplissement de tous les devoirs : exemple d'exactitude scrupuleuse dans ses fonctions, car, malgré tant de devoirs divers à l'Académie, à la Faculté de médecine, à l'hôpital de la Charité, aux Sociétés savantes, qui le réclamaient de toutes parts, etc., etc., M. Gosselin n'eut jamais une défaillance et ne voulut même jamais se faire suppléer; exemple moral aussi par la modération des honoraires que notre confrère réclamait de ses clients fortunés et par la bonté, la facilité avec laquelle il donnait ses soins aux malheureux.

Cette belle carrière laissera un long souvenir parmi les chirurgiens de notre époque et les leçons de clinique chirurgicale à la Charité, continuées pendant vingt ans avec tant d'autorité, de persévérance et de succès, honoreront toujours le nom de Gosselin.

Il aimait la médecine avec passion, ainsi que je l'ai déjà dit tout à l'heure; mais il aimait aussi toutes les sciences, et nul ne suivait nos séances avec plus d'intérêt. Mais il eut encore un mérite, — supérieur peut-être, — il sut aimer et reconnaître la vérité partout où il la trouvait. C'est ainsi qu'il accueillait avec tant d'empressement les nouvelles idées de Lister sur les antiseptiques. C'est ainsi surtout que, chirurgien, il salua les découvertes d'un homme qui n'appartenait pas au corps médical, et fut un des premiers à reconnaître la grandeur des travaux de M. Pasteur et voulut être un des appuis de son Institut.

Je veux laisser, Messieurs, à une voix plus autorisée le soin d'apprécier les mérites de M. Gosselin comme chirurgien, comme auteur et comme professeur; mais je devais, au nom de l'Académie, saluer sa mémoire, assurer sa famille de toute la part que nous prenons au grand malheur qui la frappe, enfin offrir en exemple sa belle carrière à notre jeunesse savante.

Discours de M. Vulpian, Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

La perte que vient d'éprouver l'Académie, par suite du décès de M. Gosselin, est considérable. En 1874, époque de la mort du célèbre chirurgien Nélaton, l'Académie n'hésita pas dans le choix qu'elle avait à faire pour le remplacer : elle nomma M. Gosselin.

Praticien émérite, auteur de différents travaux qui étaient devenus promptement classiques, M. Gosselin était alors le représentant le plus éminent de la chirurgie française. Plusieurs de ses publications le désignaient plus particulièrement à vos suffrages, parce qu'elles contenaient de véritables découvertes et qu'elles montraient que ce praticien émérite était aussi un chercheur, un expérimentateur d'une sagacité et d'une habileté peu communes. Esprit ouvert à tous les progrès, il commençait par contrôler avec le jugement le plus droit toutes les idées nouvelles applicables à la chirurgie et, dès qu'il avait reconnu leur véritable utilité, il en devenait un des plus zélés propagateurs.

Il a fait preuve, dans l'exercice et l'enseignement de la chirurgie, des qualités les plus précieuses : la netteté des conceptions, la clarté de l'exposition, un bon sens impeccable, les ressources les plus ingénieuses de l'esprit.

Ces qualités se manifestaient partout où il prenait la parole, et vous avez pu les apprécier. Aussi l'aviez-vous porté aux hautes fonctions de la présidence, fonctions qu'il eût si bien remplies, si une maladie terrible ne l'avait pas terrassé. Dès qu'elle lui laissait quelques heures de répit, le lundi, il venait occuper cette place que vous lui aviez confiée et qui avait comblé toutes ses légitimes ambitions.

Mais, homme du devoir avant tout, il avait donné sa démission de la chaire qu'il occupait avec tant d'éclat à la Faculté de médecine, lorsqu'il s'était senti trop faible pour en remplir toutes les obligations, et, à la fin de l'année dernière, après une forte crise qui l'avait totalement abattu, il nous adressait sa démission de la vice-présidence, en nous disant qu'il comprenait bien qu'il ne pourrait pas répondre à la confiance de l'Académie et la présider cette année. Nous lui avions répondu, au nom de l'Académie, que nous espérions son retour complet à la santé et qu'il devait considérer sa lettre de démission comme non avenue. Hélas! ce savant praticien, dont le pronostic était presque infaillible quand il s'agissait des autres, ne s'était pas trompé non plus sur la gravité de son état.

Nous venons de perdre ce chirurgien de renom, cet excellent confrère que l'on ne pouvait connaître sans concevoir pour lui la plus vive affection. Il laissera parmi nous les souvenirs les plus chers, et ce n'est pas sans un violent serrement de cœur que je prononce ici ces quelques mots, après les paroles émues de M. le vice-président : ce sont les seuls adieux qui, pour obéir à sa volonté expresse, lui seront adressés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle du 20 avril 1887, M. Bovet, docteur en médecine, est passé du grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale, au grade de médecin aide-major de deuxième classe de ladite armée.

— Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira lundi prochain, 9 mai 1887, à midi et demi. Le jury se composera de MM. les professeurs Farabeuf, Guyon, Trélat, Verneuil et de M. Kirmisson, agrégé, juges titulaires, et de MM. les professeurs Lannelongue, Panas, et de M. Humbert, agrégé, juges suppléants.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Pousson.

— La mission scientifique confiée, par arrêté du 10 mai 1886, à M. le docteur Pozzi, pour étudier, en Allemagne et en Autriche, l'enseignement de la gynécologie, est prolongée d'un an à dater de ce jour.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayonne (de Gimont); Brun père (de Vernes-la-Varenne) et Amédée Lévesque, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen et professeur de pathologie interne à l'École de médecine de cette ville.

— *Muséum.* — M. Guignet, suppléant M. le professeur Chevreul, commencera le cours de chimie appliquée aux corps organiques, mardi prochain 10 mai 1887, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le cours de la présente année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

— La Policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut est transférée 151, rue de Grenelle-Saint-Germain. C'est dans ce nouveau local que, tous les jeudis, ont lieu à neuf heures la leçon et, à dix heures, la consultation.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21115

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Du diagnostic différentiel entre la mammite chronique et le cancer du sein au début.

Leçon recueillie par M. BARRAUD, interne du service.

J'ai l'intention de vous entretenir d'une malade couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marthe et que je vais opérer, devant vous, après la leçon. C'est une femme, L. B..., âgée de quarante-huit ans, couturière, entrée le 5 février pour une tumeur du sein gauche et dont voici l'observation :

Ses parents sont morts, le père accidentellement, la mère a succombé à une hémorrhagie cérébrale. Personnellement elle s'est bien portée dans son enfance et sa jeunesse; réglée à quatorze ans, elle l'a toujours bien été jusqu'au mois de juin dernier, époque de la ménopause. Mariée à vingt-cinq ans, elle a eu un enfant qui a aujourd'hui dix-neuf ans ; pas d'autre grossesse; aucune maladie.

Au mois de septembre dernier, elle s'est aperçue, pour la première fois, d'une petite grosseur du volume d'une noisette, siégeant dans le sein gauche. Elle ne s'en est d'abord pas préoccupée, car elle n'en souffrait pas; mais, peu à peu, la tumeur a grossi et, depuis deux mois, elle s'est accompagnée d'élancements dans le sein, avec propagation vers l'épaule et jusque dans le bras.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons une femme robuste, au teint coloré, paraissant jouir d'une excellente santé. Les deux seins n'offrent rien de particulier à la vue ; ils ne présentent aucune déformation, leur volume est sensiblement égal; la peau n'a pas changé de coloration et il n'existe à la surface aucune dilatation veineuse; les dépressions sus et sous-claviculaires sont aussi accusées à droite qu'à gauche. Par la palpation, on sent, en saisissant le sein gauche à pleine main, une tumeur du volume d'une noix environ, très dure, non fluctuante, irrégulière, située en dehors du mamelon et faisant corps avec la glande. On la retrouve, avec les mêmes caractères, lorsqu'on cherche à aplatir la mamelle contre la paroi thoracique. Elle fait partie intégrante du tissu glandulaire avec lequel elle est fusionnée, et il est impossible de lui imprimer aucun mouvement, sans déplacer le sein en entier. Elle n'offre aucune adhérence profonde avec le muscle grand pectoral; superficiellement, au contraire, la peau n'est pas mobile à son niveau. Lorsque, saisissant la surface cutanée entre le pouce et l'index de la main gauche, on cherche à rapprocher les deux doigts, la peau, au lieu de former le bourrelet normal, se déprime au point central de la tumeur et il est impossible de la soulever, sans entraîner toute la masse en même temps.

On perçoit dans l'aisselle un petit ganglion situé sur la paroi interne; il est unique et indolent comme le reste de la tumeur.

J'ai de nouveau revu la malade hier, et j'ai constaté une augmentation très notable de la tumeur, qui présente maintenant le volume d'une petite orange ; progression à laquelle n'ont peut-être pas été étrangers les nombreux examens auxquels cette femme a été soumise. De plus, elle souffre davantage; il y a un peu de douleur spontanée, mais surtout de la douleur à la pression; enfin, chose bizarre, je ne retrouve plus le ganglion lymphatique axillaire, que mon interne et moi avions constaté lors des premières recherches.

Tout l'intérêt de ce cas réside dans l'étude du diagnostic, qui offre une importance capitale. Il vous arrivera bien souvent, en effet, dans votre pratique médicale d'être appelés à formuler votre avis sur des faits analogues et vous vous souviendrez avec fruit des quelques conseils que je vais vous donner. En présence de quelle maladie sommes-nous? Quelle conduite devons-nous tenir?

Notre malade est évidemment affectée d'une tumeur du sein. Ce point n'est pas douteux pour nous et ce sera la première conviction que vous devrez acquérir puisque, vous le savez, souvent des femmes viennent se plaindre de tumeurs qui, en réalité, n'existent pas. Ne croyez point ce conseil inutile; non seulement des femmes, mais, ce qui est plus grave, des médecins s'y trompent, et je voyais dernièrement dans mon cabinet une dame, venue de province me consulter pour une prétendue tumeur que son médecin voulait opérer : or, après un examen minutieux, je pus me convaincre qu'elle n'en avait point. Pourquoi cette erreur? C'est que le confrère en question n'avait pas su examiner sa malade : saisissant la mamelle à pleine main comme pour l'énucléer, il avait senti une masse irrégulière, plus dure en un point, bombant davantage sous la peau, et il en

avait conclu qu'il s'agissait d'une tumeur développée dans la glande. Je vous ai répété cette petite manœuvre à propos d'une femme, entrée à la salle Sainte-Marthe, et, vous avez vu combien l'erreur est possible. Mais si elle est facile à faire, elle est également facile à éviter. Admettons, en effet, qu'il existe bien réellement une tumeur, elle ne pourra pas disparaître comme par enchantement et nous devrons la retrouver, quel que soit le sens dans lequel nous palpions la glande; elle peut fuir sous le doigt, se déplacer, mais nous la retrouverons toujours. Modifions donc notre méthode d'examen et, au lieu de saisir la mamelle à pleine main, pressons-la contre la poitrine. Alors tout change, la sensation que nous éprouvons devient uniforme, la tumeur prétendue, celle qu'avait sentie le confrère dans le cas que je vous rapporte plus haut, a disparu. Voilà, ce qu'il faut toujours faire; c'est par là que vous devrez toujours commencer vos recherches; c'est ce que nous avons fait et il nous a été facile de nous convaincre qu'il ne s'agit point ici d'une tumeur imaginaire.

Ce premier point établi, en présence de quelle affection nous trouvons-nous? Rappelez-vous les signes cliniques que je viens de vous énumérer. C'est une tumeur solide, irrégulière, dure, faisant corps avec la glande dont on ne peut la détacher. Ces deux signes : l'irrégularité de la tumeur, l'absence de capsule enveloppante, suffisent à nous faire éliminer d'emblée le groupe des adéno-fibromes et des sarcomes sur lesquels, j'espère, les hasards de la clinique me permettront d'attirer votre attention dans le courant de l'année. Ces différentes tumeurs offrent, en effet, ce signe particulier d'être entourées d'une membrane limitante, qui les isole du tissu glandulaire sur lequel elles sont plus ou moins mobiles, mais avec lequel elles ne font jamais corps, du moins dans les premiers temps de leur évolution. Mais notre diagnostic, quoique restreint par cette élimination, n'en est pas moins encore bien délicat. Deux affections du sein, très différentes par leur gravité et par le traitement dont elles sont justiciables, offrent ce même complexus symptomatique, je veux parler de la mammite chronique et du cancer au début. Voyons donc quels sont les signes qui nous permettent de les distinguer.

L'interrogatoire de la malade pourra vous fournir un utile renseignement; elle vous racontera quelquefois qu'elle a déjà eu des grosseurs analogues, soit dans le sein, pour lequel elle vous consulte, soit dans celui du côté opposé; ces grosseurs ont disparu ou diminué, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de pommades; puis elles ont reparu pour disparaître de nouveau. C'est là un excellent commémoratif qui devra vous faire pencher plutôt vers l'idée de noyaux de mammite, car, souvenez-vous-en bien, le cancer ne rétrograde jamais. Il peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, mais, une fois qu'il s'est établi en un point quelconque de l'économie, il ne s'en va pas. Et pourtant, ce renseignement vous permet-il d'affirmer que la tumeur pour laquelle vous êtes consultés de nouveau est encore un noyau analogue aux précédents? Malheureusement non; il ne fait que vous donner des présomptions, car pourquoi ce sein, qui a été plusieurs fois le siège d'inflammations localisées, ne serait-il pas aujourd'hui atteint de néoplasme? Je ne veux pas m'étendre, en ce moment, sur les idées actuelles relativement à la prédominance de localisation des tumeurs malignes dans les points qui offrent une moins grande résistance vitale; mais, je ne puis m'empêcher de vous rappeler que les théories modernes nous obligent à admettre la possibilité ou mieux l'existence de pareils faits.

L'état de la peau mérite de fixer notre attention; la vue ne vous révélera en général aucun signe, mais il n'en est pas de même du toucher. Lorsque, chez notre malade, nous prenons la surface cutanée entre les doigts de la main gauche, dans la zone voisine du mal, nous trouvons qu'elle est libre, facile à soulever, sauf à la partie centrale de la tumeur. A ce niveau elle n'est plus mobile, elle se déprime, elle est « capitonnée », si vous me permettez cette expression nouvelle, qui traduit bien l'aspect sous lequel elle se présente. C'est là un signe très important, car il indique qu'il existe une adhérence circonscrite entre la face profonde de la peau et la tumeur. Je sais qu'il n'est pas absolument pathognomonique; il existe, en effet, des cas de mammite simple où cet état, encore désigné sous le nom de « peau d'orange », a été signalé et vous en trouverez un bel exemple dans la thèse de mon élève Phocas. Mais vous n'en devez pas moins le rechercher, et sa constatation devra vous faire incliner plutôt vers l'idée du cancer.

Un autre signe est tiré de la consistance de la tumeur; je n'y insisterai pas longuement et voici pourquoi : rien n'est difficile en clinique comme de traduire par la parole une sensation purement personnelle; c'est affaire d'habitude, d'expérience, et ce signe auquel j'ai recours dans mes examens, où il me rend les plus grands services, ne pourra vous être utile que lorsque vous aurez été familiarisés avec ces tumeurs; quand vous en aurez vu beaucoup et quand il vous sera possible, après les avoir groupées dans votre esprit, de les comparer entre elles, vous vous apercevrez bien vite de la différence de consistance qui existe entre les noyaux de mammite chronique et les noyaux de cancer; ces derniers sont beaucoup plus durs. Retenez donc bien ce caractère, recherchez-le dans tous les cas qui se présenteront à vous et vous arriverez à vous mettre dans la main cette différence de sensation.

Un quatrième point est relatif au nombre des tumeurs. Dans le cancer, il n'y a presque toujours qu'un noyau unique, qu'un seul sein envahi. Les cas où l'on a observé un cancer bilatéral, apparaissant simultanément à droite et à gauche, sont très rares, et vous savez qu'en clinique, il ne faut pas raisonner avec les exceptions. Si je ne craignais de faire peut-être un jugement téméraire, qui n'aurait malheureusement qu'une valeur rétrospective, je vous rapporterais l'observation d'une dame, que j'ai vue, il y a peu de temps, et à laquelle un chirurgien a enlevé les deux mamelles pour une tumeur bilatérale diagnostiquée cancer. Cette dame, qui est encore jeune et a été opérée depuis quinze ans, possède aujourd'hui une santé magnifique, autres particularités qui me font mettre un tant soit peu en suspicion le diagnostic porté par mon confrère. Le cancer du sein est, en effet, une maladie de l'âge mûr; il ne se rencontre que rarement dans la jeunesse, à l'inverse d'autres manifestations analogues localisées en d'autres points de l'économie, au testicule, à l'œil, par exemple, pour ne citer que les plus fréquentes. De plus, croyez-en mon expérience déjà longue, nous ne guérissons pas le cancer, même localisé; nous en retardons l'extension, nous en arrêtons momentanément la marche, mais, règle générale, la maladie reprend ses droits et récidive sur place.

Voici un autre caractère que vous trouverez signalé dans tous vos auteurs classiques et qui est très net chez notre femme, je veux parler de l'intégrité du système lymphatique. D'ordinaire, dans la mammite, les ganglions de l'ais-

selle sont plus vite pris que dans le cancer; soyez bien certains que si nous n'étions pas en présence d'un néoplasme, nous aurions depuis longtemps déjà de l'adénopathie axillaire. J'ai cru, vous ai-je dit, lors d'un premier examen fait rapidement, avoir trouvé un ganglion sur la paroi interne de l'aisselle. En revoyant la malade hier, j'ai recherché attentivement ce ganglion contre lequel je comptais ne pas rester inactif et je ne l'ai pas trouvé. A-t-il glissé sous le grand pectoral? Je n'en sais rien; en tous cas cette difficulté à le découvrir prouve que l'adénopathie, si tant est qu'elle existe, n'est guère avancée; ce qui confirme l'opinion que nous avons sur la nature du mal auquel nous avons affaire.

Enfin, la marche est différente dans les deux cas, beaucoup plus longue dans la mammite qui peut persister tout le reste de l'existence, avec des périodes d'augmentation aux époques des règles, de retrait dans leur intervalle; dans le cancer elle est régulière, uniforme, plus ou moins rapide suivant les sujets. Voyez notre malade; elle est atteinte depuis le mois de septembre dernier seulement et la tumeur a déjà acquis le volume d'une petite orange.

Je me résume : en raison de la rapidité dans l'évolution de la tumeur, en raison de son caractère unique, très dur, de l'adhérence de la peau à sa surface, de sa marche progressive, je porte le diagnostic de cancer au début. Si vous me demandez en présence de quelle espèce de cancer nous sommes, je ne vous ferai point de réponse ou plutôt je vous dirai que je l'ignore. Mes connaissances cliniques ne me permettent pas de différencier, à cet âge de la maladie, les variétés de cancer et je vous avoue que je m'en console aisément. Qu'il s'agisse d'un encéphaloïde, d'un squirrhe, d'un épithélioma, peu nous importe; n'attendons pas d'avoir la justification d'un diagnostic qui pourrait être une satisfaction pour le chirurgien, mais serait certainement nuisible à la malade. Intervenons avant que le mal ait envahi davantage la glande et ait rendu toute opération inutile, pour ne pas dire nuisible.

Devons-nous opérer? Je ne crois pas qu'il y ait de doute possible à ce sujet. La malade est une femme forte, de bonne santé apparente, qui ne présente encore aucun retentissement sur l'état général et chez laquelle la lésion est, pour nous chirurgien, bien localisée; nous espérons enlever tout le mal, en dépasser même les limites, ce qui est le criterium de l'intervention opportune. Je vais donc pratiquer deux incisions curvilignes, comprenant dans leur intervalle toute la mamelle, que j'enlèverai complètement; je les prolongerai jusque dans l'aisselle, afin d'en sentir directement le contenu et de m'assurer ainsi de l'existence ou de l'absence de ganglions. Puis, après ablation de la glande et hémostase complète, je pratiquerai une suture dans toute l'étendue de la plaie que j'aurai soin de drainer, car je considère que, même à l'heure actuelle, le drainage est un procédé sûr, sans autre inconvénient qu'un léger retard dans la guérison et qu'il faut par suite conserver.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

La maladie de Friedrichs (1).

II

Avant de reprendre par le détail le sujet que nous avons traité dans la dernière leçon, je voudrais commencer par vous parler d'un épisode intéressant qui s'y rapporte et que j'ai négligé intentionnellement de vous citer lundi dernier.

J'ai dit que la démarche des malades, atteints de la maladie de Friedrichs, est à peu près semblable à celle des tabétiques et j'ai cherché à vous démontrer, par la méthode des contrastes, les différences existant entre cette démarche et celle des malades atteints de sclérose en plaques, démarche cérébelleuse, ébrieuse. D'aucuns ont appelé cette dernière démarche pseudo-tabétique, ce qui est une mauvaise dénomination, car il n'y a pas de pseudo-tabes. Je lui préférerais celui de démarche de *steppeur*, c'est-à-dire analogue à celle d'un cheval qui marche en levant ses deux jambes d'une façon exagérée ou qui *steppe*.

De plus l'affection pseudo-tabétique d'un de nos malades — comme certains médecins l'appelleraient — n'a aucun rapport avec le tabes, avec l'ataxie locomotrice progressive, elle n'est autre chose qu'un nouvel exemple de paralysie alcoolique, caractérisée anatomo-pathologiquement par une lésion des nerfs périphériques. Voyez d'ailleurs comment ce malade marche devant vous : le pied se lève et retombe en produisant un double bruit, un bruit de la pointe du pied et un bruit du talon. Or, ce n'est pas ainsi qu'un ataxique lève le pied et, quand il marche, on n'entend qu'un seul bruit. Par contre la longueur du pas est la même dans les deux maladies, toujours plus petite que celle d'un pas ordinaire, parce que les individus marchent, piétinent, pour ainsi dire, sur place.

Mais qu'au lieu de marcher ils restent dans la station debout, tous deux auront les jambes écartées afin d'avoir une base de sustentation plus solide, mais tandis que le tabétique se maintiendra par des oscillations à peu près continuelles d'arrière en avant, afin de conserver son centre de gravité, et agitera constamment ses pieds, le pseudotabétique ou paralytique alcoolique ne pourra rester tranquille, et cependant les mouvements des pieds n'auront pas lieu, ceux-ci étant paralysés : ces mouvements se feront tout entiers par les muscles des cuisses et les pieds se déplaçant pour ainsi dire par frottements sur le sol.

Par contre, tabétique vrai et pseudo-tabétique ont perdu le réflexe rotulien. Chez le premier, on observe le signe de Romberg, c'est-à-dire que s'il ferme les yeux, étant debout, il tombera infailliblement; or, quand ce signe existe il ne disparaît plus. Chez notre paralytique alcoolique, ce signe a également existé mais, par contre, il a disparu depuis quelque temps, la période active de la maladie ayant cessé.

Dans la paralysie alcoolique, l'évolution des phénomènes morbides est rapide, il n'existe aucun des symptômes céphaliques du tabes, aucune paralysie vésicale, et si la maladie est traitée, elle peut guérir. Le tabes, au contraire, une fois commencé, progresse fatalement pour ainsi dire, sans s'arrêter et la guérison est des plus rares, presque exceptionnelle. J'ajoute, en passant, que cette paralysie des extenseurs du pied que nous observons chez notre alcoolique se retrouve aussi dans le béribéri, la paralysie saturnine.

En résumé, je voulais vous montrer ce malade dont l'affection n'est pas très commune et s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, de même que l'alcoolisme, puisque, sur quinze alcooliques, on rencontre douze femmes et seulement trois hommes.

Je vous ai montré, dans notre dernière leçon, le jeune garçon de vingt ans atteint de la maladie de Friedrichs, nous

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 413.

allons le faire coucher devant vous à l'amphithéâtre, afin de compléter sa symptomatologie et achever sa comparaison avec celles de l'ataxie locomotrice et de la sclérose en plaques.

Vous remarquerez, chez ce jeune malade, une sorte de pied-bot équin, ainsi qu'on l'a déjà constaté dans la majorité des cas rapportés jusqu'à présent. (On en connaît de quarante à cinquante environ, les autres appartenant à la sclérose en plaques.) Ce pied bot est visible, surtout si le malade est couché, et s'accompagne du redressement des orteils dans le sens dorsal. Ce redressement, qui disparaît quand il met le pied à terre, est pour ainsi dire un caractère de famille, car son père l'a observé chez tous ses autres enfants, c'est même l'un des premiers symptômes en date.

Comme second caractère de la maladie de Friedrichs, je citerai l'instabilité du malade dans la période de repos, instabilité choréiforme à mode athétosique. On la voit quelquefois aussi dans l'ataxie, mais très rarement.

J'ajoute que, en dehors de ces phénomènes, le type classique présente parfois des variétés : ainsi l'on voit quelquefois le signe de Romberg ou l'incoordination motrice faire défaut; d'autres fois les malades ont des douleurs fulgurantes comme dans l'ataxie, — le fait est rare, il est vrai, — enfin, dans certains cas, le réflexe rotulien est conservé.

Voilà pour les variétés du type classique, étudions maintenant la marche de la maladie. Tout d'abord nous constatons un contraste très marqué entre la sclérose en plaques, dont la marche présente des temps d'arrêt, des entr'actes, avant de devenir indélébile ou quelquefois de se terminer par la guérison, entre la sclérose, dis-je, et la maladie de Friedrichs. Celle-ci, au contraire, a une évolution toujours progressive, sans aucun amendement, quoiqu'elle puisse durer de longues années, vingt, trente ans et même davantage, jusqu'au moment où le malade est emporté par quelque maladie intercurrente. Quant à l'ataxie locomotrice, elle est progressive, sauf parfois quelques temps d'arrêt, et se termine fatalement tôt ou tard. Je ne parle pas du tabes réellement bénin avec l'esquisse complète de la symptomatologie de l'ataxie locomotrice mais en miniature. Il y a même, cela soit dit en passant, des tabétiques qui guérissent, —j'en connais deux ou trois cas, — tandis que je ne connais pas un seul exemple de guérison de la maladie de Friedrichs.

Notre jeune garçon est malade depuis dix ans, et il a eu tout de suite sa symptomatologie presque complète, tandis que, dans l'ataxie locomotrice, l'évolution est souvent très lente.

On a appelé ataxie héréditaire la maladie de Friedrichs, le terme est-il juste? Oui et non. En effet, cette affection est la maladie d'une génération ou d'une famille, c'est-à-dire de la série des enfants d'une même famille, et non pas une maladie héréditaire du père au fils. L'hérédité du père à ses enfants, dans ces cas-là, est une hérédité de transformation et non similaire.

D'autre part, l'ataxie locomotrice vraie appartient à la grande classe neuropathologique; ce n'est ni un accident, ni une maladie infectieuse, ni la syphilis comme on l'a prétendu à tort, qui la créent de toutes pièces; ici l'hérédité est la suivante : les parents d'un ataxique sont atteints d'affections nerveuses, différentes de l'ataxie; un ataxique n'est pas engendré par un ataxique, mais par un nerveux, un épileptique, etc. Quand l'ataxie est précoce, c'est que les parents sont frappés d'une tare nerveuse considérable. Le dernier ataxique que je vous ai présenté avait un père épileptique, mort à l'asile Sainte-Anne de paralysie générale progressive, une sœur arthritique, une autre sœur hystérique et un grand-père asthmatique.

Un peintre bien connu, un peu original, mort récemment d'une gangrène du pied consécutive à l'administration intempestive du seigle ergoté, à haute dose, était ataxique et il le savait, tandis que son père était hémiplégique et aphasique, sa mère épileptique, que de ses deux frères l'un est atteint de paralysie générale progressive et l'autre est un cérébral. Voilà encore un exemple d'hérédité de transformation.

Au point de vue de la maladie de Friedrichs, voici des exemples de la façon dont se comporte l'hérédité : Famille de neuf enfants; père, maladie de Bright; mère, choréique; un oncle aliéné, cinq enfants (garçons et filles) atteints de la maladie de Friedrichs, trois enfants rien, une fille morte à l'âge de dix ans. Les quarante ou cinquante cas, que je vous citais tout à l'heure, se répartissent en vingt-cinq familles seulement. Musso (de Turin) a rapporté l'observation suivante au point de vue de l'hérédité de la maladie de Friedrichs : Grand'père, rien; grand'mère, mélancolie se terminant par la démence; frère de la grand'mère, ataxique vrai; père et mère, rien; enfants : un se porte bien, n'a jamais rien eu, trois sont mort-nés, trois sont atteints de la maladie de Friedrichs; enfants de l'oncle ataxique : quatre mort-nés, quatre atteints d'ataxie héréditaire, deux n'ont rien eu.

Voilà le mode d'hérédité de la maladie de Friedrichs, c'est-à-dire une hérédité de transformation.

C'est dans l'enfance que la maladie débute le plus ordinairement, ou mieux entre sept et seize ans, tandis que l'ataxie locomotrice apparaît généralement chez les individus qui ont atteint ou dépassé l'âge de vingt ans.

La sclérose en plaques est aussi une maladie infantile comme époque du début, mais elle n'est pas une maladie de famille, comme nous venons de vous l'expliquer, elle n'est pas la maladie d'une génération, quoique son hérédité soit aussi une hérédité de transformation.

Quelques mots, maintenant, pour terminer ce qui a trait à la maladie de Friedrichs, sur l'anatomie pathologique qui constitue, nous devons le reconnaître, un chapitre encore bien rudimentaire, tant le nombre des autopsies qui ont pu être faites est peu considérable. On ne compte guère, en effet, que quatre ou cinq observations seulement et encore ces quatre ou cinq observations sont-elles loin d'être toutes un peu complètes.

Dans les quelques rares occasions où l'autopsie a été faite, on a constaté que les lésions portaient sur les faisceaux postérieurs tout entiers, faisceaux de Goll, faisceaux de Burdach; on a remarqué que les faisceaux latéraux étaient envahis également, et même que les altérations s'étendaient jusque dans les cordons antérieurs. En résumé, il s'agirait de lésions diffuses et non systématiques comme dans l'ataxie locomotrice progressive, où les faisceaux latéraux ne sont pas pris. Par contre, vous le savez, dans la sclérose, les plaques qui la caractérisent sont disséminées, sans qu'il y ait aucune règle dans leur distribution.

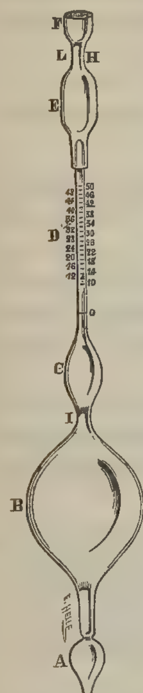
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pèse-lait du Dr Rousse (de Fontenay-le-Comte).

Ce nouvel instrument, d'une forme qui ne ressemble en rien à celle des densimètres connus jusqu'à ce jour, est appelé par l'auteur

galacti-densimètre. Il est en verre; il plonge dans l'eau distillée et non dans le lait dont on veut connaître le poids.

Il se compose de trois carènes. La première reçoit le lest, la seconde fait équilibre au lait, la troisième est destinée à régler l'enfoncement de l'instrument dans l'eau distillée, suivant le poids du lait.



Un tube gradué, et qui marque la densité différente des laits, surmonte cette troisième carène.

Enfin, il est coiffé d'une capsule mobile qui est destinée à contenir le lait à peser.

Cinq centimètres cubes de lait suffisent pour charger cette cupule, et, pour que le volume soit aussi exact que possible, c'est-à-dire pour éviter l'effet du ménisque, ce volume de 5 centimètres cubes se termine dans un tube de 2 millimètres environ de diamètre, qui est soudé à la cupule. Ce tube est surmonté d'un entonnoir très petit qui sert pour charger les cupules.

Le docteur Rousse ne s'est pas contenté de dresser un tableau rectificatif pour la température à laquelle on opère; il a fait connaître la loi qui régit ce tableau de rectification.

109 analyses et 515 observations lui ont été nécessaires pour arriver à la confection de son galacti-densimètre, ce qui nous prouve le soin que l'auteur a apporté à son travail. Cet instrument est d'une manipulation facile et devra rendre des services certains dans l'allaitement des enfants.

Comme conclusions de ce travail, nous trouvons :

1° Le galacti-densimètre est un instrument destiné à faire apprécier, d'une façon certaine, la qualité du lait des nourrices, et cela sans le secours d'un autre moyen.

2° Il indique sûrement les variations qui peuvent survenir dans un même lait pendant une nourriture.

3° Il est un élément précieux de diagnostic dans certains états pathologiques de l'enfant.

4° Le lait qui, à la température de 15 degrés, marque au galacti-densimètre de 1 030 à 1 034 est un aliment parfait.

5° Cet instrument est applicable à tous les laits.

CORRESPONDANCE

Anthropologie de la France : carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux.

Paris, le 9 mai 1887.

Mon cher Directeur,

J'ai l'honneur de faire appel à votre bienveillant concours pour une œuvre scientifique et nationale que j'entreprends avec le patronage de l'Association française pour l'avancement des sciences.

L'un des *desiderata* de l'anthropologie française est la carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux par département, pour servir à la connaissance de la répartition de nos principales grandes races actuelles, sur le modèle de la carte de la taille, que Broca a publiée en 1860-1866. De semblables cartes existent dans la plupart des États de l'Europe, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, en Belgique. Là ou elles n'existent pas, comme en Angleterre, en Russie, en Italie, elles sont en voie de préparation. Les États-Unis d'Amérique ont depuis longtemps leur statistique sur la couleur; le gouvernement du Bengale l'organise en ce moment.

La France qui, il y a vingt-cinq ans, a entraîné toute l'Europe dans la voie de l'anthropologie, doit-elle aujourd'hui rester en arrière? On m'a désigné, à l'étranger précisément, comme le plus indiqué pour mener à bonne fin ce travail chez nous. Je réponds résolument en me mettant à l'œuvre, et compte sur l'assistance patriotique de tous.

Je m'adresserai à l'Administration le jour où j'aurai fourni la preuve que l'opération est facile. Aujourd'hui, je commence par voie d'initiative privée, convaincu que, grâce à tous, je réunirai promptement un nombre d'observations qui ne portera pas encore sur des millions, mais suffira largement pour établir une première carte démontrant la haute portée de ce travail.

Ce que je demande est simple, sans ennui pour les personnes observées, et sera pour tous, j'en suis sûr, une véritable distraction. Il s'agit de remplir une feuille répondant à cent observations, en pointant d'un trait au crayon dans certaines colonnes. Une demi-minute suffit par sujet, mettons deux heures pour la feuille entière, en supposant les sujets rassemblés.

Je ne veux d'observations que sur les adultes des deux sexes; la loi de développement de la couleur, suivant les âges, enlève aux relevés sur les enfants une bonne partie de leur signification.

La méthode d'observation que j'ai instituée, et qui est déjà adoptée à l'étranger pour de grandes statistiques officielles, s'inspire de celle de Broca. Elle est d'une facilité plus grande encore et permet à tous, sans exception, de collaborer à l'œuvre commune.

Les personnes les plus particulièrement indiquées sont :

Les chefs de service et internes des hôpitaux et asiles de toutes sortes, sur leurs malades;

Les médecins, sur leurs clients;

Les chefs, contre-maîtres, surveillants et médecins d'administrations ou usines, sur le personnel de leur établissement;

Toute personne faisant partie d'un groupe quelconque : société, assemblée, cercle, dont les membres se prêteront volontiers à ce genre de recensement;

Les médecins et officiers de l'armée et de la marine;

Les instituteurs, non sur les enfants confiés à leurs soins, mais sur les adultes autour d'eux;

Les employés, sur les personnes se présentant quotidiennement à leur bureau;

Etc., etc.

Je vous serai obligé, mon cher directeur, de vouloir bien indiquer aux personnes désireuses de s'associer à cette œuvre d'intérêt scientifique mon adresse, 104, rue de Rennes, Paris. J'aurai l'honneur de leur envoyer :

1° La feuille à remplir;

2° Les modèles polychromes qui y sont joints;

3° Les instructions détaillées nécessaires, et elles pourront se mettre à l'œuvre de suite, lorsque leurs loisirs ou les occasions le leur permettront.

Veuillez agréer, mon cher directeur, l'expression de ma haute gratitude.

Dr Paul TOPINARD.

Tous les renseignements et publications ayant trait à la *Carte de la couleur des yeux et des cheveux en France* sont centralisés dans la *Revue d'anthropologie*.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 4 et 5 du décret du 10 janvier 1884, relatifs à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de l'armée territoriale sont modifiés ainsi qu'il suit :

« ART. 4. — Pourront exceptionnellement être promus, d'emblée, au grade de major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve, et au grade de major de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de

deuxième classe, les médecins et les pharmaciens appartenant à l'une des catégories suivantes :

Médecins et pharmaciens professeurs titulaires dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes et les Écoles supérieures de pharmacie.

Art. 5. — Pourront exceptionnellement être promus, d'emblée, au grade de major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes, les Écoles de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie; les chefs de clinique, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecins, de chirurgiens ou de pharmaciens d'hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 2 mai 1887.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre,

Gal Boulanger.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

201. — M. Metaxaszani. De la cure de certaines tumeurs de la face. — 202. M. Bitzo. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée; ses ulcérations tuberculeuses. — 203. M. Nivet. De la fréquence relative des différentes variétés de chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme (suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886). — 204. M. Lerond. Traitement de l'hydrocèle par les injections au chlorure de zinc au dixième. — 205. M. Joffrin. Étude critique sur les déchirures du périnée : variétés, étiologie, traitement. — 206. M. Flaud. Traitement de l'hygroma prérotulien chronique. — 207. M. Delobel. Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoïdienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mai 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Domergue, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, Vaudin et Varenne; — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Le Conte, Eyssartier, Lataix, Anglade, Richard, Camuset, Deplagne, Carcanague, Couget, Faure, Salauze et Valade.

— Par décret, en date du 2 mai 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Lemeland, Le Gac, Delacroix, Le Rouzic, Schaedelin, Py, Weil, Coquelu, Lafont, Ansaldy, Volf, Roger, Chassan, Charrier, Mesnier et Rémy.

— Par décret, en date du 4 mai 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, docteurs en médecine, Guérin et Bourdon.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin, docteur en médecine, Renaud.

— Par décret, en date du 4 mai 1887, M. Bellamy, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 7 mai 1887, M. le docteur Lefèvre, aide-médecin, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté préfectoral, M. le professeur Labéda a été nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts de Toulouse, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Petit est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement de Paris; M. le docteur Fodéré est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris.

— Le sujet de la composition écrite qui a été donnée aux candidats du concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés a été : « Le lobe frontal (anatomie et physiologie). »

— Les candidats du concours qui s'ouvre aujourd'hui lundi 9 mai 1887 à la Faculté de médecine de Paris, pour la nomination à six places d'aide d'anatomie, sont au nombre de quatorze. Ce sont : MM. Chevalier, Jonnesco, Rollin, Rieffel, Leguen, Valat, Gautier, Janet, Regnier, Lefèvre, Reboul, Dumoret, Regnauld et Pozzi.

— *Hospices civils de Marseille.* — M. le docteur Pluyette est nommé chirurgien adjoint et M. le docteur H. Alezais est nommé médecin adjoint.

— *Hospices civils de Rouen.* — Le jeudi, 4 août 1887, un concours aura lieu à l'Hôpital-Général, à trois heures et demie, pour la nomination de médecins adjoints. — Pour les diverses conditions du concours, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire-directeur des hospices, à Rouen.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours pour une place de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie sera ouvert le vendredi 24 juin 1887; les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 23 juin.

Le traitement de chef des travaux pratiques est de 1500 francs, et la durée des fonctions est de six ans.

— M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie le samedi 14 mai 1887, à quatre heures et quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des eaux souterraines. Il exposera aussi l'histoire géologique du fer. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

— M. le docteur Jules Simon reprendra, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 18 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Consultation clinique tous les samedis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21138

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il y a une dizaine d'années environ, lorsque M. Alph. Guérin publiait ses leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, il consacrait une leçon entière à l'histoire de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, une des variétés du groupe des adénites péri-utérines. Déjà, disait-il, on savait que les ganglions lymphatiques péri-utérins sont susceptibles de s'enflammer, de grossir et de suppurer; on connaissait l'existence des adénites intra-pelviennes. Mais personne, ajoutait-il, ne s'était aperçu de l'analogie qui existe entre les symptômes de certaines adénites et ceux du phlegmon des ligaments larges. Ce fut donc une véritable découverte qu'il fit, en constatant que la plupart des signes attribués à ce phlegmon peuvent exister dans le cas d'un adéno-phlegmon situé en dehors de ce repli. M. Guérin ayant eu l'occasion, depuis, d'observer un grand nombre de fois cette lésion, a acquis la conviction que, lorsqu'un ganglion, placé en arrière du pubis, près des trous sous-pubiens et de l'orifice supérieur du canal crural, vient à s'enflammer, l'inflammation, en gagnant le tissu cellulaire péri-ganglionnaire, donne lieu à une tumeur que l'on a dû confondre d'une manière constante avec le phlegmon du ligament large. Depuis lors, M. Guérin est resté convaincu que l'on a commis une erreur de diagnostic, toutes les fois que, le phlegmon s'étant étendu au tissu cellulaire de la paroi abdominale antérieure, on a diagnostiqué un phlegmon du ligament large. Il s'est donc cru autorisé, depuis sa découverte, jusqu'à preuve contraire, à dire que c'est toujours alors un adéno-phlegmon juxta-pubien.

C'est ce que M. Alph. Guérin, voyant la plupart de ses confrères persister dans l'assimilation et la confusion des deux ordres de lésions pelviennes, qu'il s'est attaché à distinguer, est venu affirmer hier à la tribune de l'Académie. C'est une véritable provocation à une discussion. Nous verrons mardi qui le premier relèvera le gant.

On trouvera, dans le compte rendu, une courte analyse d'une communication de M. le docteur Hattenhoff (de Genève), sur une affection nouvelle ou peu connue, le vertige paralysant, qui demande encore et ne peut manquer de susciter de plus complètes études.

Nous signalerons aussi l'hommage rendu en quelques lignes éloquentes par M. Panas à la mémoire de l'un de ses plus illustres prédécesseurs en ophthalmologie, Daviel, à l'occasion de la souscription ouverte pour l'érection, dans sa ville natale, d'un monument à l'inventeur de l'opération de la cataracte par extraction.

Pendant la première partie de la séance, nous avons pu voir et — ce qui est mieux — entendre parler très distinctement l'homme auquel M. Léon Labbé a pratiqué l'ablation totale du larynx.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

I. Trachéo-bronchite. — II. Du vomissement chez les enfants.

I. Nous avons reçu, à la salle Sainte-Marie, une petite fille de deux ans qui aurait eu, il y a deux mois, un rhume accompagné de phénomènes de cornage, c'est-à-dire d'un sifflement laryngo-trachéal, lequel a persisté jusqu'à ce jour. En nous l'amenant ici, sa mère nous a dit qu'elle toussait comme un enfant qui aurait la coqueluche, soit une toux coqueluchoïde avec sifflement laryngo-trachéal, variant d'intensité à certains moments.

Lorsque nous avons examiné cette petite enfant, nous avons tout d'abord entendu le sifflement en question qui est des plus évidents, nous avons observé une respiration accélérée (plus de soixante respirations par minute). D'ailleurs aucune tumeur dans la gorge, pas d'abcès, pas d'amygdales volumineuses. Nous avons constaté, de plus, une dyspnée assez grande ainsi que des quintes de toux réellement coqueluchoïde. C'est là, en somme, un fait de trachéo-bronchite avec adénopathie bronchique.

Les enfants atteints d'une affection du larynx, de la trachée et de la première division des grosses bronches, présentent très fréquemment des phénomènes d'adénopathie bronchique. Le fait s'observe surtout chez les petits enfants; on le constate aussi, même chez ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge d'un an. Ces enfants, par suite du manque de soins, par l'inobservance des lois de l'hygiène — inobservance que nous retrouvons dans toutes les classes de la société, même dans les classes élevées, — contractent, l'hiver, un rhume plus ou moins intense, c'est-à-dire une

inflammation laryngo-trachéale. Celle-ci est caractérisée par une voix laryngée, trachéale, par une toux impérieuse, incessante, simulant celle de la coqueluche, parfois à s'y méprendre pendant quelques instants, s'accompagnant quelquefois aussi de douleurs et de spasme des voies aériennes.

Si l'on ausculte ces malades, on n'entend le plus souvent aucun bruit particulier, et ce n'est guère que par exclusion que l'on en arrive à conclure que l'on est en présence d'une affection cantonnée dans la région trachéale et dans les grosses bronches. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, mais la toux persiste pendant longtemps, quinteuse, avec les phénomènes de cornage, surtout chez les petits enfants, constituant ainsi la période chronique. Pendant cette période, comme je vous le disais en commençant, l'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien de particulier dans l'arbre aérien, si ce n'est une respiration un peu rude. Et cependant les accidents ne disparaissent pas, le rythme de la respiration, la toux quinteuse démontrant l'existence d'une affection des bronches avec complication nerveuse, c'est-à-dire une inflammation chronique de la trachée et des grosses bronches avec gonflement plus ou moins considérable des ganglions voisins. Il se produit de temps en temps des poussées congestives, non seulement dans les ganglions bronchiques, mais encore dans leur atmosphère celluleuse, d'où la dyspnée, les étouffements, que les jeunes enfants éprouvent si fréquemment en pareils cas, et les accès de toux quinteuse, coqueluchoïde.

Comment ces petits malades doivent-ils être traités? Par une médication révulsive, par une révulsion lente sur la poitrine, en avant et en arrière, soit au moyen de badigeonnages de teinture d'iode, soit à l'aide de papiers ou d'emplâtres irritants, quelquefois, mais plus rarement, avec l'huile de croton tiglium, avec le crayon Limousin, etc. Si l'enfant est encore à la mamelle, on fait prendre à sa nourrice de l'iodure de potassium, lequel arrivera à l'enfant dans ses tétées.

C'est ainsi que j'ai soigné, entre autres petits malades, un jeune enfant âgé de huit à neuf mois, fils d'une mère phthisique, qui était allée mourir dans les Pyrénées, et d'un père syphilitique, et qui avait contracté une laryngo-trachéite. Celle-ci ayant passé à l'état chronique, je cantonnai l'enfant absolument dans sa chambre pendant tout l'hiver, le soumettant aux vapeurs de goudron, à la médication révulsive et à l'iodure de potassium, à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour, dans une potion administrée pendant sept à huit jours, interrompue ensuite, pour être reprise au bout de quelques jours. Lorsque l'oppression était trop violente, je prescrivais une goutte, par jour, d'alcoolature de racines d'aconit dans une autre potion. Le traitement dura deux années, l'enfant se remit très bien et aujourd'hui il est parfaitement guéri.

En résumé, le pronostic de ces laryngo-trachéites chroniques des enfants, doit être un pronostic sévère, surtout vu le jeune âge des petits malades. Les phénomènes sont assez graves; la maladie est de longue durée, et la médication, doit être longtemps prolongée en raison même de la persistance des accidents. En somme ces petits malades peuvent guérir, je ne dis pas guériront, car tout dépend des conditions hygiéniques dans lesquelles on les placera.

II. Je voudrais maintenant commencer aujourd'hui, avec vous, une étude des plus intéressantes au point de vue pratique, étude que je n'ai vue faite nulle part dans les auteurs que j'ai consultés: l'étude du vomissement chez les enfants.

Un simple vomissement n'inquiète généralement personne dans une famille, chacun le regardant comme le résultat d'une indigestion; mais si les vomissements se répètent à plusieurs reprises, les parents s'en préoccupent aussitôt, ils font appeler leur médecin qui cherchera à quelle cause ces vomissements doivent être attribués.

Or ces causes sont des plus nombreuses, comme nous allons le voir rapidement.

Les vomissements peuvent être le début d'une méningite — pour prendre le cas le plus grave — mais heureusement ils ne sont pas toujours le reflet d'une affection aussi redoutable. On les observe aussi au début de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Ils sont aussi, avec la fièvre, les douleurs de tête, l'un des premiers symptômes des fièvres éruptives.

Au point de vue du mécanisme physiologique du vomissement, les expériences de Magendie ont démontré l'action non seulement des muscles thoraciques et du diaphragme, mais encore celle des fibres longitudinales de l'estomac. Ce n'est donc pas l'organe stomacal qui concourt seul au phénomène du vomissement; il est, au contraire, au dernier plan, le vomissement étant en réalité un acte absolument réflexe. Les vomissements s'observent plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes, en raison même, chez ceux-là, de la prédominance du système nerveux.

Au point de vue clinique, nous pouvons rencontrer les causes les plus banales, comme les plus sérieuses, dans l'estomac, dans l'intestin, dans le tube digestif et ses annexes.

L'excitation qui détermine le vomissement peut partir de l'estomac sans qu'il soit pour cela malade, de même qu'il suffit de titiller la luette pour amener aussi le vomissement. Les *ingesta*, les aliments, sont une cause fréquente de vomissement, notamment le lait de mauvaise qualité, falsifié; les aliments féculents, administrés à des enfants trop jeunes, des aliments trop grossiers pour leur jeune âge, ou donnés en trop grande quantité, où bien encore avalés gloutonnement sans avoir été soumis à une mastication suffisante.

Les médicaments peuvent être aussi l'occasion des vomissements; je vous citerai cet enfant, auquel sa mère, soupçonnant l'existence de vers intestinaux, donna, pendant six jours de suite, des biscuits à la santonine, et qui eut des vomissements considérables et répétés. Les sirops médicamenteux, l'huile de foie de morue, chez un enfant trop jeune, peuvent également déterminer des vomissements. Il en est de même aussi de la présence dans les ingesta de corps étrangers, tels, par exemple, que des boutons, des zestes d'orange, des débris de jouets, etc., d'où la nécessité pour le médecin, appelé auprès d'un enfant qui a des vomissements, de rechercher tout d'abord quelle a été l'hygiène de cet enfant la veille ou le matin même.

D'autres fois il s'agit seulement, comme causes, des mouvements auxquels une nourrice soumettra l'enfant après sa tétée, soit pour jouer avec lui, soit pour calmer ses cris, en l'agitant, en le faisant sauter sur ses genoux.

Mais, dans d'autres cas, le vomissement est dû à l'état même de l'estomac: soit à quelque embarras gastrique survenu, par exemple, à la suite d'une impression de froid, comme chez l'adulte, déterminant une congestion du foie, un état bilieux, avec mouvement fébrile, sans que, pour cela, la gorge ou les voies aériennes soient prises, mouvement fébrile qui pourrait en imposer pour toute autre chose

que pour un simple embarras gastrique, suite de refroidissement.

Les vomissements peuvent aussi dépendre d'une altération véritable de l'estomac lui-même, de quelque gastrite aiguë ou chronique avec ramollissement de la muqueuse stomacale. C'est même un fait d'observation assez fréquente, chez les petits enfants qu'on nous amène à l'hôpital.

En dehors de ces sources stomacales du vomissement viennent les maladies de l'intestin. Parmi celles-ci, nous citerons l'état pathologique ou physiologique du tube intestinal : la constipation. C'est ainsi que nous voyons fréquemment les petits enfants, même ceux qui sont à la mamelle, sujets à la constipation, de là, des entérorrhées pseudo-membraneuses, des dyspepsies, des vomissements, des typhlites et des pérityphlites. Nous avons même eu, l'an dernier, dans le service, un cas de mort due à une constipation opiniâtre. Le fait, il est vrai, est absolument exceptionnel. J'ai fait à son sujet une leçon clinique dans le courant de l'année dernière (voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 493). Mais, à ce propos, j'insisterai tout particulièrement sur l'extrême fréquence de la constipation chez les enfants de tout âge, constipation à laquelle on ne prête pas, dans les familles, une attention suffisante, malgré la foule d'accidents auxquels elle peut donner lieu.

En dehors de l'obstruction de l'intestin par des corps étrangers et par des aliments introduits dans le tube digestif, il est aussi de ces corps étrangers qui naissent directement dans l'intestin lui-même et qui peuvent déterminer aussi des vomissements, et pour le diagnostic desquels nous n'avons aucun signe certain, je veux parler des vers intestinaux, lombrics, tænias ou oxyures. Nous ne pouvons que les soupçonner, tant que nous n'avons pas sous les yeux tout ou partie du corps du délit.

Enfin l'inflammation de l'intestin peut être une cause de vomissements, rien que par le fait des douleurs, des tranchées, dont elle s'accompagne dans certains cas, qu'il y ait ou non hémorrhagie intestinale concomitante. Enfin, il y a aussi des tranchées purement nerveuses, survenant, par exemple, à la suite d'une impression de froid, et qui peuvent entraîner avec elles, par action réflexe, des vomissements, comme la typhlite et la pérityphlite également.

THÉRAPEUTIQUE

D'un nouveau traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur Lefaivre.

Soigner, améliorer, guérir un organe interne avec autant de facilité et d'efficacité qu'une plaie extérieure, a été de tous les temps un des plus vifs désirs du médecin. Ce désir, s'appliquant surtout au traitement de la phthisie pulmonaire, a fait songer aux injections sous-cutanées comme moyen le plus rapide et le plus sûr d'introduire dans l'économie un liquide destiné à tuer le bacille, cause du mal.

Sans nul doute, comme antiseptiques généraux, l'acide phénique et l'iode occupent le premier rang; mais il est une autre substance qui, à sa propriété d'être un anti-bacillaire puissant, joint une action détersive et cicatrisante sur les plaies du tissu pulmonaire, car elle s'y accumule et le pénètre sans être éliminée rapidement par les urines, comme l'acide phénique, le phénol et l'iode. Cet agent précieux, c'est l'eucalyptol.

Mais l'eucalyptol contient diverses résines et des principes âcres, irritants, qui interdisent de l'employer pur; et même lorsqu'il est filtré et mêlé avec une certaine quantité d'huile de vaseline ou d'amandes douces, il occasionne souvent de l'inflammation, des douleurs intolérables, des maux de tête, des étourdissements, de l'insomnie (docteurs Bouveret et Péchadre, de Lyon), accidents qui découragent malades et médecins.

A quoi tiennent ces insuccès ou ces inconvénients? A ce que l'eucalyptol n'est jamais un produit identique. Qu'on s'en procure, en effet, de diverses provenances, et jamais on ne lui trouvera la même densité, la même odeur, la même saveur, voire même la même couleur; aussi ne doit-on pas s'étonner qu'avec des doses quotidiennes de 1 gramme à 1 gr. 50 centigrammes, par jour, dans la proportion de 20 à 25 d'eucalyptol pour 100 grammes d'huile de vaseline, on ait augmenté l'éréthisme des malades, on les ait rendus plus fébricitants et précipité la terminaison fatale.

Présenter au corps médical un produit absolument privé de résine âcre et de tout principe irritant, calmant la fièvre, diminuant la thermalité, arrêtant les sueurs, faisant renaître les forces et l'appétit, était donc un problème désirable, qu'a résolu M. Le Brun par sa préparation : l'Eucalyptine.

L'Eucalyptine Le Brun s'emploie en injections sous-cutanées au moyen de la seringue de Pravaz ordinaire, à la dose d'une seringue entière chaque jour, jusqu'à ce que le malade accuse, dans la bouche, le goût et l'odeur de l'Eucalyptine. Elle doit constituer la base du traitement, sans négliger les complications qui peuvent exister ou survenir. Ainsi la tuberculose pulmonaire s'accompagne-t-elle de fièvre suraiguë, a-t-elle une marche galopante, il est bon d'y joindre l'antipyrine à la dose de 1gr,50 à 2 grammes par jour, en trois fois. Si l'hémoptysie complique la scène, des injections sous-cutanées d'ergotine la feront disparaître; y a-t-il des signes de congestion pulmonaire? Des ventouses sèches au bas de la poitrine, des sinapismes aux extrémités, aideront au traitement. Existe-t-il des sueurs profuses? Quelques granules de picrotoxine et de sulfate d'atropine au demi-milligramme les feront disparaître. Le malade est-il sans appétit, des pilules de quassine de 5 milligrammes, au début des repas, le feront renaître, et avec cette méthode opportuniste si rationnelle, la maladie, débarrassée de ses complications, obéira bien plus vite à l'influence curative de l'Eucalyptine.

C'est en agissant avec discernement, c'est après avoir bien étudié leur malade, que beaucoup de médecins ont obtenu, même dans la phthisie aiguë, des succès inconnus jusqu'à ce jour. Ajoutons qu'un certain temps d'expérience est absolument nécessaire quoiqu'il ne faille pas indéfiniment continuer les injections, quand le mieux ne s'accentue pas après quinze ou vingt jours.

Dans les phthisies apyrétiques, tuberculeuses, dans le catarrhe pulmonaire, la broncho-pneumonie, la bronchorrhée et la bronchite aiguë, les résultats heureux sont assurés et aucun mode de traitement ne peut lui être comparé comme rapidité et puissance. Les observations suivantes de praticiens consciencieux le démontrent clairement. M. le docteur Plicque, médecin de l'hôpital de Lezoux (Puy-de-Dôme), a obtenu des résultats inespérés, chez des phthisiques à différents degrés. Le tissu cellulaire sous-cutané est de meilleure composition que le tube digestif. Dans deux cas de diarrhée colliquative qui interdisaient la voie ordinaire d'absorption, il a obtenu, et au delà, ce que lui aurait donné la créosote à laquelle il avait fallu renoncer.

M. le docteur Millet, médecin en chef de l'hôpital de Noyon (Oise), tout en faisant cette réserve qu'il faut un an pour se prononcer avant d'admettre la guérison d'un phthisique, a pratiqué vingt injections sur un homme de trente-quatre ans, tuberculeux à la période de ramollissement. Ce malade ne tousse plus, mange très bien, travaille et a augmenté d'un kilogramme depuis sa sixième injection, les râles humides sont considérablement atténués. Le même praticien a obtenu également de bons résultats sur une jeune fille âgée de dix-neuf ans, devenue tuberculeuse depuis un an après avoir donné ses soins à sa sœur morte de phthisie aiguë. Après la treizième injection, elle tousse moins, mange mieux et a gagné en poids cinq cents grammes.

M. le docteur Roux, de la Jarrie (Charente-Inférieure), a soigné

par l'Eucalyptine Le Brun, à la dose d'un gramme par jour, une femme de quarante ans, tuberculeuse depuis plusieurs années; son état allait sans cesse en s'aggravant malgré tous les traitements en usage et depuis un mois, plus de fièvre, plus de toux, bon sommeil, bon appétit, aussi ce résultat lui semble extraordinaire.

M. Léon Gazelle, interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, a eu à soigner un tuberculeux à la deuxième période, âgé de quarante-cinq ans, sans sommeil, réveillé qu'il était par la toux et des crachements abondants. Il lui fit quinze injections d'Eucalyptine Le Brun dans l'espace de vingt jours. Dès les premières injections, le malade a ressenti une amélioration telle que le médecin qui le soignait avant s'est plu lui-même à le constater, l'attribuant à l'influence de l'Eucalyptine Le Brun.

Le meilleur résultat que l'on retire de ces injections est certainement la diminution très sensible des crachats et de la toux; il reste seulement à stimuler l'appétit des malades par des amers.

N'est-on pas en droit de conclure de tout ce qui précède que l'Eucalyptine Le Brun donne au médecin la certitude d'une préparation toujours identique, bien tolérée, d'un emploi très facile, d'une activité très grande, d'une puissance supérieure et donnant d'excellents résultats.

Pilules contre l'uricémie et la goutte

Par M. le docteur Huchard.

Benzoate de soude	3 grammes.
Carbonate de lithine	3 —
Extrait de stigmates de maïs	3 —
Huile essentielle d'anis	3 gouttes.

Pour soixante pilules.

Dose de quatre à six par jour (deux avant chaque repas), pendant vingt jours chaque mois, et cela pendant plusieurs mois. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

Traitement de l'otorrhée sans lésions osseuses

Par M. le docteur Brisson.

Eau distillée	100 grammes
Hydrate de chloral	3 —
Sulfate d'alumine	5 —

Instiller dans l'oreille malade, cinq fois par jour, quelques gouttes tièdes de ce mélange; accompagner le traitement local par un traitement général constitutionnel, pour prévenir les récidives. (*Revue médicale de Toulouse.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui envoie ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter la donation d'une somme de 70000 francs que lui a faite M. L.-A. Meynot, par acte en date du 17 mars 1871;

2° Une lettre du même ministre, avec envoi d'une boîte contenant un remède et une note explicative (Comm. des remèdes secrets);

3° Le même ministre transmet une lettre de M. le docteur Chauvet, maire de la ville de Saint-Paul (Ile de la Réunion), exprimant le vœu de voir le gouvernement désigner un médecin pour étudier la maladie de la lèpre dans cette île;

4° Une lettre du ministre de la marine et des colonies, demandant des tubes de vaccin pour Nossi-Bé et la Réunion;

5° Une lettre du ministre du commerce, communiquant deux demandes en autorisation d'exploiter des sources nouvelles (Comm. des eaux minérales).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Jules Rouquettes (d'Espalion), médecin-chef à l'hôpital civil de Bône (Algérie), contenant quelques considérations sur l'impaludisme et le microbe ou la bactérie qui en est le facteur actif, dans certaines conditions de milieu (Comm. : MM. Léon Colin et Cornil);

2° Un travail sur les accidents d'intoxication par le fromage de porc altéré, observés en Tunisie, par M. le docteur Adrien Schmit, médecin-major (Comm. des épidémies);

3° Quelques nouvelles réflexions sur les revaccinations, par le même (Comm. de vaccine);

4° Un travail sur une épidémie de variole dans la population de Nevers; vaccinations, par M. le docteur Geschwind, médecin-major (Comm. de vaccine);

5° Une lettre de M. A. Rouvière, présentant à l'Académie un nouvel inhalateur construit d'après les indications de MM. Béclard et Sandras (Renvoyé à l'examen de MM. Dujardin-Beaumetz et Gariel);

6° Une lettre de M. le docteur Beauregard, agrégé à l'École de pharmacie de Paris, posant sa candidature pour la section de pharmacie (Renvoyé à la section);

7° Une lettre de M. Guichard, président du comité de souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Paul Bert, accompagnée d'une feuille de souscription;

8° Un pli cacheté déposé par M. Ph. Lesage, interne des hôpitaux (Accepté).

PRÉSENTATIONS

M. Léon Labbé présente à l'Académie un homme auquel il a pratiqué, avec plein succès, l'ablation complète du larynx.

Atmiomètre. — M. Dujardin-Beaumetz dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Jacobelli, une note descriptive d'un appareil qu'il désigne sous le nom d'atmiomètre, destiné à doser les milieux aériformes rendus médicamenteux (gaz, exhalations, vapeurs, etc.).

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division :

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Zambaco à Constantinople. En deuxième ligne, M. Marquez à Hyères. En troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bonnet (Ossian) à Rio de Janeiro, Gibert au Havre, Mauricet à Vannes, Riembault à Saint-Étienne.

Pour la première place, nombre de votants 53, majorité 27.

M. Zambaco obtient	34 voix.
M. Ossian Bonnet	6 —
M. Riembault	6 —
M. Mauricet	2 —
M. Marquez	4 —
M. Gibert	1 —

M. Zambaco est proclamé élu.

Pour la deuxième place, votants 66, majorité 34.

M. Marquez obtient	25 voix.
M. Mauricet	19 —
M. Bonnet	15 —
M. Gibert	5 —
M. Riembault	2 —

Il n'y a point de majorité, on procède à un deuxième tour de scrutin, votants 56, majorité 29.

M. Marquez obtient	35 voix.
M. Mauricet	19 —
M. Ossian Bonnet	1 —
M. Gibert	1 —

M. Marquez est proclamé élu.

LECTURES

Vertige paralysant. — M. Haltenhoff (de Genève) lit une note sur le vertige paralysant ou *Maladie de Gerlier*, nouvelle

espèce de névrose décrite récemment par M. le docteur Gerlier, de Ferney (Ain), et qui a été observée chez des ouvriers de la campagne et des bergers pendant l'été de 1885 et de 1886. Les symptômes principaux de cette maladie consistent en accès de paralysie de la nuque et des membres avec sentiment de vertige, douleurs irradiantes partant de la muqueuse et chute des paupières. Le sensorium reste toujours intact. Dans l'intervalle des crises, il y a de la lassitude, des lourdeurs de tête, souvent photophobie, diplopie passagère et presque toujours blépharoptose.

Chez tous les malades, le fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, n'offrait aucune anomalie.

La cause du vertige paralysant n'est pas élucidée. M. Gerlier a émis l'hypothèse que cette maladie serait due à un miasme spécial se développant dans les étables. Mes observations, dit M. Haltenhoff, viendraient à l'appui, la plupart des malades que j'ai vus ayant eu leurs lits dans des étables.

Quant à l'hypothèse de contagion nerveuse par imitation ou suggestion qui a aussi été émise, elle mérite considération, mais semble réfutée par la dissémination chronologique et topographique des cas.

Il reste à faire des recherches étiologiques, en particulier, pour vérifier l'hypothèse d'une infection stabulaire.

M. PANAS donne lecture de la note suivante :

Dans la pléiade d'hommes éminents, qui illustrèrent la science ophthalmologique en France, Jacques Daviel tient incontestablement le premier rang, grâce à la découverte de l'opération de la cataracte par extraction.

La personnalité de Daviel s'est révélée comme chirurgien-major de la marine, puis comme professeur d'anatomie à l'École de Marseille, où il enseigna cette branche de la science pendant vingt-cinq ans, enfin comme ophthalmologiste en renom à Paris et dans le monde entier. C'est à cette dernière époque de sa vie (1752) que Morand communiqua la grande découverte de Daviel à l'Académie royale de chirurgie.

Sa dextérité opératoire était telle, que celui-ci ne comptait pas moins de 182 succès, sur un chiffre de 206 opérations.

Atteint d'une affection grave des centres nerveux, Daviel dut se rendre à Genève pour y prendre les conseils de Tronchin. C'est là qu'il mourut.

Nous devons à nos confrères suisses, et en particulier au docteur Haltenhoff (de Genève), d'avoir pu connaître le lieu de sa sépulture. Ils lui ont, en outre, élevé, à leurs propres frais, un monument commémoratif.

Cet événement a ému la fibre patriotique de la Normandie, pays d'origine de Daviel. Il en est résulté la formation d'un comité de souscription pour toute la France. (Une brochure, publiée par le comité, est distribuée à tous les assistants.)

M. Panas exprime l'espoir que les membres de l'Académie voudront bien contribuer à l'érection d'un monument digne du grand nom de Daviel dans son pays natal; et il offre, pour orner la salle des séances, un médaillon en bronze de Daviel. (Témoignages unanimes d'assentiment.)

Adéno-phlegmon juxta-pubien. — M. ALPH. GUÉRIN lit un travail sous ce titre. Depuis dix ans, dit-il, il a prouvé que les symptômes, que l'on a attribués au phlegmon du ligament large, appartiennent à la maladie qu'il a appelée adéno-phlegmon juxta-pubien. Depuis cette époque, il a vainement cherché un fait, un seul, qui démontrât incontestablement l'existence du phlegmon du ligament large. Quand on regarde de près les faits donnés comme tels, on ne tarde pas à reconnaître que ce sont des faits complexes. Il affirme qu'il ne connaît pas un seul fait dans lequel on ait trouvé un abcès exclusivement cantonné dans les ligaments larges.

Des détails anatomiques ou anatomo-pathologiques, dans lesquels il entre, il fait ressortir la démonstration de ce qu'il a prouvé depuis longtemps, dans ses leçons sur les maladies des organes génitaux de la femme, savoir qu'il existe une autre maladie qui se montre avec tous les signes attribués à ce phlegmon, l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

L'adéno-phlegmon juxta-pubien résultant d'une lymphangite, qui prend naissance dans le réseau lymphatique du col de l'utérus et qui s'étend jusqu'aux ganglions voisins du trou sous-pubien, c'est dans cette direction que l'on trouve la tumeur caractéristique.

Depuis que j'ai découvert cette maladie dont l'étiologie est si satisfaisante pour l'esprit, ajoute M. Guérin, j'ai peine à comprendre comment ses signes ont pu paraître compatibles avec l'idée d'un phlegmon du ligament large.

Cependant, dit en terminant M. Guérin, sans tenir compte des doutes que j'ai exprimés à cet égard, on a continué à décrire cette maladie sans même penser à la différencier de celle que j'ai découverte, et chaque jour, dans les cliniques et dans les journaux, vous trouvez des assertions en contradiction avec ce que j'ai observé. Il est temps que l'on sache à quoi s'en tenir. Il ne faut pas qu'un jour on ait à s'étonner qu'une erreur ait été si longtemps professée par les maîtres et propagée indéfiniment par les élèves.

L'heure étant avancée, la discussion ne sera ouverte sur ce sujet que dans la prochaine séance, après la publication du travail de M. Guérin dans le bulletin.

COMMISSIONS DE PRIX POUR 1887

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination, par voie de scrutin, des commissions de prix pour l'année 1887. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Larrey, Legouest et Léon Le Fort.
Prix d'Argenteuil. — MM. Ricord, Guyon et Duplay.
Prix Barbier. — MM. Marjolin, Le Roy de Méricourt et Nocard.
Prix Buignet. — MM. Giraud-Teulon, Gariel et Schützenberger.
Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.
Prix Civrieux. — MM. Villemin, Peter et Fournier.
Prix Daudet. — MM. Bucquoy, Potain et Siredey.
Prix Desportes. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Germain Sée.
Prix Godard. — MM. Trélat, Panas et Polaillon.
Prix Laval. — MM. Luys, Ball et Bouchard.
Prix Lefèvre. — MM. Empis, Blanche et Mesnet.
Prix Monbinne. — MM. Moutard-Martin, Laboulbène et Lancereaux.
Prix Portal. — MM. Bourdon, Charcot et Cornil.
Prix Vernois. — MM. Rochard, Besnier et Vallin.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture d'un rapport de M. G. Colin sur les candidats aux places de correspondants vacantes dans la classe de médecine vétérinaire.

Les chirurgiens, candidats au Bureau central, viennent d'adresser la lettre suivante à MM. les membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique :

Messieurs,

Le mode de recrutement des chirurgiens des hôpitaux vient d'être modifié par un arrêté récent. Jusqu'au 8 juillet 1886, en vertu de l'article 22 du règlement sur le service de santé, les chirurgiens du Bureau central étaient nommés pour une période fixe de cinq années; ce temps de service expiré, ils attendaient pendant un temps plus ou moins long, occupés d'ailleurs par des suppléances, qu'une place de chirurgien titulaire devînt vacante.

En conséquence, chaque année, deux ou trois chirurgiens sortaient du Bureau central, et leur remplacement assurait aux candidats un roulement de deux places par an, en moyenne, sans parler de celles que pouvaient ajouter les vacances et les créations de services.

C'est en escomptant ce mode de recrutement qu'un grand nombre de candidats se sont engagés dans la voie longue, laborieuse et peu lucrative des concours de chirurgie.

Actuellement, ces candidats sont au nombre de 25; tous ont servi l'Assistance publique en qualité d'internes; ce sont des prosecteurs, des chefs de clinique, des professeurs agrégés de la Faculté. Ils ont de vingt-huit à quarante-cinq ans; la plupart ont déjà subi plusieurs concours : 2, 4, 6 ou 10. — La moyenne de leur âge est de trente-quatre ans et demi; la moyenne de l'âge auquel les chirurgiens en exercice ont été nommés au Bureau central est de trente-deux ans. Ils sont donc encore candidats à un âge de près de trois ans supérieur à celui auquel leurs maîtres entraient au Bureau central.

Il est inutile, et nous aurions mauvaise grâce à le faire, d'insister sur la somme des années de travail et de sacrifice représentées par ces 25 candidats.

Et voici que, brusquement, au moment où les besoins de la chirurgie moderne nécessitent la création de nouveaux services et le dédoublement de quelques autres, multipliant ainsi le nombre des places et légitimant les travaux et les espérances des candidats de plus en plus nombreux, voici que ces mêmes candidats ont appris qu'ils n'auraient qu'une place en 1887, alors qu'en vertu du règlement, ils avaient droit de compter sur trois.

Ils se sont informés, et on leur a dit qu'un arrêté du 8 juillet 1886 a supprimé l'article 22, et que désormais les chirurgiens du Bureau central y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux. De ce changement, qui anéantit toutes leurs espérances, personne ne les avait prévenus.

Chacun de nous, messieurs, pris isolément, n'est rien; ensemble, nous croyons représenter une part importante de l'avenir de la chirurgie française.

Messieurs, il ne peut entrer dans notre pensée de discuter les motifs ou l'opportunité de la suppression de l'article 22; nous venons simplement vous dire ceci :

Sur la foi d'un article du règlement en vigueur depuis 1830, un certain nombre d'hommes, au prix des sacrifices que vous savez, se sont engagés dans une voie que l'on vient de fermer brusquement, ou tout au moins de rétrécir dans une mesure désespérante pour la plupart. La brusque suppression de cet article, c'est, pour la plupart d'entre nous, l'abandon forcé de toute espérance, la carrière brisée.

Confiants dans la bienveillance et l'esprit de justice du Conseil de surveillance, nous venons vous demander, messieurs, de bien vouloir atténuer, dans la mesure qui vous paraîtra juste et nécessaire, une transition dont la brusquerie compromet gravement les intérêts de toute une génération de candidats.

Veuillez agréer, etc.

Signé : Barette, Beurnier, Broca, Castex, Chaput, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Ménard, Michaud, Nepveu, Petit-Vendol, Ozenne, Picqué, Poirier, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère, Walther.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

208. M. Veraguth. Le climat de la haute Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement. — 209. M. Gouzien. Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu. — 210. M. Panas. Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. — 211. M. Dutremblay. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Salaun, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 6 mai 1887, M. Coindreau, médecin aide-major de première classe, est détaché à l'hôpital militaire de Barèges, pendant la durée des saisons thermales, aux lieu et place de M. le médecin aide-major de première classe Girardeau.

— *Le Temps* annonce que l'Académie des sciences, en comité secret, a déclaré vacante une place de membre ordinaire dans la section de médecine et de chirurgie. Il s'agit de remplacer M. P. Bert.

Dès maintenant, les membres de la section se sont mis d'accord pour présenter, dans la prochaine séance, une liste des candidats classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Germain Sée et Villemin; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux et Ch. Richet.

— Le sujet de la composition écrite (première épreuve, anatomie et physiologie), qui a été donnée avant-hier lundi aux candidats du concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris, a été : « Distribution et rôle des éléments musculaires et élastiques dans les artères. »

— *Hospices de Marseille.* — Le lundi 17 octobre 1887, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour trois places de chefs internes. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices, à Marseille.

— M. le professeur Charles Rouget commencera son cours de physiologie générale, mardi prochain, 17 mai 1887, à quatre heures de l'après-midi, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de la nutrition, chez les végétaux et les animaux : 1° le protoplasma, les synthèses organiques, la fonction chlorophyllienne; la glycogénie chez les végétaux et les animaux; les substances azotées; les substances grasses; 2° la formation, l'entretien et la reproduction des éléments des tissus; 3° les sécrétions et les excrétions. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle. Les leçons pratiques auront lieu au laboratoire, le mardi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique, et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique extra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'Ecole pratique. Une brochure grand in-8° de 70 pages, avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21148

21

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si remarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.
Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.
D'un goût très agréable, il convient aux convales cents et aux personnes délicates.
DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**
MARIANI phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

21

EAUX-BONNES

(BASSES-PYRÉNÉES)

STATION THERMALE DE PREMIER ORDRE

Chemins de fer d'Orléans et du Midi.
Trains directs et express sans changer de wagon de Paris à Laruns-Eaux-Bonnes.

Eaux thermales sulfurées sodiques et calciques universellement réputées.
Traitement spécial des voies respiratoires : *Bronchites, angines, catarrhes, pharyngites, laryngites.*
Cure préventive des maladies de poitrine.

Grand Casino, spectacles et concerts publics tous les jours, excellent orchestre, centre important d'excursions aux Pyrénées. — Belles promenades.
Vastes et beaux hôtels des plus confortables à prix modérés, maisons meublées. Altitude 750 mètres. — Climat tempéré. Sites incomparables.

19

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.
Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.
Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.
Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*
Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

33

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.
Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare ROYAT.
Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.
Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

74

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse il est enfermé dans de petites capsules rondes contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.
Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*
Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas; pour les adultes, quatre à huit capsules.
DÉPÔT : pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

43

SIROP DE PROTOXIDE DE FER

du Dr DUSOURD (*Approuvé par l'Académie de médecine*).

Le rapport fait à l'Académie par MM. Guéneau de Mussy et Henry constate « que ce sirop est d'un usage très avantageux dans la pratique médicale; le fer, qui s'y présente à l'état de protoxide, est plus apte à être assimilé à l'économie animale. » — 2 à 4 cuillerées par jour. Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

90

CAPSULES D'HUILE DE GENÉVRIER

de VIAL, recommandées dans le traitement des *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, des *calculs urinaires* et *biliaires*, de la *gravelle*, des *catarrhes vésicaux*, de la *goutte* et de l'*eczéma*.
Dose : 4 à 6 capsules par jour. Phie, 1, r. Bourdaloue

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le RECTUM comme par la bouche.
En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*
VIN DE PEPTONE CATILLON
très utile à tous les malades affaiblis. — 30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

33

VARICES, HÉMORRHOIDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

L'Hamamelidine Logeais (à la dose de 25 gttes dans un demi-verre d'eau sucrée, 3 ou 4 fois par jour, une demi-heure avant le repas, s'emploie avec succès contre les *Varices* et les *Hémorrhoïdes*.
Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**
La **Mixture Logeais** agit aussi d'une façon rapide dans la *Métrorrhagie* et la *Varicose de la gorge.*
DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer.**
Exiger Timbre de l'Etat. — Pharmacies, Bains.

21

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA

CHARLARD-VIGIER

Renferme les **principes actifs** et **tous** les **alcaloïdes.** Remplace les autres préparations de kina Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

42

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

29

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « **au Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du **Dr Clin** renferme 0,20 | Bromure de
Chaque Dragée du **Dr Clin** renferme 0,10 | Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

96

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.
Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**
Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.
Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.
DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

86

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.
Exiger la signature. *A. Roy*

54

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES
MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

148

LES CAPSULES DE ROUSSEAU

AU VALERIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris

52

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

67

FER DE QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant*, il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.
Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.
NOMBREUSES IMITATIONS IMPURES :
Le *Vrai Fer de Quevenne* est **gris-ardoisé**; le fer des *imitations* est **noir**
Formuler :
le *Vrai Fer de Quevenne.*
PhieE. Genevoix, 14, r. B. Arts *E. Quevenne*

N° 60. — SAMEDI 14 MAI 1887. 60e ANNEE SAMEDI 14 MAI 1887. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Erotomanes; exhibitionistes; nymphomanes; masturbateurs. Corps étrangers du rectum.

Après vous avoir fait l'histoire des aberrations génitales innées, acquises et morbides, il me reste aujourd'hui à vous parler de celles qui surviennent dans un groupe d'individus qui sont certainement des malades, mais qu'on n'ose pourtant pas ranger parmi les déments, je veux parler des érotomanes, des exhibitionistes et des nymphomanes.

L'érotomane, être essentiellement platonique, suit constamment et indéfiniment l'objet de sa flamme, sans lui adresser jamais une parole. Lasègue disait qu'il fait *fonction d'ombre.* Mais si, d'une part, il est absolument muet devant l'objet aimé, d'autre part, devant le papier, il se trouve en proie à une exaltation mentale, qui lui dicte des lettres et des vers passionnés, qu'il n'envoie pas le plus souvent. Il est, à l'ordinaire, vaniteux et très satisfait de lui-même, ce qui peut faire croire au début de la paralysie générale.

Mais les choses peuvent se gâter : lorsque, par exemple, un père de famille, impatienté, finit par demander des explications à un individu qui, depuis longtemps, est le *poursuivant* de sa fille.

Un officier en retraite, veuf, demeurant à Vincennes, avait remarqué un jeune homme, qui passait des heures entières sous les fenêtres de sa fille, et qui, dès qu'elle sortait, la suivait sur le trottoir opposé. Il va aux informations et apprend que ce concitoyen, clerc d'avoué, est assez riche, appartient à une famille honorable, a fait de bonnes études. Croyant voir là un prétendant, qui se présentait dans de bonnes conditions, il le fait encourager à franchir sa porte. En effet, le jeune homme vient une première fois et reçoit le meilleur accueil; puis il ne reparaît plus, sinon sur le trottoir, selon son habitude, et s'enhardit à écrire des lettres à la jeune fille. Enfin, comme on va lui demander des explications, il envoie pour toute réponse un coup de couteau à son interlocuteur et il est condamné à trois mois de prison.

Quelquefois, l'érotomane se tourne non contre l'obstacle à sa passion, mais contre lui-même, quand il est mis au pied du mur et obligé de se prononcer. J'ai eu affaire à un clerc de notaire qui, après une poursuite et des négociations analogues, s'était tiré un coup de pistolet. L'enquête a établi qu'il avait simulé une attaque dans son garni. Selon moi, ce garçon, qui n'avait jamais pratiqué le coït au su de personne, était très probablement un impuissant, et, mis en demeure d'épouser la jeune fille qu'il poursuivait, il avait préféré une tentative de suicide à un affront conjugal.

Il peut donc y avoir, de ce côté, des actes provoquant l'intervention de la médecine légale, et, comme toujours, il faut rechercher les antécédents : on en trouve fréquemment.

Le groupe des exhibitionistes a été décrit par Lasègue. Avant d'en faire la symptomatologie générale, voyons comment il a été amené à le constituer. La préfecture de police avait été prévenue que, tous les jours, à quatre heures et demie, dans une église quelconque de Paris, un individu exposait aux yeux du public ses organes génitaux. Le coupable fut arrêté, peu de temps après, à Saint-Roch, au moment où il venait de sortir ses organes génitaux, d'ailleurs sans la moindre érection et dans le plus complet platonisme, auprès d'une religieuse qui poussa un cri, lequel cri attira le *suisse.* C'était un jeune homme, ayant reçu une brillante éducation, déjà assez avancé dans la diplomatie, et, dans le passé duquel il était impossible de se rattacher à un autre fait extravagant de ce genre. Aussi fut-il condamné.

Une autre fois, un homme de soixante ans, employé supérieur dans une administration, avait l'habitude de faire son exhibition à la fenêtre, tous les jours, à onze heures, aux yeux d'une petite fille qui demeurait en face. Au bout d'un an, il tomba dans la démence et mourut, dans le courant de l'année, d'accidents cérébraux.

Un vieux général en retraite, âgé de soixante-cinq ans, offrait une périodicité plus singulière. Pour lui, c'était tous les deux jours, à deux heures, devant la grille d'une pension de jeunes filles. Comme chez le précédent, la décadence intellectuelle fut rapide, et, au bout d'un an, il mourut dans la démence.

Enfin, un jeune homme de vingt-six ans, coupable des mêmes attentats, eut un accès de manie aiguë et on dut l'enfermer dans un asile d'aliénés.

Vous voyez qu'on ne trouve, parmi les symptômes, aucune manifestation lubrique, mais simplement l'exhibition flasque, sans tentative d'entrée en relations. Chez quelques-uns, l'acte automatique est accompagné d'une sensation particu-

lière. Témoin celui qui racontait éprouver, au moment de ses crises, une congestion, d'abord au *pôle nord*, puis au *pôle sud*. Il entendait par là sa tête et ses pieds. Remarquez surtout la périodicité, qui est quelquefois horaire et locale, et la concomitance des phénomènes nerveux : hystérie et épilepsie.

Je n'irai pas jusqu'à dire que les faits de ce genre indiquent toujours le début de la décadence intellectuelle ; cependant, quand ils se produisent, la perturbation psychique n'est pas loin.

Or, rien n'est plus facile que de déclarer un homme aliéné, quand, en dehors de l'acte qui lui est reproché, on trouve dans sa vie d'autres actes irréguliers et de même valeur. Mais, quand toute sa vie a été d'ailleurs absolument correcte, on ne peut dire que l'acte impudique constitue à lui seul la preuve de l'aliénation et l'inculpé échappe au médecin pour passer en police correctionnelle. Vous rencontrerez souvent ces difficultés, et c'est pourquoi Kraftebing, Vespale, Motet et d'autres ont fait tous leurs efforts pour démontrer que la période prodromique de la paralysie générale est beaucoup plus longue qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent.

Un fait assez remarquable que je tiens à vous signaler, c'est que la famille elle-même n'a aucune prise sur ces malades. Mais, si, par hasard, on fait entrer un passant, et surtout un militaire et qu'on les effraie de leur présence, il survient une période de repos de une, deux, trois heures. Ils ont encore assez d'intelligence pour savoir qu'ils ne doivent pas céder à leurs impulsions.

Les nymphomanes se caractérisent par une exaltation irrésistible et insatiable de l'appétit vénérien.

C'est Vénus tout entière à sa proie attachée.

Elles peuvent être comparées aux satyriasiques. La vue d'un individu masculin quelconque met ces femmes dans un état éréthique, qui, en dehors de toute manœuvre, amène chez elles le spasme voluptueux accompli dans sa plénitude. Quelquefois elles vont plus loin, et je vous citerai d'abord le fait d'une jeune fille dont la garde avait été confiée à deux femmes, et qui, lorsqu'elle se trouvait seule devant un homme, l'attaquait avec violence, au point de laisser des traces ecchymotiques pour lesquelles avait à intervenir la médecine légale.

Souvent, ce sont des idiotes. A la campagne, une petite fille de seize ans se couchait dans les fossés et provoquait les passants en relevant ses jupes. Il était impossible de tenir cette fille et elle fut mise dans une maison de correction, ce qui fut certainement très mauvais, au point de vue de la moralité du personnel.

M. Trélat rapporte l'exemple d'une fille de professeur qui, à l'âge de quinze ans, faisait entrer des soldats par sa fenêtre. Pour ma part, j'ai eu des expertises à faire sur une petite fille de onze ans, qui avait été arrêtée cinq fois en six mois, pour excitation à la débauche. Elle était, du reste, absolument vierge.

La fille d'un médecin, un de mes camarades, s'est enfuie de chez son père à l'âge de seize ans, pour venir à Paris dans un lupanar. Malgré les démonstrations les plus pressantes, elle n'a voulu faire aucune concession, et elle y est encore.

Enfin, cette malheureuse passion persiste jusque dans le mariage. J'ai connu une femme du monde, qui ne pouvait résister au spasme voluptueux, en dehors de toute excitation locale. Comme c'était une femme extrêmement intelligente et de beaucoup de volonté, elle a pu cacher sa maladie aux yeux de tous et ses filles ne s'en sont jamais doutées.

En thèse générale, les nymphomanes sont des individus mal équilibrés. Mais où est le siège de cette vésanie? Nous n'en savons rien. Le traitement ne consiste que dans la séquestration ou l'interdiction. J'ai vu, à la Salpêtrière, une femme dont la vie n'a été qu'une série indéfinie d'internements et de libérations. Elle allait chercher des amants jusque dans les quartiers de cavalerie.

Voyons, maintenant, ce que nous pouvons avoir à faire comme médecins légistes, à propos de certains faits de nature diverse.

M. Tardieu fut consulté, il y a quelques années, sur des photographies de femmes, dans le vagin desquelles l'œil plongeait si profondément qu'on supposait que cet horizon avait dû être obtenu à l'aide de manœuvres ou d'instruments spéciaux. M. Tardieu déclara n'y voir rien de particulier.

Dans une autre circonstance, on avait trouvé sur la voie publique un *pénis amputé*, selon l'expression de celui qui l'avait ramassé. C'était en effet une bonne contrefaçon. Un lambeau de peau artistement enroulé enveloppait un mamelon de femme et le tout était uni par des points de suture bien dissimulés. Ici, le coupable ne pouvait être qu'un étudiant en médecine, et, si on l'avait trouvé, il aurait été certainement puni.

Vous serez quelquefois appelés à vous prononcer sur des faits de masturbation. On dit que les masturbateurs ont une verge assez volumineuse, terminée par un gland en massue séparé de la verge, par un col saillant. Eh bien! j'ai vu toutes les formes de verge même chez ceux qui ne s'adonnent pas à la masturbation. Il n'y a pas deux humains qui aient une verge semblable pas plus qu'un nez semblable. Aussi, je vous engage à faire, dans vos expertises, les réserves les plus expresses, et si vous avez des tendances à conclure à la masturbation chez un homme ayant une grosse verge et un gros gland, ne manquez pas d'ajouter : « Mais il y a des individus qui ont cette forme sans être des masturbateurs. »

On rencontre des ingéniosités de débauche si extraordinaires qu'on se demande où peut s'arrêter l'imagination humaine sur ce chapitre. Un officier de santé de l'Allier, qui se livrait sur des paysans à la masturbation manuelle et à la succion buccale, avait installé pour ses exercices un fauteuil à speculum et une sorte d'appareil à ventouses, assez compliqué, mais qui se résumait, en somme, en un verre de lampe où, ayant introduit la verge du patient, il faisait le vide, ce qui amenait l'éjaculation. Il a fait lui-même, pour se défendre, une sorte de consultation médico-légale, où il entre dans des détails assez curieux sur les conditions de l'érection. Il fait observer que les paysans seraient mal venus d'arguer de leur ignorance pour nier leur complicité, car les actes de l'érection et de l'éjaculation exigent autre chose qu'une manœuvre mécanique et ne peuvent se produire sans le libre consentement du sujet, la participation de désirs et d'idées, la *communion de goûts* (sic). Et, comme preuve à l'appui de cette sympathie nécessaire entre le cerveau et les organes génitaux, il rappelle que les pollutions nocturnes surviennent habituellement à la suite d'un rêve lascif; qu'un étalon qui refuse telle jument accepte immédiatement telle autre, etc.

Mais, à ces exemples, on peut opposer la trépidation du chemin de fer, le fait de coucher avec son pantalon, qui

amènent souvent l'érection et l'éjaculation en dehors de toute excitation cérébrale. Il est d'ailleurs très possible que le chatouillement des organes génitaux suffise pour susciter des idées lascives.

Il y a encore d'autres cas où vous pourrez être appelés. Un jeune garçon, qui amenait toutes les semaines à Paris une de ces voitures de blanchisseur que vous connaissez, pris un jour de dysentérie, fut obligé d'arrêter sa voiture devant chaque *vespasienne* des Champs-Elysées. Or, il y en a qui ont une fort mauvaise réputation, si bien que ce garçon fut arrêté et conduit au Dépôt, les agents prétendant qu'il avait laissé des traces non douteuses de sperme. Je fus chargé de l'examiner et je n'eus pas de peine à constater que ce prétendu sperme n'était autre que ses selles, qui avaient l'apparence glaireuse bien connue du frai de grenouille. Son avocat prit avec moi la chose à cœur et je fis remarquer à la Cour qu'il me semblait difficile, non seulement, qu'un garçon, ayant la dysentérie et par conséquent le ventre coupé par des douleurs atroces, ait eu des envies de masturbation, mais surtout qu'il ait pu les satisfaire cinq fois en une demi-heure. Il a été acquitté, mais son innocence n'a pas été reconnue *de plano*.

Enfin, Foucher rapporte le fait d'un jeune homme de dix-huit ou dix-neuf ans, qui, en accomplissant des actes violents dans une société de pédérastie, avait complètement arraché la peau du scrotum et de la verge à un de ses camarades. L'expertise a fait rentrer l'accident dans la catégorie des faits ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

Je termine en vous disant un mot des corps étrangers introduits dans le rectum. Ils sont introduits tantôt par l'individu lui-même, tantôt par une personne tierce. Pierre de Marchettis raconte l'histoire d'une queue de cochon introduite par des étudiants trop facétieux dans le rectum d'une fille publique et dans le sens des poils, ce qui l'empêchait de sortir. Il fallut recourir à un chirurgien pour la retirer.

Un Alsacien, entré à l'hôpital avec des tranchées atroces, disait avoir avalé des escargots entiers. On trouva, en effet, dans l'ampoule rectale 60 escargots avec leurs coquilles et on en conclut que ce n'était pas du tout par l'orifice buccal qu'ils étaient entrés.

Morand rapporte un fait où on voit la crédulité humaine dépasser tout ce qu'on peut imaginer. Un moine s'était laissé dire, que, pour guérir ses coliques, il n'avait qu'à s'introduire dans le rectum une bouteille d'*eau de la reine de Hongrie*, après avoir fendu le bouchon pour que l'eau puisse s'écouler. Et il avait réussi à le faire. C'est la première fois que j'aie vu l'exercice illégal de la médecine rempli par un enfant de neuf ans qui, ayant la main plus fine et plus douce, parvint à retirer la bouteille.

On a vu des individus s'introduire une fourchette, un pilon de mortier de 14 centimètres de long; on a vu un pompier se perforer le rectum avec la lance de sa pompe; enfin, au bagne, un garçon de dix-huit ans se cacher dans le rectum un petit nécessaire de limes du poids de 650 grammes, qui était remonté jusque dans le côlon transverse.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Poncet.

Fibrome énorme de la queue de l'épididyme droit.

Par Ch. Audry, interne des hôpitaux.

On ne s'étonnera pas de ne point trouver ici quelques considérations historiques, relatives à l'observation que nous allons rapporter, par la raison qu'il n'en existe, à notre connaissance du moins, aucune autre semblable, voire même comparable.

Les quatre ou cinq observations de fibromes testiculaires signalées par les classiques, Curling, Duplay, Kocher, n'ont rien d'analogue, et si nos recherches nous ont trompé, à coup sûr, la tumeur bizarre, dont voici l'histoire et la description, est plus qu'exceptionnelle.

C. L. cultivateur, âgé de cinquante-sept ans, entre dans le service du docteur A. Poncet, à l'Hôtel-Dieu, le 18 octobre 1885.

Il n'a aucune espèce d'antécédents héréditaires, ni diathésiques. A vingt-sept ans, le malade aurait eu une poussée rhumatismale. A quarante-sept ans, il a été atteint d'une blennorrhagie banale.

Il y a deux ans, le malade aurait, à son dire, reçu, sur le testicule droit, un coup violent, qui n'a d'ailleurs entraîné aucune suite fâcheuse appréciable.

En mai 1885, il s'aperçut de la présence, sur la face postéro-externe de la moitié scrotale droite, d'une tumeur dure, indolente, du volume d'une noix. Peu de jours après, apparaît une tumeur semblable à la partie inférieure de la même région, et, affirme le malade, tout à fait indépendante de la précédente. Elles se seraient accrues, chacune de son côté, et, parvenues à un certain volume, elles se sont rencontrées et accolées, en enserrant le testicule.

Quoi qu'il en ait été, elles se développèrent avec une rapidité telle que, au mois de juillet, la tumeur supérieure avait acquis les dimensions du poing. Il y a deux mois que le scrotum a atteint les proportions qu'il présente à l'entrée du malade dans le service.

Le testicule gauche est libre et facilement isolable sous la peau. Tout le reste des bourses est occupé par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, manifestement divisée, en son milieu, par un sillon qui la partage en deux lobes à peu près égaux.

Au niveau de ce sillon et à sa partie externe, la pression est douloureuse et réveille très nettement la sensation testiculaire.

Sa surface est lisse, unie, et glisse bien sous la peau, qui est tendue et sillonnée par de grosses veines. La masse de la tumeur est absolument opaque et d'une extrême dureté. Elle est indolente. On ne découvre pas d'adénite, et l'état général est excellent.

M. le professeur Poncet diagnostique une tumeur mixte développée aux dépens de l'épididyme et ayant respecté le testicule.

Le 22 octobre, castration. L'énucléation de la tumeur et du testicule se fait très facilement. Le cordon est lié après une double ligature. Il n'y a pas d'hémorrhagie.

Le malade guérit très rapidement; et, le 15 avril 1887, dix-huit mois après l'opération, il nous écrivait qu'il était toujours complètement guéri et se portait parfaitement bien.

La tumeur pesait 1 125 grammes. Elle était extrêmement dure, lisse, présentant tous les caractères macroscopiques d'un fibrome. Elle paraissait très nettement constituée par deux lobes égaux que séparait un sillon profond. Au point présumé, on trouva le testicule, sain, inclus dans une cavité vaginale qui envoyait, dans plusieurs directions, des diverticules lisses, irréguliers et prolongés.

La queue de l'épididyme était fortement adhérente au reste de la tumeur, qui englobe le cordon de telle sorte qu'il est impossible de le suivre dans son épaisseur.

Les deux lobes sont unis par une coque fibro-conjonctive qui leur est commune, mais sont séparés dans toute l'épaisseur par une scissure profonde.

L'examen microscopique, après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool, et coloration au picro-carmin, donne les résultats suivants :

La totalité de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif qui affecte, en de nombreux points, une forme fasciculée, coupée par des amas de cellules connectives, à dispositions variées, à gros noyaux très visibles et de formes indéterminées.

En de certains points, ce tissu offre une densité telle qu'il est très difficile de constater les contours nets des cellules, dont on détermine seulement les noyaux étoilés, de telle sorte qu'il présente une ressemblance notable avec quelques parties des néo-

plasmes mixtes de la parotide, sans qu'on puisse d'ailleurs découvrir de cellules embryonnaires, rameuses ou encapsulées.

Il n'existe aucune trace de kystes. Quelques vaisseaux, assez rares, sont facilement reconnaissables à leur tunique interne. Il y a très peu ou il n'y a pas de fibres élastiques.

En somme, histologiquement, on a affaire à un fibrome pur et simple. L'absence de récidive locale ou à distance, le maintien de l'état général, deux ans après l'intervention, confirment un tel diagnostic.

Fait intéressant, la tumeur s'est développée avec une rapidité inaccoutumée pour un fibrome.

Quant à son point de départ, il est hors de doute, et c'est l'avis de M. Poncet, que la tumeur initiale s'est développée aux dépens du tissu cellulaire périépididymaire qui se sclérose et s'indure si facilement chez les porteurs de vieilles hydrocèles et chez les convalescents de l'épididymite ordinaire.

Peut-être la tumeur secondaire, qui, d'après le récit du malade et l'examen de la pièce, paraît bien être apparue isolément, a-t-elle pris naissance dans le tissu conjonctif voisin; mais il nous semble plus probable d'admettre qu'elle s'est développée, sous forme d'un nodule en apparence isolé, aux dépens de la masse primitive.

Quoi qu'il en soit, la rapidité de la marche de l'affection, son indolence, malgré l'inclusion et la compression du cordon, ses rapports exclusifs avec la queue de l'épididyme, les caractères de la tumeur, qui en font un type accompli de fibrome, lui donnent, parmi les tumeurs intra-scrotales, une place à part, exceptionnelle, car, dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune observation comparable à celle de M. Poncet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Obstruction intestinale. — M. LE DENTU, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, rapporte l'observation suivante : il fut appelé auprès d'une dame ayant des phénomènes d'obstruction intestinale. Elle avait eu plusieurs crises de constipation et avait été atteinte d'accidents péri-utérins. L'examen de cette malade ne permettait de reconnaître l'existence d'aucune tumeur. Le diagnostic restait donc douteux, mais les symptômes d'obstruction devenant menaçants, M. Le Dentu fit une incision de 6 à 7 centimètres sur la ligne blanche; il introduisit deux et trois doigts et chercha à examiner la cavité abdominale; étant gêné par les anses intestinales dilatées, il parvint à les faire rentrer à l'aide de ponctions capillaires; il put alors arriver sur l'S iliaque, où il trouva un corps dur. Il reconnut avoir affaire à un rétrécissement cancéreux de l'intestin. Il se contenta de chercher à parer aux accidents immédiats.

Il établit, dans ce but, un anus artificiel à l'angle inférieur de l'incision, sur la ligne blanche. Cet anus artificiel fonctionna mal; la mort survint après vingt-quatre heures.

Toutefois, dans ces cas dont le diagnostic est douteux, M. Le Dentu pense qu'une opération comme celle dont il vient de parler peut être avantageuse.

Dans les cas où l'on a de fortes présomptions en faveur d'un rétrécissement portant sur le gros intestin, M. Le Dentu pense qu'il est préférable de faire la cœcotomie. Il l'a toujours pratiquée systématiquement dans ces cas.

C'est ainsi que, dans un cas de cancer de l'intestin, il fit un anus cœcal qui donna huit mois de survie à la malade.

Il cite plusieurs autres cas de sa pratique, dans lesquels il eut recours à la même opération.

M. TRÉLAT dit qu'il y a des indications de la laparotomie, des indications de l'anus artificiel et des cas embarrassants, où l'on ne sait au juste ce qui convient le mieux.

Quels sont les cas qui réclament l'anus contre nature? M. Trélat rappelle s'être suffisamment expliqué sur ces cas (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 340). Lorsque le diagnostic de cancer est bien nettement établi, il n'y a pas d'hésitation possible; il faut pratiquer d'emblée un anus artificiel. M. Trélat a déjà fait connaître ses préférences en faveur de l'anus lombaire. Récemment encore, à propos d'un malade qui a été examiné par plusieurs chirurgiens et chez lequel avait été diagnostiqué un cancer de l'S iliaque, M. Berger crut devoir faire la laparotomie et aller à la recherche du cancer qui avait été diagnostiqué; il chercha à l'amener au dehors, n'y put parvenir et se décida, après ces recherches inutiles, à pratiquer un anus artificiel. Le malade ne put supporter ce traumatisme et succomba le soir même. Or c'était là un cas où il fallait faire d'emblée l'anus artificiel. D'autres faits demandent une conduite inverse : M. Trélat cite une observation d'obstruction intestinale dans laquelle on n'intervint pas; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un volvulus; il fallait donc, dans ce cas, faire la laparotomie. La péritonite suppurée est également tributaire de la laparotomie et du lavage péritonéal.

En résumé, dans les cas de brides, de volvulus, de nœud, de péritonite, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Il y a des cas douteux, où il est impossible de faire un diagnostic; il peut être indiqué, dans ces cas, de faire une opération complexe, c'est-à-dire une laparotomie permettant l'établissement d'un anus contre nature. C'est l'opération que vient de proposer M. Le Dentu.

M. RECLUS pense que tous les chirurgiens sont d'accord sur la conduite à tenir dans les cas où le diagnostic est assuré. C'est donc une question de diagnostic. Pour l'établir, dans les cas où l'on soupçonne un cancer, il propose le toucher rectal par le procédé de Simon.

Grâce à cette manœuvre, il a pu arriver à reconnaître l'existence d'un cancer de l'S iliaque. Il fit l'anus artificiel et le malade va maintenant aussi bien que possible.

Il faut aussi compter avec la paralysie intestinale. C'est ainsi que, sur un homme de soixante-quatorze ans, chez lequel il avait diagnostiqué un cancer de l'S iliaque, et chez lequel il fit un anus artificiel, la guérison complète du malade datant déjà depuis assez longtemps, prouva qu'il s'agissait d'une simple paralysie intestinale et non d'un cancer.

Suture du nerf radial. — M. HERMANN (de Mulhouse) communique une observation de suture secondaire du nerf radial, suivie du retour de l'intégrité fonctionnelle.

Il fait suivre cette observation d'une étude très complète sur cette importante question de la suture des nerfs et du retour des fonctions.

Érection d'une statue de Daviel. — M. PANAS fait, à ce sujet, une courte communication (voir aux nouvelles) et fait hommage à la Société du buste de Daviel.

ÉLECTIONS

M. Quenu est élu membre titulaire; M. Ollier est proclame membre honoraire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa)

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

GAFSA — KASSERINE (4-11 OCTOBRE)

I

Autrefois, à cette époque lointaine où les pataches ne passaient pas où maintenant circule la vapeur, les kilomètres avaient une

longueur dont il est impossible que la génération actuelle ait la moindre notion. Nous, les anciens, qui avons assisté à la rénovation de la face terrestre, nous retrouvions nos souvenirs en basse Tunisie, tandis que les jeunes écarquillaient les yeux sur ces lieues de paysan qui s'allongent comme à plaisir, tenant sur pieds du matin au soir pour aller n'importe où, qu'on atteint aujourd'hui rien qu'en tendant le bras.

Cette réflexion m'est suggérée par les 200 kilomètres qui nous séparaient de Tébessa, et les onze nouvelles journées de marche, y compris un séjour, pendant lesquelles allaient se dérouler les mêmes incidents de plaines interminables, d'inévitables oueds et de gorges plus ou moins difficultueuses. Seulement, l'établissement de la saison hivernale, les différences d'altitude, quelques particularités locales et l'idée dominante du retour, étaient des éléments nouveaux qui devaient imprimer à ces dernières pérégrinations quelque allure nouvelle.

Et, d'abord, c'est sans regret que nous quittions ces lieux où nulle ivresse n'aurait pu nous retenir. Qui de nous, en effet, eût échangé une heure future contre un des jours que le sort nous y avait infligés? Comme pour accentuer davantage cette disposition d'esprit, le ciel était gris et plein d'une petite pluie fine et pénétrante. Le thermomètre ne marquait que 12 degrés à midi, on avait presque froid, et c'est à peine si, en partant, on daignait jeter un regard d'adieu sur les palmiers s'abaissant sous l'horizon.

D'autre part, le coup était porté, et c'était un coup de maître, comme il eût été et comme il sera toujours facile d'en concerter et exécuter contre des peuplades barbares, qui n'ont jamais d'arrogance que devant la faiblesse. Il n'y avait plus qu'à rentrer aussi commodément que possible, tout en continuant, par un détour calculé, notre stupéfiante démonstration.

Donc, au sortir de Gafsa, nous étions 20700, dénombrés comme il suit : 7500 soldats et 3000 chevaux ou mulets de l'État, plus 1200 mulets de réquisition et 7000 chameaux, sous la garde et la conduite de 2000 convoyeurs arabes Algériens, dont le chiffre, qui saute aux yeux, mérite qu'on s'y arrête.

Chaque mulet avait son maître; les chameaux allaient par groupes, et tout ce monde avait des chefs coréligionnaires ou *bachamars*, qui dépendaient eux-mêmes d'un officier français, spécialement chargé de ce satané service.

Qui se douterait, dans les conditions ordinaires de la vie, des tracas d'une charge pareille? Aussi quelle énergie dans le commandement, ainsi qu'il convient là où les vrais et seuls moyens de persuasion sont au bout d'une trique! Nul ne bronchait; ça marchait comme un homme. Et quand, accidentellement, il se produisait quelques mouvements désordonnés et bruyants, bien vite comprimés, c'était que les instincts rapaces reprenaient le dessus à la découverte et au pillage d'un *silo*, ce souterrain artificiel dans lequel l'indigène enfouit sa récolte.

Les chameaux et autres étaient régulièrement payés au taux de trois francs par jour et par tête. C'était même avec de la monnaie toute neuve, pièces divisionnaires et billon, que portait le trésor dans des coffrets dont nos cantines jalousaient la fermeture unique. Sur quoi les convoyeurs, en guenilles et pieds nus, allaient, venaient ou s'arrêtaient, obéissant machinalement, ne s'inquiétant de rien, se contentant de tout, avec le flegme le plus imperturbable, ce qui ne les empêchait pas d'être quémandeurs obséquieux, cauteleux et tenaces, ramassant les bribes et grignotant l'orge des bêtes, auprès desquelles, en station, ils se tassaient et, placidement accroupis, se livraient, par quelque temps qu'il fît, aux douceurs de l'immobilisme contemplatif des bonzes hindous.

Sous ces divers rapports, celui que son mulet m'avait en quelque sorte attaché, était très réussi. Quel animal, mon Dieu! quel grison mal léché! Même parmi les siens, il était remarqué. Bien des fois les horions allaient à son adresse, et alors, c'était connu, il courait s'abriter vers le *toubib kebir* (le médecin en chef), qu'il ne salua même pas, quand tout fut terminé. Faut-il dire que je ne lui avais fait que du bien, ainsi qu'à son mulet, qui valait mille fois mieux que lui, et dont, à chaque instant, pour le garder intact, j'étais obligé de refaire la part d'orge roguée?

II

Et nous filions droit au nord, en remontant le cours des eaux de Gafsa. Le chemin était tracé par l'oued, un oued comme ils sont tous, avec des berges abruptes et un lit caillouteux et sec, lequel, dans ces contrées, ainsi que je l'ai déjà noté, n'indique absolument que l'emplacement de torrents momentanés, déterminés par des cataractes diluviennes. A l'ordinaire, les pluies sont, sur ce sol poreux, absorbées à mesure qu'elles tombent, et elles s'infiltrent jusqu'à la couche argileuse, qui est à une profondeur variable.

Le puits de Metkidès, la première station où nous campâmes, tout trempés, exigea 50 mètres de corde, et ce ne fut pas une mince affaire que de soutirer de la sorte de quoi abreuver la colonne; le lendemain, à Bir (puits) Sidi Aïch, où nous eûmes la fièvre, ce n'était plus que 10 mètres. Ensuite, dans les sables d'El Hoguef, sur le plateau de Tériana, il suffit d'en creuser un pour établir un abreuvoir général. Dans ces circonstances, nous, les hommes, nous buvions l'eau des tonnelets portés par les chameaux.

A la deuxième station étaient deux larges puits dont l'accès n'était pas sans danger, à cause de la disparition complète des margelles, et dont la belle maçonnerie attira particulièrement notre attention. Tout autour et dans une étendue assez grande, un éparpillement de pierres brisées rappelle que la fureur de la dévastation a dû être, dans ce lieu, poussée à ses dernières limites. Il n'y reste debout que deux mausolées dont l'un, si ma mémoire est fidèle, laisse lire dans sa frise une dédicace à une épouse chère.

Quel singulier contraste! Deux puits, si nécessaires à la vie, et deux mausolées, habitacles de mort, ont seuls échappé au désastre, dont ils attestent encore la grandeur par leur propre importance!

Et la plaine de Gafsa finissait là, sous des roches stratifiées qui semblaient barrer le passage. Toutefois une brèche, par où débouche l'oued, ouvrait un défilé long, sinueux, que nous mîmes presque toute une journée à franchir.

C'est dans ce défilé que, pour la première fois, nous fûmes assaillis par une pluie battante et froide, qui n'eut pas de relâche. Ce phénomène météorologique, qui devait se renouveler dans les endroits semblables, y est naturel et fréquent à cette époque de l'année, où l'air refroidi des couches supérieures tombe et court dans les failles montagneuses, en y précipitant les vapeurs condensées.

On y rencontrait de l'olivier, du laurier-rose, du tamarin, et, sur les flancs, quelques pins rabougris. J'y ramassai des piquants de porc-épic, et, dans les touffes d'alfa, l'un de nous, à cheval, força un lièvre qui, le soir, fit nos délices.

Et l'on ne cessa pas de marcher dans un pied de sable (c'était la part de ceux qui suivaient l'oued) ou dans un pied de boue (c'était celle des autres). Au déjeuner, les buveurs d'eau purent se satisfaire avec celle du ciel. Ce fut épouvantable; et quelle onglée! On s'était accoutré à en être grotesque; les gens montés surtout, pour qui le poids ne comptait guère, avaient fait étoffe de tout, et, malgré mille précautions, nous étions à la fin tellement mouillés que je ne sais ce qui serait advenu si, au débouché dans la plaine, nous ne l'avions trouvée égayée par un riant soleil.

Le vent devait y secouer nos tentes à nous faire trembler pour leur solidité, et vous jugez si le nombre des malades augmentait dans la troupe, qui, pour se changer, n'avait que la ressource du sac et tout juste du feu pour faire cuire l'aliment.

A Fériana, le nécrologe inscrivait deux fièvres typhoïdes rapidement compliquées, et les accidents pulmonaires, les rhumatismes, prenaient de telles proportions qu'une évacuation directe sur Tébessa fut sur l'heure arrêtée. La mesure était facile, puisque désormais les pistes étaient sûres, 150 indisponibles arrivèrent ainsi, dans un délai très court, à un gîte convenable.

III

Une tache verte, deux palmiers élancés, deux marabouts blancs et un monticule en fer brut et noir sous un coteau roussâtre et nu, comme la main, telle, de loin, se présente Fériana. De près, quand on a péniblement traversé les sables de l'oued, c'est un

assemblage d'affreux gourbis en torchis qui ne se soutiennent que par un adossement réciproque, et au milieu desquels on circule par des ruelles pleines de fumier. Tout contre, quelque terrain est en culture, grâce à un ruisselet d'eau claire, qui disparaît bientôt pour ne reparaître qu'à Gafsa. Des bouquets d'oliviers, d'amandiers, d'abricotiers, et des haies informes de cactus enchevêtrés complètent le paysage. Et c'est habité par 400 pouilleux qui, pour la gueuserie, ne le cèdent en rien aux autres citadins.

Les quartiers nègres de nos villes algériennes, bien qu'à notre contact ils aient forcément subi d'heureuses modifications, peuvent donner une idée de ces misérables agglomérations du sud.

Amère dérision! bizarre enchaînement des choses de la terre! C'est à deux pas d'une ruine gigantesque, autrefois la ville de Thelète, aujourd'hui et toujours, sans que personne y touche, un amoncellement de pierres taillées, parmi lesquelles se distinguent des restes de murailles rasées, quelques voûtes, un portique. Par une belle et glaciale matinée, nous passâmes, vingt minutes durant, sur ces débris antiques. J'étais à pied pour mieux admirer..., et pour me réchauffer.

Le même jour, après une longue marche dans le thym, l'armoise et l'alfa, par des plans qui s'étageaient brusquement, nous campions sur l'emplacement d'une ville encore plus grande, à Kasserine, où deux marabouts, sales et tapissés d'araignées, comme tous les autres, ridiculement s'étalent entre des fragments d'édifices, des pans de murs aux portes sculptées et près d'un arc de triomphe, dont la voûte intacte souligne un hommage à Septime Sévère.

Le tertre, sur lequel était bâtie la ville, est situé au centre de quatre plaines divergentes que limitent et séparent de hauts et pittoresques massifs. Il est contourné, dans les trois quarts de son circuit, par une profonde fissure dont les bords sont presque partout à pic et ont 50 mètres de hauteur en de certains points, véritables précipices où je frisai le vertige. Dans cette fissure coule, sous de grands lauriers-roses, un ruisseau qui fait plaisir à voir, tant le phénomène est rare en basse Tunisie. L'eau sourd sur les lieux mêmes, et les Romains l'avaient barrée pour en élever le niveau et irriguer les terrains sous-jacents. Le barrage, que les siècles ont largement ébréché, avait 100 mètres de longueur, 5 mètres de hauteur, et de 6 à 4 mètres d'épaisseur de la base au faîte.

Quel intérêt palpitant offraient ces souvenirs! et lequel d'entre nous, heureux et fier de ses humanités, n'eût goûté quelques charmes à les revivifier? D'ailleurs le temps était splendide; il n'y avait pas de malades, et l'on faisait séjour. N'était-ce pas le comble de la bonne fortune?

Au flanc d'un escarpement abordable, je rencontrai, dans la roche, une grotte artificielle, évidemment une ancienne carrière, à deux compartiments, que ses noirs recoins m'empêchèrent de sonder. Mais j'allai voir surtout, là où le tertre s'incline vers la plaine, en aval du barrage, le mausolée des Flaviens.

Les mausolées, que l'on trouve un peu partout, sont tous taillés sur le même modèle. Ils sont en granit et ont la forme, plus massive et plus haute, de nos caveaux modernes, avec des ornements divers : colonnettes, sculptures. Leur inscription consiste généralement en un nom, une filiation et un âge, et c'est gravé en gros caractères, qui se déchiffrent encore à merveille.

Celui de Kasserine est, entre tous, remarquable par ses 10 mètres d'élévation, divisés en trois étages, sur un perron de quelques marches. Il est régulièrement cubique par un peu plus de 3 mètres à l'étage inférieur, qui présente latéralement l'ouverture d'entrée. C'est sur la façade de cet étage qu'est la fameuse inscription dans laquelle le principal personnage, au cours d'un long récit, recommande les vins de la Gaule (*Galliæ dives campania vino*).

Le deuxième étage, un peu moins large, est orné, sur tous ses plans, de quatre pilastres à chapiteaux corynthiens avec architrave sculptée. Entre les deux pilastres médians du plan principal, il y a, sur les neuf pierres superposées, l'inscription mortuaire des membres de la famille : l'un d'eux avait CX ans, un autre CV, un autre XIIC. C'est assez dire qu'on vivait vieux chez les Flaviens, et c'était certainement une preuve de salubrité locale. Mais, à cette époque de tailles et de corvées, n'était-ce pas plutôt une preuve de sesterces aussi nombreux que larges?

Sur la pierre inférieure est l'indication d'une statue (*Filiæ Flaminiæ mater statuam posuit*) : encore un symbole du culte de la femme, qu'avait renouvelé la religion du Christ. Et vraiment, ce qui frappe le plus dans toutes ces nécropoles, ce sont les témoignages persistants des tendres affections. N'ai-je pas de mes yeux lu, sur une pierre tumulaire d'Haïdra, cet hommage naïf : *Ancillæ suæ dedicavit sacerdos?*

La statue, qu'on a vainement cherchée en fouillant le sol, devait être placée dans l'étage supérieur qui, plus étroit que le précédent, représente une chambre ouverte par devant. Cette chambre était surmontée d'un entablement avec fronton, dont les matériaux sont presque tous à terre. Et, malgré le feu qui a passé par là (car il existe des traces de calcination), et malgré le temps qui dévore tout, ce monument conserve sa sépulcrale majesté.

Et, sur ce plateau de Kasserine, dont les abords possibles sont si horriblement ravinés qu'à les franchir j'eus, pour mon compte, bien du mal à me tenir en selle, ce n'est que ruines dont les ombres évoquent les drames du passé!

Près de là, on apercevait, pour la première fois, un *douar*, c'est-à-dire un groupe de tentes arabes, dont les nomades, pacifiés, vinrent à notre rencontre et livrèrent quelques fusils. Ceux de ces fusils que je vis et que l'artillerie brisa et enterra me firent l'effet de ne pas valoir deux liards de bon argent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un comité, composé du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du président de l'Académie de médecine, du président de la Société de chirurgie, des professeurs d'ophthalmologie des Facultés de médecine de France et de plusieurs membres de la Société libre de l'Eure, vient de se constituer, sous la présidence de M. le professeur Panas, pour élever un monument à la mémoire de Daviel, un des plus grands chirurgiens du XVIII[e] siècle.

Daviel fut le premier qui osa ouvrir l'œil pour en enlever le cristallin devenu opaque et créa cette remarquable opération d'extraction de la cataracte, qui, tous les ans, rend la vue à des milliers d'aveugles.

Jacques Daviel, né en 1696, à la Barre (Eure), mourut à Genève en 1762, mais on ignora longtemps le lieu de sa sépulture; des recherches récentes apprirent qu'il était enterré dans le cimetière du Grand-Sacconnex, et, il y a deux ans, les chirurgiens suisses, sous l'impulsion de M. le docteur Halten-Hoff (de Genève), y élevèrent un élégant monument à la mémoire de notre illustre compatriote, véritable bienfaiteur de l'humanité.

Les chirurgiens français ont voulu suivre l'exemple donné par leurs savants confrères de Suisse, et, d'ici à peu, on verra s'élever, dans le département de l'Eure, la statue de Daviel; mais le comité espère que toutes les personnes qui s'intéressent à la science ophthalmologique ou qui connaissent l'importance de la merveilleuse découverte de Daviel, voudront bien contribuer à cette œuvre de reconnaissance nationale.

Les souscriptions sont reçues, 23, rue d'Aumale, chez M. le docteur A. Brun, qui a bien voulu accepter d'être le trésorier de la souscription.

— L'Académie des sciences vient de perdre l'un de ses membres les plus éminents, M. J.-B. Boussingault, décédé le 11 de ce mois, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Il appartenait à la section d'économie rurale, dans laquelle il était entré dès l'âge de trente-sept ans, en 1839.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera, dimanche prochain, 15 mai 1887, à l'Isle-Adam, une herborisation. Le départ aura lieu à la gare du Nord, à 8 h. 48 minutes du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21152

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Tuberculose pneumonique, pneumothorax partiel.

Le malade qui va faire le sujet de cette leçon est un garçon de vingt-quatre ans, qui était couché au lit n° 5 de notre salle des hommes. Il était entré, au commencement du mois dernier, présentant les apparences d'une pneumonie ordinaire, mais il était, en réalité, atteint d'une tout autre maladie, c'est-à-dire d'une tuberculose pneumonique double. Et, en vous le montrant quelques jours plus tard, je vous disais que, si sa tuberculose continuait à garder la même acuité, démontrée par la persistance d'une température élevée, elle conduirait à une ulcération du poumon suivie d'une terminaison rapidement mortelle.

Mais j'ajoutais qu'une autre éventualité, relativement meilleure, pouvait survenir qui retarderait cette issue fatale, c'est-à-dire une conversion dans ses allures, en ce sens que la fièvre continue pourrait être remplacée par une fièvre intermittente vespérale comme dans la phthisie vulgaire.

Je songeais d'autant plus à cette transformation que, le jour même où je vous tenais ce langage, sa température était redevenue normale pour la première fois (37°,2). Or, ce pronostic s'est réalisé, car, dès ce même moment jusqu'à la fin, la fièvre a conservé ce caractère intermittent représenté par une apyrexie complète le matin et une fièvre forte le soir, soit plus de 39 degrés.

Les phénomènes locaux sont allés en s'aggravant et les lésions sont restées bilatérales. Dans le lobe inférieur du poumon gauche, envahi le premier par la tuberculose pneumonique initiale, le souffle, purement bronchique d'abord, est devenu creux, cavitaire par places, par suite de la formation de cavernes. En même temps on constatait les signes persistants d'une infiltration tuberculeuse dans la partie supérieure du poumon gauche et dans toute l'étendue du poumon droit, de haut en bas. Cependant le malade était moins mal, grâce à la disparition de la fièvre pendant toute la journée.

Mais le 3 de ce mois, au soir, la température s'éleva tout à coup plus que les autres soirs, c'est-à-dire à 40°,6. En même temps le malade se plaignait d'une douleur si vive dans le côté gauche, accompagnée d'une telle gêne de la respiration, que ma première pensée en le voyant le lendemain matin fut qu'il s'agissait de quelque pneumothorax. Cependant, ce jour-là, je ne pus pas diagnostiquer cette complication. Le lendemain les symptômes étaient les mêmes; cette fois les signes d'un pneumothorax étaient évidents quoique incomplets : résonnance tympanique, absence de vibrations vocales, toux amphorique, mais pas de tintement métallique. Ces signes existaient seulement dans la partie moyenne de la poitrine, en avant, tandis qu'au-dessus et au-dessous nous constations les signes ordinaires de sa lésion tuberculeuse.

Je diagnostiquai donc, ce jour même, le 5 de ce mois, un pneumothorax partiel, tout en faisant certaines réserves touchant la possibilité de modifications ultérieures, et je pouvais dire que, vu la conservation des bruits pulmonaires en haut, sous la clavicule, il existait au sommet du poumon quelque obstacle à l'extension, de ce côté, de l'épanchement gazeux, tandis qu'en arrière et en bas il était impossible de dire si cet épanchement partiel était ou non définitif. Ces réserves étaient sages, car, le 7, l'épanchement gazeux avait envahi presque toute la région axillaire et la région postérieure de la poitrine dans toute sa hauteur, si ce n'est au sommet. Par contre, en avant, le pneumothorax restait à peu près le même, les bruits pulmonaires étaient conservés au-dessus de la partie moyenne ainsi que dans la région sous-mammaire. Le fait était parfaitement significatif de la présence d'obstacles à l'extension de l'épanchement gazeux en haut et en bas (en avant), par suite d'obstacles siégeant en ces deux points. Bref le pneumothorax avait gagné en étendue tout ce qu'il pouvait et restait partiel.

A partir du 7, nous avons continué à entendre le bruit de succussion produit par la présence de liquide et de gaz dans la région indiquée. En même temps, la douleur s'était calmée. Cette accalmie fut malheureusement de courte durée, trois ou quatre jours plus tard la douleur et l'agitation, produites par la difficulté de la respiration, reparaissaient. Le malade poussait des gémissements continus qui troublaient toute la salle. Il ne pouvait être calmé pendant quelque temps que par des injections de morphine.

D'ailleurs aucun autre phénomène stéthoscopique ne s'est produit du 7 au 17; les signes de l'hydropneumothorax restant les mêmes : sonorité tympanique, toux et voix amphoriques sans tintement métallique. Mais le 17, au matin, je constatai que les signes amphoriques avaient tellement

diminué en avant qu'ils avaient presque disparu, tandis que la succussion persistait, d'où l'on pouvait croire à une diminution de l'épanchement gazeux. Les deux jours qui suivirent, le 18 et le 19 surtout, il n'y avait plus d'amphorisme ni en avant, ni latéralement, ni en arrière, et cependant la succussion persistait toujours. Donc, si l'épanchement gazeux était diminué, il persistait encore un peu cependant et sa présence nous était confirmée par l'abolition des vibrations vocales.

Dans la partie inférieure de la poitrine, les vibrations étaient abolies par suite de l'épanchement liquide, tandis qu'au-dessus nous ne trouvions aucun signe de la présence de ce liquide, pas de matité, mais des bruits pulmonaires lointains avec souffle. Les vibrations, au lieu d'être normales, voire même renforcées comme elles auraient dû l'être, étaient absentes comme dans la partie inférieure. Il y avait donc toujours là quelque chose d'interposé, c'est-à-dire l'épanchement gazeux, malgré l'absence des autres signes qui auraient pu le caractériser.

Enfin, le 20, sans aucun phénomène autre qu'une asphyxie lente, notre malade a succombé.

A propos de ce malade, je ne saurais trop vous recommander de ne jamais oublier que le pneumothorax *partiel* est beaucoup plus fréquent que le pneumothorax *total;* que, de plus, il ne se produit jamais chez un sujet dont la poitrine est parfaitement saine, mais dans une poitrine ayant déjà été atteinte dans ses poumons ou dans sa plèvre, qui présente des brides ou des adhérences pleuropulmonaires. Et c'est ainsi que l'épanchement gazeux ne peut remplir que ce qui est libre et non ce qui est obstrué. Ces adhérences peuvent être, dans certains cas, de simples brides et ne pas former de cloisons obstructives; dans d'autres cas, au contraire, elles peuvent fermer la cavité pleurale sur certains points.

J'ajoute que la topographie du pneumothorax partiel est susceptible des variétés les plus imprévues, bien que la plus fréquente soit la variété inférieure, c'est-à-dire celle que l'on remarque le plus souvent chez les phthisiques. Mais les variétés supérieure, antérieure, postérieure, etc., sont également possibles, ainsi que la variété contournante.

Lorsque vous croyez pouvoir diagnostiquer un épanchement gazeux, il ne faut l'admettre que là où l'oreille en perçoit avec certitude les signes, et vous rappeler que cette constatation est toujours longue, quelquefois même très longue, pour bien arriver à délimiter sa topographie.

Il ne faut jamais oublier non plus, dans l'appréciation de son étendue, l'importance capitale des vibrations vocales abolies ou diminuées au niveau du pneumothorax.

Cela étant dit, que devons-nous, en résumé, trouver dans l'autopsie de cet homme? Une infiltration tuberculeuse occupant tout le poumon droit; une infiltration tuberculeuse avec des cavernes dans le lobe inférieur du poumon gauche; une infiltration tuberculeuse dans le reste du poumon de ce côté, mais moins compacte; de plus, à gauche, des gaz et des liquides dans la plèvre, du moins dans une partie de la cavité pleurale; le sommet du poumon gauche fixé au thorax dans tout son pourtour par des adhérences; en bas et en avant des adhérences obstruant suffisamment la cavité pleurale pour empêcher l'épanchement gazeux de s'y propager.

Voilà ce que nous devions trouver et ce que l'autopsie a confirmé de tous points. En effet la plèvre est libre dans toute sa partie moyenne et en haut jusqu'à une certaine distance du sommet, qui adhère complètement à la calotte supérieure du thorax. Un peu plus bas, au niveau du tiers supérieur de la cavité de la plèvre, nous avons trouvé une bride très forte, très épaisse, très courte, qui existe sans interrompre la cavité pleurale où elle se trouve. Enfin dans le tiers inférieur, en avant, on voit des adhérences pleuropulmonaires qui expliquent comment, dans toute cette partie de la poitrine, les bruits pulmonaires ont persisté avec des bruits de frottement que j'avais oublié de mentionner en commençant.

Notre diagnostic est donc, comme on le voit, tout à fait confirmé pour la région antérieure et la région latérale qui est libre, ainsi que pour la région postérieure. Et nous étions bien en face d'un pneumothorax partiel de la variété moyenne.

Quant à l'infiltration tuberculeuse, le diagnostic est également vérifié par l'autopsie; elle est totale avec des cavernules multiples dans tout le lobe inférieur du poumon gauche. En arrière nous trouvons une petite caverne qui nous montre comment le pneumothorax a pu se faire. Du côté droit, plèvre saine et infiltration tuberculeuse moins compacte qu'à gauche.

Je voudrais encore, avant de terminer, appeler votre attention sur une lésion dont je vous ai parlé plusieurs fois mais que je n'ai pas encore eu l'occasion de vous montrer, et qu'aujourd'hui vous pouvez vérifier sur ces pièces anatomiques : c'est-à-dire des adhérences de la base du poumon gauche qui la fixent presque totalement au diaphragme. C'est dans de pareils cas que, lorsqu'une pleurésie ordinaire vient à se produire, le poumon pourra, si l'épanchement est considérable, être complètement refoulé vers la colonne vertébrale, non pas dans la partie inférieure qui est maintenue en place par ces adhérences, mais dans la partie moyenne et dans la partie supérieure. En semblables circonstances, la matité que donne la percussion est due à ces adhérences trompeuses et non, comme on est porté à le croire, à la présence du liquide épanché dans cette région inférieure.

Que dans ces épanchements pleuraux on vienne alors à pratiquer la thoracentèse, comme il est indiqué, dans le lieu d'élection, c'est-à-dire dans le septième espace intercostal, le trocart pénétrera, non dans l'épanchement pleural, mais en plein dans le poumon.

HOPITAL NECKER. — M. Léon Le Fort.

Luxations anciennes de l'épaule.

Les observations de luxations anciennes de l'épaule ne sont pas extrêmement nombreuses et je profite d'un cas en ce moment dans le service pour vous en parler aujourd'hui. La luxation de notre malade n'est à la fois ni récente, ni très ancienne, puisqu'elle date de six semaines.

A la suite d'une luxation, en général, il se passe certains changements dans les liens fibreux qui se raccourcissent peu à peu, s'ils sont dans le relâchement. Du côté de la capsule, — je parle des luxations de l'épaule, — il se fait généralement un travail de réparation tel qu'au bout de six semaines déjà, mais surtout plus tard, la dite capsule n'est plus béante, de là déjà une première difficulté pour la réduction de ces luxations. Il se produit de plus un certain travail inflammatoire avec épanchement de lymphe plastique, orga-

nisation des ligaments déchirés, d'où une résistance plus grande à combattre, d'autant plus grande que la tête de l'humérus aura contracté des adhérences anomales. C'est ainsi qu'on en arrive à être obligé de recourir à la force au lieu d'employer les moyens de douceur pour rompre les résistances.

Cette force à employer se présente sous trois formes : les aides, les moufles et les machines spéciales. Tout aide qui tire sans s'arc-bouter du pied contre un meuble ou un mur développe en moyenne une force continue de 30 kilogs; s'il tire en s'arc-boutant, en procédant par à-coups, cette moyenne peut s'élever à 90 kilogs. De sorte que, si vous employez quatre aides, la dite force sera de 360 kilogs, chiffre énorme. D'où l'on doit recommander à ses aides l'emploi de la force continue et non par à-coups.

Lorsque vous vous servez de moufles, il faut avoir avec vous un dynamomètre afin de juger du degré de force qu'ils vous donnent.

Quant aux machines, celle qui est la plus employée est celle de Jarvis, qui donne une force assez grande et permet de la mesurer, mais elle ne répond pas encore à toutes les indications.

Quand on veut réduire une luxation ancienne de l'épaule, on ne saurait procéder comme dans une luxation récente, mais l'opération comprend deux temps : 1° la destruction des liens fibreux ; 2° la mobilité de la tête humérale; c'est-à-dire faire faire au bras des mouvements de rotation et de circumduction, puis des manœuvres de réduction.

Jusqu'à quelle époque les luxations de l'épaule sont-elles réductibles? Ce temps est variable. On a parlé de sept mois et de sept mois et demi; voire même d'un cas de réduction après quatorze mois, mais l'opération, faite avec des moufles, fut abominable, quoiqu'elle ait, je crois, réussi.

Cette question de la réduction des luxations anciennes a été autrefois très discutée, notamment le 3 juillet 1850 à la Société de chirurgie. Velpeau disait alors, avec raison, que lorsque, après certaines tentatives, la réduction ne paraissait pas possible, il ne fallait pas insister, tandis que Maisonneuve soutenait, au contraire, que l'on devait persister dans ses manœuvres pour arriver à réduire. Mais vouloir réduire quand même, c'est exposer les malades à des dangers énormes et d'autant plus inutiles que, parfois, on peut, par un traitement approprié, par des manœuvres de mobilisation continuées pendant quelque temps, arriver à rendre au malade certains mouvements de son bras.

Les principaux accidents que des tentatives intempestives peuvent déterminer se passent du côté des artères. Rappelez-vous en effet ce que je disais tout à l'heure, que tous tissus relâchés pendant un certain temps se rétractent; qu'arrivera-t-il donc si vous exercez des tractions exagérées sur un membre atteint de luxation ancienne, si ce n'est la possibilité de rompre une artère, d'où la mort? Parfois même des manœuvres modérées ont déterminé de pareils accidents dans des cas d'adhérences de l'artère humérale à la capsule, à la cavité cotyloïde. Mais, je le répète, c'est surtout lorsqu'on agit violemment. J'ai relevé dix-huit observations de rupture de l'axillaire ainsi produite par des procédés de réduction vicieux ou détestables. Ainsi Jean-Louis Petit, par le procédé de la porte; Charles Bell, à Newcastle, par un procédé analogue; les deux cas de Warren et de Gibson par le détestable procédé du talon; une observation de tractions extrêmement violentes faites par un rebouteur; celle d'un autre rebouteur de Leicester qui fit tirer par *seize hommes* pour une luxation chez un vieillard de soixante ans : le grand pectoral fut déchiré, le plexus brachial arraché, l'artère humérale rompue, le coude luxé, l'humérus et les os de l'avant-bras fracturés! le fait aussi de Delpech où dix aides furent chargés de tirer sur le membre, l'artère axillaire fut rompue et la mort immédiate. Dans l'observation de Flaubert (de Rouen), les tractions faites par huit aides amenèrent la rupture de l'artère, du grand pectoral et de la courte portion du biceps. Puis c'est une observation anglaise, une observation de David (de Rouen), dans lesquelles l'artère est également déchirée. Desault observe également, dans deux cas, des accidents très graves à la suite de tentatives exercées pour une luxation datant de six semaines, l'un d'eux se termine également par la mort. Calender et Blachmann comptent également à leur actif deux faits de rupture artérielle suivis de mort.

Dans d'autres cas la rupture a été due à des adhérences : ainsi le fait de Gibson, chez un homme de trente-cinq ans, pour une luxation datant de neuf semaines, l'artère adhérait à la tête de l'os et à la capsule humérale; celui de Flaubert : luxation de onze jours, adhérence de l'artère aux côtes.

Dans tous ces cas malheureux, sauf deux où il s'agissait d'hommes jeunes, âgés de trente à trente-cinq ans, on avait eu affaire à des sujets ayant dépassé la cinquantaine. La rupture de l'artère se comprend alors d'autant mieux qu'à cet âge les vaisseaux sont moins flexibles, moins extensibles.

D'où nous devons conclure qu'il ne faut pas chercher à réduire quand même une luxation ancienne, mais qu'il faut, par des procédés de douceur, chercher à obtenir la mobilisation de la tête humérale. De même certaines manœuvres, dans les luxations anciennes de l'épaule, ne doivent pas être faites : ainsi l'élévation du bras qui tend très fortement l'artère et peut, par suite, déterminer sa rupture. Nous en avons une preuve chez une malade de Paget, femme rhumatisante, âgée de quarante-cinq ans, qui, en cherchant à écarter le bras, glissa sur le parquet et se rompit l'artère axillaire. Dans un autre cas, ce n'est pas l'artère axillaire qui fut déchirée, mais bien la veine du même nom. D'autre part, Flaubert eut deux cas dans lesquels les nerfs furent gravement intéressés : le premier chez une femme de soixante-quatre ans, la luxation datait de sept semaines, cinq aides furent chargés des tractions, la lésion détermina une paralysie; le second est une luxation remontant à trente-huit jours, les tractions furent pratiquées par huit aides, il y eut syncope, hémiplégie, accidents fébriles, le tout terminé par la mort, dix-huit jours après l'opération; quatre branches du plexus brachial avaient été arrachées dans les mouvements d'élévation du bras.

En résumé, dans les luxations anciennes, les manœuvres de réduction sont dangereuses; celles-ci ne doivent être tentées que si la luxation n'est pas très ancienne, si les sujets ne sont pas très âgés et si la mobilisation n'est pas possible.

Quant à notre malade, c'est un homme de soixante et onze ans, sa luxation date de quarante-quatre jours, la tête de l'humérus, encore mobile, permet de tenter, par des manœuvres de douceur, de la mobiliser davantage. Sa luxation est intra-coracoïdienne et correspond en partie à ce que Malgaigne a appelé les luxations incomplètes, luxations dans lesquelles les tentatives de réduction sont un peu moins difficiles que dans les luxations complètes.

Quelles manœuvres allons-nous donc tenter? L'élévation du bras? Non, car il nous faut tout d'abord essayer de déga-

ger la tête par des tractions dans l'axe en employant les mouvements de circumduction et de rotation sur l'axe et aussi en tirant de façon à détruire, si possible, les nouveaux liens fibreux, sans cependant que la force de traction dépasse 100 kilogs au dynamomètre. Le malade sera, bien entendu, chloroformisé.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Rétraction de l'aponévrose palmaire; dissection de la bride fibreuse.

Pierre de D..., quarante-cinq ans, typographe entre à l'hôpital Saint-Joseph pour une rétraction de l'aponévrose palmaire de la main droite.

Le malade ne présente aucun antécédent de famille.

Il a toujours été d'une excellente santé et n'a à se plaindre que de douleurs rhumatoïdes qui se montrent de temps en temps. Le malade ne se plaint pas d'hémorrhoïdes ni d'autres accidents arthritiques.

Cet homme dit nettement que c'est au point où il appuie le composteur, pendant son travail, que le mal s'est développé depuis cinq mois.

Le petit doigt est plus qu'à demi fléchi. On peut encore le redresser, mais très incomplètement. Le malade ne peut faire seul ce mouvement. L'annulaire commence à fléchir, mais fort peu.

A la paume de la main, au niveau des quatrième et cinquième métacarpiens, se voit une série de plis transversaux formant une dépression longue de 5 centimètres environ et large de 10 à 15 millimètres. Ces plis sont durs et se tendent fortement quand on allonge les doigts.

A la palpation, on sent sous la peau une masse dure, fibreuse, immobile, adhérente au tégument interne.

Le malade n'accuse aucune sensation douloureuse, sauf le soir, quand il a travaillé. Il sent que son travail devient de plus en plus difficile.

Je me décidai à faire l'ablation de la bride fibreuse, opération qui fut acceptée.

27 juin 1886. Opération, le malade étant endormi. Incision longitudinale au niveau du tendon de l'annulaire. Deux incisions transversales de 2 centimètres chacune aux deux extrémités de la première et formant une H avec la première.

Dissection minutieuse de la peau et du tissu cellulaire souscutané, qui a disparu dans les points où l'adhérence est la plus forte. Je découvre l'aponévrose palmaire qui, en cet endroit, a la forme d'une bride allongée très forte.

Cette bride a une longueur de près de 5 centimètres sur une largeur de quinze millimètres.

Elle est isolée des parties voisines et enlevée en totalité. Elle a une épaisseur de près de 8 millimètres et offre une grande résistance à la traction.

Cette dissection a mis à nu les nerfs et les vaisseaux collatéraux des deux derniers doigts, ainsi que la gaine des fléchisseurs de l'auriculaire, laquelle n'est pas ouverte.

Je ne fais pas de réunion, mais je me contente de rabattre les deux lambeaux de peau, qui sont très minces par endroits.

Pansement à l'iodoforme et compression légère. Immobilisation avec une attelle ouatée.

28 juin. Le malade n'a pas souffert de sa main. Il a dormi toute la nuit. Pas de réaction fébrile.

Changement du pansement, qui est souillé de sérosité sanguine.

4 juillet. Même état satisfaisant. Les lambeaux paraissent adhérer au fond de la plaie. Pas trace de pus.

10 juillet. Le malade sort. Il n'est pas complètement guéri.

19 juillet. On trouve un peu de pus accumulé sous l'épiderme, à un des angles de la plaie. On le fait sortir en enlevant l'épiderme. Pansement à l'iodoforme.

24 juillet. Le pus ne s'est pas reformé. Les doigts sont libres et reprennent leur mouvement.

3 août. La plaie est bien cicatrisée. Le malade remue facilement les doigts et n'éprouve pas de tiraillements dans sa plaie.

1er octobre. La cicatrice est assouplie et le malade travaille facilement. On peut le regarder comme guéri.

Mars 1887. Le malade est revu huit mois après l'opération. La main est souple et il travaille facilement.

DU ZONA PÉRINÉO-ANAL CHEZ LES TUBERCULEUX

Par M. Barié.

Parmi les troubles nerveux, observés au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, les accidents douloureux ont une importance si grande qu'il n'est guère de phthisiques qui n'en souffrent.

Ils varient énormément de nature et de siège : arthralgies, douleurs contusives ou lancinantes, hyperesthésies cutanées ou musculaires, névralgies intercostales (Bassereau, Valleix), sus-orbitaires, fronto-pariétales, du médian, du cubital, du radial, des sciatiques, lombo-abdominales, etc. (Perroud).

Ces névralgies, parfois si rebelles et si réfractaires à la thérapeutique, s'accompagnent souvent de troubles trophiques : érythèmes (Perroud), atrophies musculaires (Landouzy), zona.

Le zona, bien que peu fréquent, est un des troubles trophiques les plus curieux de la tuberculose. Il fut observé pour la première fois par Baerensprung, il y a vingt-cinq ans, puis par Mougeot (thèse de Paris, 1867), enfin et surtout par Leudet qui, sur 2000 phthisiques, en releva 17 cas et résuma complètement la question au point de vue clinique dans ces quelques lignes : « Chez les tuberculeux, le zona fait partie d'un ensemble de perturbations nerveuses localisées au trajet des nerfs, coïncidant avec des troubles de la sensibilité (douleurs locales et à distance, centrifuges ou centripètes, à foyers mobiles); des troubles de la motilité (paralysies, contractures); des troubles thermiques, trophiques, sueurs locales, éruptions vésiculeuses, quelquefois même atrophie consécutive. »

Deux faits se dégagent des 25 observations publiées jusqu'à ce jour sur ce sujet :

1° L'extrême rareté du zona dans la tuberculose, puisqu'on n'en connaît que 25 cas dans la littérature médicale;

2° La fréquence de sa localisation sur la paroi thoracique, constatée 16 fois sur 25, contre 4 fois sur le bras et l'avant-bras, 2 fois sur la région lombo-abdominale, 2 fois sur le membre inférieur, 1 fois sur le trajet du trijumeau.

J'ai observé, pour ma part, depuis onze ans, trois cas des plus nets, dans lesquels l'éruption s'était localisée au niveau de la région périnéo-génitale, chez des tuberculeux. L'herpès zoster survint sans cause appréciable. Comme toujours, la lésion était unilatérale, occupant la moitié de la région péri-anale, du périnée, du scrotum, tout un côté des faces supérieure et inférieure de la verge et la plus grande partie de la région supérieure des faces postéro-externes de la cuisse du même côté.

L'éruption suivait exclusivement le trajet de trois des principales branches collatérales du plexus sacré : petit sciatique, les deux rameaux du honteux interne et le nerf hémorrhoïdal.

Par sa localisation et ses caractères morphologiques, l'éruption peut être confondue avec certaines dermopathies fréquentes en cette région : l'herpès anal, l'herpès névralgique des organes génitaux et l'herpès progénital, récidivant. Mais l'herpès anal se rencontre principalement chez la femme (Legendre), à la suite d'engorgements utérins ou péri-utérins, ou encore comme conséquence de l'irritation de la peau par le contact des liquides irritants de la leucorrhée ou des syphilides suintantes péri-vulvaires. L'herpès névralgique reconnaît toujours pour cause des lésions locales de la muqueuse du prépuce, caractère qui manquait dans mes trois cas; enfin l'herpès progénital récidivant a deux particularités très nettes : récidive indéfinie et origine vénérienne

Les auteurs diffèrent sur la pathogénie des accidents douloureux — y compris le zona — dans la phthisie pulmonaire. Pour Guéneau de Mussy et Perroud ils sont d'origine réflexe. Leudet, après les avoir expliqués par des troubles vaso-moteurs, se rallia ultérieurement à la théorie de Guéneau de Mussy et Perroud.

Cette théorie ne saurait cependant être acceptée. Outre qu'elle manque de précision, elle ne rend pas compte de la limitation parfois si étroite des accidents nerveux chez les phthisiques, et, d'autre part, on ne conçoit guère une action réflexe dont la durée serait assez longue pour produire des troubles trophiques tels que le zona, par exemple.

Pour Raymond la plupart des accidents nerveux des phthisiques sont facilement explicables dans l'hypothèse d'une lésion centrale constituée par de la méningo-myélite, tantôt sous forme de tumeurs isolées, tantôt avec les apparences de lésions diffuses, nodulaires ou infiltrées. Cette pathogénie a pour elle un certain nombre de faits dans lesquels on rencontra des lésions variables de la moelle ou des méninges spinales, et ces faits seraient probablement bien plus nombreux, si on ne négligeait pas, le plus souvent, l'examen du rachis dans les autopsies de tuberculeux. Néanmoins, il est bien certain que la théorie de Raymond n'est pas applicable à tous les cas. Aussi, en présence de l'incertitude de toutes ces théories, peut-on se demander si on ne trouverait pas dans la nature même de la tuberculose la raison d'être de tous ces phénomènes nerveux. On les observe dans une autre maladie infectieuse, la dothiénentérie, et là ils sont manifestement liés à des altérations du système nerveux périphérique. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la tuberculose dont la nature infectieuse ne fait plus doute pour personne.

Déjà Beau, en 1849, expliquait par une inflammation des nerfs intercostaux, consécutive à l'inflammation du sommet de la plèvre, les phénomènes douloureux observés si souvent au sommet du thorax chez les phthisiques. Peter et Landouzy ont, de même, expliqué par une névrite la sciatique des tuberculeux, et la preuve anatomique de cette névrite a été fournie par les travaux récents de Joffroy, Eisenlhor, Strümpell, Oppenheim, Pitres et Vaillard. Mieux que toute autre cause, cette lésion rend compte des troubles protéiformes de la sensibilité, si fréquents chez les phthisiques.

En résumé, des faits publiés jusqu'ici et de ceux qui me sont personnels, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Parmi les troubles nerveux observés dans le cours de la tuberculose pulmonaire chronique, on doit réserver une place au zona, qu'il faut, toutefois, considérer comme une complication rare ;

2° En général, ce zona siège sur les parois thoraciques, mais on l'a rencontré dans d'autres régions telles que le cou, la face, les lombes, les membres inférieurs et supérieurs ; il peut siéger également dans la région périnéo-génitale ;

3° L'éruption, quelquefois accompagnée de troubles de la motilité et de variations thermiques, a été rapportée tantôt à des perturbations vaso-motrices, tantôt à des excitations d'ordre réflexe ; ces hypothèses insuffisantes doivent être rejetées entièrement ;

4° Le zona des tuberculeux, quel que soit son siège, peut reconnaître deux origines : quelquefois il est lié à des méningo-myélites tuberculeuses ; le plus souvent il est la conséquence de névrites parenchymateuses périphériques. Par cela même il se rapproche plus volontiers des éruptions vésiculeuses secondaires, en forme d'herpès et d'origine trophique, que du zona véritable, si l'on considère ce dernier comme une entité morbide d'origine infectieuse, ainsi que le veulent certains auteurs contemporains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Ulcérations tuberculeuses laryngées. — M. GOUGUENHEIM adresse la note suivante, relativement à la guérison d'ulcérations tuberculeuses par la méthode du docteur Hering (de Varsovie) :

Les 28 cas de cicatrisation du docteur Hering se divisent en trois catégories.

Première catégorie : 13 observations de phthisie laryngée et pulmonaire ; durée de la cicatrisation, de trois mois à un an, sans récidive. Dans 9 de ces 13 cas, les lésions étaient à forme destructive. Dans tous elles s'étaient répandues sur l'épiglotte, la région aryténoïdienne, les cordes vocales et le ventricule de Morgagni ;

Deuxième catégorie : 9 cas de récidives après la cicatrisation. Guérison des récidives chez 3 malades seulement ;

Troisième catégorie : 6 cas d'ulcères tuberculeux du pharynx, du nez, de la langue, avec état général mauvais. Cicatrisation quand même. Dans 2 cas, la cicatrisation a persisté jusqu'à la mort.

M. Hering possède la pièce anatomique.

Épidémie locale de fièvre typhoïde. — M. FERNET relate, avec tous ses détails, l'épidémie locale de fièvre typhoïde observée à Pierrefonds, en 1886, et qui a fait l'objet de la communication de M. Brouardel à l'Académie des sciences et des recherches bactériologiques de MM. Chantemesse et Widal dans l'eau incriminée. On sait que dans cette épidémie localisée, dont la famille de M. Fernet fut victime, les huit personnes qui habitaient la maison et qui avaient bu l'eau souillée par des infiltrations de matières fécales, furent toutes atteintes de fièvre typhoïde. Quatre, qui à une époque antérieure avaient été atteintes de cette maladie, ne furent touchées que légèrement. Les quatre autres, qui n'avaient jamais eu de fièvre typhoïde, succombèrent malgré les soins les plus expérimentés et les plus dévoués. Même dans ces quatre cas mortels, M. Fernet releva cette particularité curieuse que les symptômes abdominaux étaient fort peu développés, tandis que les symptômes cérébro-spinaux étaient d'une intensité exceptionnelle. MM. Chantemesse et Widal constatèrent jusqu'à vingt mille bacilles pathogènes par litre dans l'eau d'alimentation de la maison.

Continuation de la discussion sur le traitement de la syphilis. — M. MARTINEAU continue sa communication sur ce sujet. La médication iodée peut être considérée comme aussi importante que la médication mercurielle dans le traitement de la syphilis.

Ainsi que Nélaton l'avait remarqué, l'action des iodures est plus prononcée lorsqu'ils suivent immédiatement l'emploi des préparations mercurielles.

C'est pourquoi j'ai modifié un peu le procédé de traitement si connu de notre collègue, M. Fournier ; je donne, en effet, les iodures dans ce qu'il a appelé les stades de repos. Ainsi, au début du traitement, je prescris le mercure pendant deux mois ; immédiatement après, deux mois d'iodure, et ainsi de suite la première année. La deuxième année, mercure pendant six semaines à deux mois ; iodure pendant un temps égal ; repos pendant un mois et demi à deux mois ; et l'on recommence.

Les stades de repos sont de plus en plus longs dans la troisième et la quatrième année.

J'institue la médication sulfureuse — et j'entends par là les cures aux eaux sulfureuses — à la fin de la troisième année seulement. Il faut attendre, en effet, que la période active de l'intoxication syphilitique soit épuisée et cette période dure deux ans, même avec les traitements mercuriel et iodé. En adressant plutôt les malades aux stations thermales, on pourrait voir survenir des accidents graves, car l'accélération imprimée à la syphilis par les cures sulfureuses précoces a été bien établie par les travaux des médecins hydrologues. Mais il n'en est pas ainsi des eaux sulfureuses prises à domicile. On en retire même parfois, à n'importe quelle période de la syphilis, de bons résultats au point de vue de la nutrition générale, lorsque, par exemple, le lymphatisme ou la scrofule entrent en ligne de compte.

Quant au rôle de la médication sulfureuse, il est certain qu'elle

ne guérit ni la syphilis ni ses manifestations diverses. Elle n'est donc pas la succédanée du mercure et des iodures, mais bien leur adjuvant, car elle augmente la tolérance de l'économie pour ces deux médicaments et active la nutrition générale. En outre, son rôle comme *pierre de touche* dans le traitement de la syphilis me paraît bien établi, quoiqu'il ait été nié par certains auteurs.

Enfin, il ne faut jamais oublier dans le traitement général de la syphilis le traitement pathogénique, c'est-à-dire celui du syphilitique, dont la syphilis peut être considérablement modifiée dans son évolution par une débilité constitutionnelle ou par des maladies diathésiques. C'est pour ce motif que le diagnostic pathogénique est aussi important que le diagnostic nosologique.

Du zona périnéo-anal chez les tuberculeux. — M. BARIÉ fait une communication sur ce sujet (voir plus haut p. 488).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 mai 1887, M. le docteur Kiener est nommé professeur d'anatomie pathologique et histologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 6 mai 1887, M. Gouy, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Lyon.

— Par décret, en date du 6 mai 1887, M. Parmentier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Clermont.

— Par décret, en date du 6 mai 1887, M. Girod, docteur ès sciences, est nommé professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Clermont.

— Par décret, en date du 13 mai 1887, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine, M. Besnard, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 14 mai 1887, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine, M. Dumas, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 14 mai 1887, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, médecin de première classe, M. Petit médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

— La seconde épreuve du concours de l'adjuvat (épreuve orale, sur un sujet d'anatomie descriptive) a lieu aujourd'hui lundi, 16 mai 1887, à quatre heures, à la Faculté de médecine. — L'un des candidats, M. Pozzi, s'est retiré du concours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Truc, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Cochez, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Saliéges, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Momont est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Boignier, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Joannis, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de chimie industrielle, en remplacement de M. Klein, décédé.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. de Forcrand, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de chimie.

— M. le docteur Vandier est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Melle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ranson (de Jarnac).

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Le Royer, président du Sénat, assisté de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 22 mai 1887, à deux heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, président de la Société; — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général; — 3° Allocution de M. Hip. Maze, sénateur, directeur de la *Revue des institutions de prévoyance*; — 4° Rapport de la commission des prix, par M. E. Decaisne; — 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1887, par M. Guignard.

— M. le docteur Hartmann, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, commencera, avec le concours de six aides d'anatomie, ses démonstrations d'exercices opératoires, demain mardi 17 mai 1887, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— La Société botanique de France fera jeudi prochain, 19 mai 1887, une herborisation à Champagne-Grandval (Seine-et-Oise). Départ de Paris par la gare du Nord à huit heures quarante-cinq minutes du matin. Retour de Champagne à six heures onze minutes. Se munir de vivres pour le déjeuner. On s'inscrit au siège de la Société, 84, rue de Grenelle-Saint-Germain.

— M. le docteur Diday (de Lyon) fera, vendredi prochain, 20 mai 1887, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Fournier, une leçon ayant pour sujet : « Théorie de la syphilis héréditaire. »

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques, sur la syphiliographie, à l'hôpital du Midi, le samedi 21 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Le tome XXXIV de la première série, le tome XXIII de la deuxième série, la première partie du tome XVII de la troisième série, la deuxième partie du tome XII de la quatrième série et la deuxième partie du tome I de la cinquième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau; et Victor Masson.

Hygiène des maternités, résultats de huit années d'observation à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux), par le docteur ORÉ, professeur à la Faculté de médecine, etc. Grand in-8, de 72 pages avec deux plans, couronné par l'Institut (Académie des sciences). — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21152

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en tout, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucunee analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

27

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutess les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

17

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris etphies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

12

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f 50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

17

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitanx contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : **2** FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

35

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

43

L'ÉLIXIR TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

Est le plus puissant **Digestif** connu. Contre *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Constipation, Vomissements, Diarrhée.* DOSE : Un petit verre à liqueur après chaque repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

N° 62. — JEUDI 19 MAI 1887. 60e ANNÉE JEUDI 19 MAI 1887. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A la suite de la lecture faite dans la dernière séance par M. Alph. Guérin sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien, M. le président se crut obligé de faire immédiatement des réserves formelles en ce qui concerne certains faits anatomiques avancés par son collègue. Je puis affirmer, a-t-il dit, qu'aucun des vaisseaux lymphatiques, émanant du col de l'utérus, ne se rend aux ganglions sous-pubiens. A quoi M. Guérin répondit : Que M. le président veuille bien se rendre à l'amphithéâtre de Clamart; il y trouvera une pièce préparée par M. Le Bec, pièce qui montre de la manière la plus nette que les ganglions du trou sous-pubien reçoivent des vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus.

M. Sappey a obtempéré à cette invitation, il est allé à Clamart et il n'a rien vu sur la préparation en question. M. Guérin avait oublié sans doute que cette préparation avait 9 ans de date et qu'il pourrait bien se faire que, dans cet intervalle, elle se fût altérée au point de ne pouvoir plus rien prouver aujourd'hui. C'est, de son aveu, ce qui est arrivé en effet.

De là, nouvel échange d'explications, hier, entre ces deux honorables académiciens, duquel il résulte, en somme, que M. Guérin maintient son affirmation, en se fondant non plus sur la préparation Le Bec, qui a eu sa valeur jadis, mais qui n'en a plus aucune actuellement, mais sur d'autres faits anatomo-pathologiques, entre autres, sur des cas de cancer du col utérin, dans lesquels il a constaté l'existence de ce ganglion dégénéré, et que M. Sappey ne revient nullement sur son objection, et maintient son dire, en se fondant sur ce que lui ont appris ses injections sur le trajet des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et les ganglions auxquels ils se rendent.

La réponse de M. Sappey est une leçon d'anatomie qui vaudra la peine que nous la résumions quand nous aurons le texte sous les yeux.

M. le Président a annoncé la déclaration d'une vacance dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, en remplacement de M. Gallard, décédé.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Tumeurs malignes de la mamelle.

Depuis peu de temps, nous avons reçu dans le service cinq femmes atteintes de tumeurs malignes de la mamelle. Quatre d'entre elles ont été opérées, chez la cinquième je m'y suis refusé. Je vais en profiter pour vous parler des contre-indications opératoires de ces tumeurs.

On sait que le cancer de la mamelle ne guérit jamais, mais qu'il progresse toujours, tendant à se généraliser, qu'il entraîne la mort et que la médecine est impuissante à en arrêter les progrès. D'autre part, le chirurgien peut bien extirper le mal, mais l'observation nous montre aussi que le plus souvent celui-ci récidive. De là plusieurs courants d'opinions : pour les uns, toute intervention chirurgicale est nuisible ; pour d'autres, elle est utile ; enfin, pour un troisième groupe, elle est à la fois nuisible et utile. Bref le problème est difficile.

Tout le monde est d'accord cependant à reconnaître qu'il ne faut pas toucher au cancer généralisé, c'est-à-dire dans les cas où, en outre du cancer de la mamelle, on trouve des noyaux cancéreux en d'autres points de l'organisme. C'est là une règle absolue. Je sais bien que, néanmoins, il est des cas où le chirurgien est forcé d'intervenir, en raison des complications que la tumeur a pu amener (douleurs très vives, continues, hémorrhagies); il ne s'agit plus alors de cure de la maladie, mais seulement d'une opération palliative.

Quant à la généralisation en elle-même du cancer, elle n'est pas toujours des plus évidentes, et dans nombre de cas il faut savoir la chercher, il faut se rappeler que ses lieux d'élection sont d'abord le poumon, la plèvre, puis le foie, l'utérus, les ovaires, les reins, les os. Je vous citerai, à ce propos, le fait d'une femme de soixante-dix ans qui, tombant dans sa chambre, se fait une fracture spontanée de la cuisse. Or, en l'examinant, je découvre un noyau cancéreux au niveau de cette fracture. Or cette femme allait être opérée d'une tumeur cancéreuse du sein par son médecin qui n'avait pas recherché l'existence de ce noyau secondaire.

Il faut savoir s'abstenir de toute opération quand le cancer a franchi certaines limites, lorsqu'il a dépassé, par exemple, le grand pectoral, qu'il a contracté des adhérences avec la paroi thoracique, que la peau est également envahie, ainsi que les ganglions axillaires.

Certains auteurs ont dit que, dès le septième mois, la peau était déjà atteinte; c'est là une erreur, car la marche du cancer est très variable. Ainsi ces dates, au point de vue opératoire, n'ont aucune importance. Ce dont il faut se méfier, c'est de l'étendue de la lésion du côté de la peau, qui revêt alors cet aspect auquel on a donné le nom de peau d'orange; c'est cette propagation du mal par les voies lymphatiques à la peau lorsqu'elle est assez étendue, qu'il faut redouter. De plus, il y a les adhérences de la peau à la tumeur, qui se font non plus par les lymphatiques, mais de proche en proche. Alors la peau prend un autre aspect, elle devient rouge, se déprime et finalement s'ulcère. Aussi en cas d'ulcérations un peu étendues, il ne faut généralement pas non plus opérer, sous peine de voir une récidive plus ou moins rapide se produire.

Il est aussi des cas où vous trouvez dans la peau, au-dessus de la tumeur, des noyaux durs simulant une série de grains de plomb comme si la malade avait reçu un coup de fusil, grains et noyaux indépendants les uns des autres, diffus dans l'épaisseur de la peau. C'est à cette variété que Velpeau avait donné le nom de cancer pustuleux. Ici il ne faut pas intervenir davantage, car il sera bien difficile que l'opération les enlève tous; de là une récidive à prompte échéance et certaine (14 fois sur 15).

Cette altération de la peau, à laquelle on a donné le nom de cancer en cuirasse, est aussi une contre-indication formelle de toute intervention opératoire, car il s'agit là d'une transformation de la peau et de la mamelle si fortement appliquée contre le thorax, qu'au premier moment on pourrait supposer que celle-ci a déjà été amputée. Dans ces cas-là, vous trouvez une peau sèche, dure, racornie. Cela me rappelle l'observation d'une jeune femme de vingt-huit à vingt-neuf ans, qui succomba à une récidive perforante du thorax, vingt-neuf jours après avoir été opérée d'un pareil cancer.

Voilà donc une série de cas qu'il ne faut pas opérer.

Quant à la généralisation ganglionnaire, nous savons que les premiers ganglions atteints, dans le cancer de la mamelle, sont les ganglions situés sous le bord du grand pectoral, puis ceux voisins des vaisseaux, quelquefois aussi ceux que l'on rencontre sous le petit pectoral. Tant que la généralisation ne dépasse pas ces limites, l'opération peut encore être tentée, mais dès que, par une chaîne ininterrompue, elle gagne le creux sus-claviculaire, il y a contre-indication opératoire.

Il ne faut pas toucher non plus au cancer atrophique, car il en est qui peuvent durer 4, 5, 6, 7, 8 ans et même davantage, et rester sous la forme d'une petite tumeur détruisant la glande mammaire, peu à peu, il est vrai, mais qui se détruit aussi elle-même peu à peu. Ici généralement les ganglions ne sont pas envahis. Ainsi je connais une femme dont le cancer marche ainsi depuis six ans. La mère de la jeune femme, dont je viens de parler, et qui a succombé le vingt-neuvième jour après l'opération d'un cancer en cuirasse, est atteinte depuis longtemps d'un cancer atrophique qui ne dépasse pas la largeur d'une pièce de deux francs. M. Gaucher m'a cité récemment un de ces cancers qui date de dix-neuf ans. Bien plus, je connais une femme de quatre-vingt-sept ans, et chez laquelle, dès l'âge de quarante-cinq ans, Broca a reconnu un squirre atrophique de la mamelle. Actuellement la glande mammaire ainsi que le muscle grand pectoral ont disparu. Cette femme porte une petite ulcération grande comme l'ongle qui est en train de gagner les côtes. Néanmoins elle jouit encore aujourd'hui d'une grande activité physique.

Quant aux autres contre-indications, elles doivent être tirées de l'état général; ce sont, par exemple, la cachexie, l'albuminurie, la glycosurie, etc. On a dit aussi qu'il ne fallait pas opérer les vieillards. Il y a des vieillards qui ont conservé une grande activité vitale à côté d'autres dont l'organisme est réellement usé. C'est ainsi que j'ai opéré, il y a trois ans, une femme de soixante-treize ans, et je m'en félicite, car elle vit très bien et jusqu'à présent sans la moindre récidive.

En résumé donc, je crois qu'on peut opérer le cancer de la mamelle, quand il n'existe aucune des contre-indications que je viens d'énumérer.

Il est aussi des chirurgiens qui, systématiquement, n'opèrent pour ainsi dire jamais parce qu'ils considèrent l'opération comme dangereuse, nuisible ou inutile. Mais l'opération est-elle réellement dangereuse? Oui, mais beaucoup moins aujourd'hui que par le passé, car dans une statistique de près de 800 cas, la proportion des morts de l'opération a été seulement de 15 à 16 p. 100.

L'opération est-elle nuisible? Oui, dans les cas que j'ai examinés tout à l'heure; non dans les autres. Broca a montré que si on répartit en deux groupes les femmes opérées et celles qui ne l'ont pas été, on voit que ces dernières succombent, en moyenne, vers le seizième mois après le jour où elles se sont aperçues de leur cancer pour la première fois, tandis que celles qui ont été opérées vivent six mois de plus. Depuis cette statistique de Broca, nous en connaissons une autre dans laquelle les résultats sont encore meilleurs : les non-opérées vivent vingt-sept mois et les opérées trente-huit mois; d'où une majorité de onze mois en faveur de l'opération.

Enfin, l'opération est-elle inutile? Non, puisqu'elle donne une survie plus grande et aussi parce que la récidive n'est pas fatale. Les auteurs disent même que toute opérée depuis trois ans sans récidive peut être considérée comme guérie. Or, sur 100 opérées, selon les statistiques, nous en trouvons 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ou 12 sans récidives. Ces chiffres sont assez éloquents pour nous engager à opérer lorsqu'il n'existe pas de contre-indication.

De plus il est aussi des cas où j'opérerais encore malgré le danger d'une intervention, si je n'étais pas sûr d'aggraver le mal, car l'existence d'une femme qui a une tumeur du sein est horriblement pénible, sa pensée étant incessamment tournée, jour et nuit, vers la nature même du mal et ses conséquences possibles.

Les abstentionnistes ont donc tort, selon moi, quand ils soutiennent que l'opération est inutile et nuisible, puisque les statistiques nous prouvent qu'elle peut donner une certaine survie et parfois même qu'elle n'est pas suivie de récidive. Seulement pour obtenir autant que possible ces résultats, il faut suivre certaines règles.

Tout d'abord il faut intervenir chirurgicalement le plus rapidement possible avant que la tumeur se soit étendue et qu'elle ait dépassé les limites voulues. Il faut enlever toutes les parties atteintes, enlever l'aponévrose du grand pectoral, car ce muscle peut être envahi et il vous sera possible ainsi d'y constater l'existence de noyaux cancéreux, auquel cas vous enlèverez le muscle lui-même. On parle toujours du soin qu'il faut avoir d'extirper les ganglions, mais il n'est pas moins important de porter toute son attention aussi sur la peau de la mamelle, puisque, dans les cinq sixièmes des cas,

c'est dans la peau et dans la cicatrice cutanée que la récidive se fait. Il faut donc enlever plutôt trop de peau que pas assez, il faut enlever toute la peau de la mamelle. Enfin on fera le pansement antiseptique avec la liqueur de Van Swiéten et l'iodoforme. On enlèvera aussi une partie de la peau de l'aisselle et, outre les ganglions malades, les ganglions sains aussi du voisinage. En un mot l'opération doit être complète. Enfin il ne faudra, d'une part, ni se laisser aller à un espoir exagéré, la récidive étant encore assez fréquente, malgré la grandeur des sacrifices qu'on aura dû faire, ni d'autre part se décourager, les statistiques nous montrant un dixième des opérations terminées par guérison sans récidive. Enfin, l'opération faite, tous les efforts devront se porter vers la thérapeutique et l'hygiène, car de ce côté il y a certainement, j'en suis convaincu, quelque chose à faire et quelque chose de très important, qui permettra peut-être dans un certain temps d'augmenter notablement le chiffre des résultats heureux.

Je puis même ajouter que, depuis deux ans, je n'ai pas eu, chez mes opérées, un seul cas de récidive dans la plaie. Mais je remets à plus tard pour traiter cette importante question.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Du vomissement chez les enfants (1).

II

Dans notre dernière leçon, j'avais commencé l'étude des causes du vomissement chez les enfants, au point de vue clinique, depuis les plus banales jusqu'aux plus sérieuses, et j'avais divisé ces causes en celles qui ont leur siège dans l'estomac, celles qui ont leur siège dans l'intestin et celles qui ont leur point de départ dans les annexes du tube digestif. Enfin, j'en étais arrivé à vous parler des inflammations intestinales comme sources de vomissements, des tranchées, suites d'une impression de froid, des tranchées purement nerveuses, déterminant des vomissements par action réflexe, puis de la typhlite et de la pérityphlite.

Je continue donc aujourd'hui cette étude étiologique par une revue des affections des organes contenus dans l'abdomen, — l'intestin excepté, puisque j'en ai déjà parlé, — et, tout d'abord, par la péritonite aiguë et la péritonite chronique.

La péritonite aiguë par perforation de l'intestin amène, ainsi que vous le savez, des vomissements; mais elle est heureusement très rare chez les enfants, beaucoup plus rare que chez les adultes. Il n'en est pas tout à fait de même de la péritonite chronique, avec ses diverses variétés, qui, sans être fréquente chez les jeunes sujets, cependant est moins rare que la péritonite aiguë. Elle est fréquemment la conséquence de la tuberculisation des ganglions mésentériques; elle s'accompagne de vomissements, de nausées, de petites tranchées; mais ces accidents ont une intensité moindre que dans la péritonite aiguë; de plus, ils se dissipent au bout de quelque temps, si bien que le malade paraît guéri. Puis, tout à coup, au bout de un ou de deux mois, ou même davantage, les phénomènes reparaissent comme la première fois, nous montrant ainsi une évolution morbide par poussées successives, qui se répètent à des intervalles plus ou moins courts ou plus ou moins longs.

Après le péritoine, nous trouvons, parmi les organes qui sont une source fréquente de vomissements chez les adultes, mais source rare chez les enfants, le foie, en raison des maladies dont il peut être le siège. Les coliques hépatiques sont très rares chez les jeunes sujets, sauf chez les tout petits enfants à la mamelle, qui sont parfois sujets à des vomissements, lesquels sont le résultat d'une congestion hépatique accompagnant l'embarras gastrique. Ces congestions se produisent très rapidement; elles sont très intenses, le volume du foie pouvant acquérir parfois un accroissement considérable dans l'espace d'une nuit.

Ces congestions hépatiques peuvent aussi se produire primitivement, en dehors de tout embarras gastrique, et s'accompagnent seulement d'un état fébrile d'intensité variable; elles donnent lieu alors à des vomissements bilieux, à une diarrhée de même nature et à des douleurs plus ou moins vives dans la région du foie.

Quant à l'organe rénal, il peut être aussi, selon son état pathologique, la source de vomissements. De même que le foie, il est sujet, chez l'enfant, à des congestions subites, sans coliques néphrétiques, ni production et émission de graviers.

Vous verrez cependant quelquefois des enfants, nés de parents rhumatisants, éprouver certaines perturbations dans tout leur organisme, dont la cause vous sera des plus difficiles à déterminer, dont le diagnostic sera des plus malaisés à établir. Ces enfants auront de la fièvre, un état souffreteux général, ils rendront des urines boueuses, contenant parfois, — mais le fait est très rare, — quelques grains de sable très fins, enfin ils auront aussi des vomissements.

Ces vomissements, vous les constaterez également chez les jeunes sujets atteints de néphrite interstitielle avec anurie et accidents d'urémie. J'ai eu, il y a quelque temps, dans la clientèle de la ville, une fillette déjà un peu grande, présentant comme phénomènes morbides une céphalée continue, une dyspnée intense et des vomissements incoercibles. Les mêmes accidents, vous les rencontrerez aussi à la suite de l'anurie, dans l'albuminurie aiguë. Dans ces différents cas, le vomissement est l'indice de la gravité du mal; car, si la céphalée en est le premier degré, la dyspnée le second, le vomissement en caractérise le troisième degré.

Les vomissements peuvent encore survenir chez les enfants, soit à la suite d'une rétention des urines, résultant d'un défaut de contraction de la vessie; soit, quelquefois encore, à la suite d'une cystite cantharidienne, etc., comme chez l'adulte.

J'ai vu, dans certains cas, une ovarite donner lieu à des vomissements, voire même une simple fluxion des ovaires, en raison des vives douleurs, des tranchées abdominales auxquelles elle donnait lieu.

J'ajoute, enfin, que les vomissements sont quelquefois inexplicables chez l'enfant, ne trouvent leur raison d'être, ni dans les ingesta, ni dans les affections de l'estomac ou des organes abdominaux, ni dans la menstruation, et ne pouvant résulter que de quelque irritation du pneumogastrique ou du plexus mésentérique. Ainsi, j'ai vu chez des enfants de trois à sept jours, et surtout chez des petites filles, des vomissements incoercibles, pour ainsi dire idiopathiques, cesser par un traitement approprié pour se reproduire au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il ait

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 469.

été possible d'en diagnostiquer la cause, ces vomissements étant et restant le seul symptôme.

Je ne parlerai pas ici des vomissements inhérents à la hernie ombilicale, à la hernie inguinale, à la compression des testicules, par des bandages mal faits, et j'en arrive tout de suite aux vomissements, dépendant d'une maladie du système nerveux.

La congestion cérébrale aiguë ou chronique peut déterminer des vomissements. La première est des plus fréquentes et peut se produire sous l'influence d'un froid excessif, d'une chaleur exagérée, d'une indigestion, de quintes de toux violentes et répétées. Les petits scléreux, dont nous voyons chaque année un certain nombre dans nos salles, sont souvent sujets à des congestions cérébrales, par poussées successives.

De plus, une congestion cérébrale légère ou intense s'observe encore au début de toute maladie fébrile aiguë, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et, par suite, le vomissement en est souvent le premier symptôme.

Chez les petits scléreux, dont je viens de parler, dans le cas de congestion aiguë, de migraine, les vomissements cessent généralement avec la cause qui les a fait naître. Mais dans la méningite le vomissement qui apparaît au début a quelque chose de particulier, il se produit sans nausées, sans efforts, presque absolument comme le hoquet, comme une secousse électrique. Il se reproduit deux, trois fois par jour et persiste ainsi pendant plusieurs jours. Par contre, dans la migraine, dans la fièvre typhoïde, il cesse généralement au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. J'ajoute que le vomissement n'est pas un symptôme constant dans la méningite, mais seulement très fréquent, car il est même parfois des petits méningitiques qui ne vomissent pas du tout.

Donc il est fréquent, mais non toujours constant ni tenace ; d'autre part, il conserve toujours aussi sa spontanéité.

Je n'insisterai pas sur l'hydrencéphalie, les tumeurs du cerveau et surtout du cervelet, sur la commotion cérébrale, l'enfoncement des os du crâne qui peuvent amener des phénomènes congestifs et, par suite, des vomissements, mais je parlerai surtout des affections de l'oreille. Ainsi, je pourrais vous citer une petite fille d'un an, tombant, par suite d'un eczéma impétigineux du conduit auditif, dans un état de prostration, d'abattement, avec vomissements. Chez une autre, qui ne pouvait plus supporter le lait, paraissait souffrir de la tête, présentant une grande pâleur ; on cherchait en vain la cause de ces symptômes ; le pouls, la circulation, la respiration, etc., ne donnaient rien ; il n'y avait pas davantage de fièvre éruptive ; mais elle avait une otite double, dont la sécrétion modifiée, arrêtée, avait déterminé des douleurs de tête violentes, puis des vomissements.

Dernièrement encore, on nous amenait ici une grande fille de treize ans, comme étant, disaient ses parents, sous le coup d'une méningite. — D'abord, à treize ans, la méningite tuberculeuse est une affection assez rare. — Elle se plaignait de douleurs de tête, d'insomnie ; elle avait de la fièvre, des vomissements. En l'examinant nous reconnûmes qu'elle était atteinte d'un écoulement des oreilles qui se faisait mal, de là une céphalalgie intense, des douleurs périphériques, plutôt que des douleurs de tête véritables, des vomissements, et une respiration irrégulière ; mais l'intelligence était parfaitement nette.

Enfin, nous savons tous que la présence de corps étrangers, dans le conduit auditif, sont aussi une source de vomissements.

La migraine proprement dite, des névralgies à répétition, des névralgies suite de carie dentaire, peuvent donner lieu aussi à des vomissements. Quant à la dentition on en a de beaucoup exagéré l'influence ; je ne nie pas qu'elle puisse produire aussi des vomissements, mais elle est rarement aussi douloureuse que d'aucuns le prétendent.

Des névroses sont également des causes de vomissements ; sans vouloir insister sur le vomissement nerveux chez les hystériques, même chez les petits enfants, chez les petites filles, cependant, je dois dire que, quelquefois, il est le seul symptôme de cette affection et quelquefois aussi il est, chez eux incoercible. J'ai vu de ces petites filles prises parfois de céphalalgies atroces auxquelles succédaient des vomissements puis des tranchées, après quoi survenaient les autres symptômes de l'hystérie. Je connais même des faits de mort à la suite de vomissements incoercibles, nerveux, chez des petites hystériques.

Vous connaissez les grandes et les petites attaques du morbus comitialis, avec tout son tableau symptomatologique ; mais quelquefois, chez ces malades, les troubles nerveux portent sur un seul point de l'économie et vous voyez la petite attaque caractérisée uniquement par un simple vomissement.

Je ne parlerai pas de la chlorose, ni de la chloro-anémie, mais je veux ajouter quelques mots à ce que j'ai dit au sujet du vomissement dans les fièvres éruptives.

Dans la rougeole, cet accident est fréquent au début ; il cesse au bout de vingt-quatre heures. Dans la varioloïde et surtout dans la variole, il ne manque jamais au début. Dans la scarlatine, le vomissement est fréquent aussi, au début, quoiqu'en ait dit Trousseau, dont je ne partage nullement la manière de voir à cet égard. Dans l'érysipèle, dans les cas de brûlure, on voit aussi, chez les petits enfants, se produire des vomissements, mais ils sont sous l'influence d'une action réflexe comme dans le cas d'un froid excessif ou d'une chaleur exagérée.

Enfin, dans la fièvre intermittente, le vomissement peut être aussi le seul symptôme. Il faut diviser les fièvres intermittentes selon les âges. En effet, chez le nouveau-né, elle est quotidienne (diurne ou nocturne) et souvent double quotidienne, elle est caractérisée par un froid rapide, une période de chaleur suivie d'une légère transpiration. Chez l'enfant plus âgé, elle est double quotidienne ou tierce, et peut être représentée par un seul symptôme, sans accès franc, par une migraine, par une diarrhée, par des vomissements périodiques. En pareils cas, je n'hésite jamais à prescrire immédiatement le sulfate de quinine, afin de me garer d'accidents toujours susceptibles d'éclater sous l'influence de l'intermittence.

C'est ainsi que j'étais appelé, certain jour, auprès d'un petit enfant de trois ans, au teint bistré, pour des vomissements survenant la nuit, disait-on, sans cause appréciable. Après avoir examiné successivement tous les appareils et n'avoir rien découvert qui pût me donner l'explication de ces vomissements, je fis placer une garde auprès de lui et bientôt j'appris que l'enfant se réveillait chaque nuit, brusquement, vers les trois heures du matin, pour vomir aussitôt. Je prescrivis immédiatement le sulfate de quinine et deux jours plus tard l'enfant était guéri. Il s'agissait là, malgré l'opinion des parents, qui n'en voulaient pas convenir, d'un

empoisonnement palustre, suite d'un séjour plus ou moins long, chaque année, dans un château entouré de fossés remplis d'eau.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

SUR LE RÔLE DU LIMAÇON OSSEUX DANS L'AUDITION.

Par le docteur Gellé.

Le limaçon peut être figuré par deux cônes réunis par leurs sommets, dont les bases seraient garnies de membranes de caoutchouc. Si l'on étudie les modifications subies par un courant sonore dans son passage à travers un pareil système de cavités bi-coniques, on constate que le son arrive à l'extrémité opposée très affaibli et qu'il subit, très vivement, l'effet des tensions imprimées aux membranes vibrantes basiques. Si l'on perce un trou à la paroi du premier cône, à quelques centimètres de l'isthme formé à la soudure du deuxième cône et qu'on ausculte par là, au moyen d'un tube de caoutchouc adapté à l'oreille, le son à son passage, on constate qu'il a toute sa force; mais, si l'on perce un trou identique à quelques centimètres de ce point étroit sur la paroi du deuxième cône, on s'aperçoit aussitôt qu'il y a une notable diminution de l'intensité du son en ce point, bien que la distance entre les deux prises de son soit très courte. Il est évident que l'oreille, qui correspond au premier cône, perçoit encore le son longtemps après que l'oreille adaptée au deuxième cône a cessé de le percevoir. La forme bi-conique a pour effet d'isoler assez bien le premier cône, celui qui reçoit le courant direct, et qui contient dans le limaçon l'organe sensoriel. En effet, les sons qui pénètrent par l'orifice du deuxième cône ne peuvent nuire à l'audition des sons qui arrivent au premier, dont l'intensité est ainsi toujours supérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend des lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets.

La correspondance manuscrite comprend :

1° De nouvelles recherches expérimentales sur la composition de l'eau minérale de Pougues-Saint-Léger, par M. le docteur Ch. Bovet, médecin inspecteur (Comm. des eaux minérales);

2° Une liste des vaccinations faites par M. le docteur Guinoiseau (de Saint-Dizier) (Comm. de vaccine);

3° Un rapport sur les vaccinations et les revaccinations opérées aux escadrons du 18e régiment de chasseurs, à Rambouillet (Seine-et-Oise), par M. le docteur Gerbault, médecin-major (Même comm.);

4° Vaccinations kabyles en 1887, par M. le docteur Billot, médecin-major, chef de l'hôpital militaire de Dellys (Même comm.);

5° Une lettre de M. le docteur Paul Fabre, qui adresse, à l'appui de sa candidature, la liste de ses travaux scientifiques (Comm. des correspondants);

6° Une lettre de M. Landarrabileo, qui soumet à l'Académie les croquis de bandages herniaires de sa fabrication (Comm. M. Le Fort);

7° Des lettres de candidature de M. Magnan, pour la section d'hygiène; de M. Ollivier, pour la même section, et de M. Quesneville, professeur agrégé à l'École de pharmacie, pour la section de pharmacie.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

Les candidats sont : en première ligne, M. Röll (de Vienne); en deuxième ligne, M. Lemoigne (de Milan); en troisième ligne, M. Fleming (de Londres).

Le nombre des votants étant de 42, majorité 22,

M. Röll obtient. . . . . 37 suffrages.
M. Fleming . . . . 1 —
Bulletins blancs . . . . 4 —

M. Röll est proclamé élu.

RAPPORTS

Vaccination obligatoire. — M. le secrétaire perpétuel lit, pour M. Blot (absent), le projet de réponse à la lettre ministérielle en date du 5 avril 1887, consultant l'Académie sur la question de savoir s'il y aurait utilité à promulguer une loi sur la revaccination obligatoire des enfants des écoles.

M. Blot propose de répondre au ministre qu'il rendrait un très grand service en voulant bien user de tous les moyens qui sont à sa disposition pour obtenir qu'on applique enfin à la population civile ce qui a produit de si merveilleux résultats dans la population militaire.

Aujourd'hui que la vaccination animale ne laisse pas subsister les quelques objections qui avaient été produites, tout milite en faveur de cette mesure si efficace de prophylaxie. (L'Académie adopte.)

Surmenage intellectuel et sédentarité. — M. Lagneau, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Bergeron, Dujardin-Beaumetz, Proust et Lagneau rapporteur, lit le rapport suivant :

En France, comme à l'étranger, de nombreux médecins ont signalé les inconvénients du surmenage intellectuel et de la sédentarité pour les élèves des écoles.

M. le rapporteur énumère les états morbides attribués au surmenage intellectuel et à la sédentarité dans les écoles. Ce sont : la myopie devenant de plus en plus fréquente; les déformations, obliquités du bassin, incurvations rachidiennes, voussures thoraciques, inégale élévation des épaules, surtout chez les jeunes enfants de six à quatorze ans; des troubles digestifs, une nutrition insuffisante, de la pâleur, de l'anémie; des lésions dentaires, périostite alvéolo-dentaire, coïncidant souvent avec des troubles digestifs, attribuées surtout à l'état d'hyperhémie céphalique.

Dans les lycées d'internes, dans les écoles spéciales d'institution, la surcharge intellectuelle prédispose aux atteintes des maladies épidémiques, à la phthisie; aux troubles nerveux, céphalalgie, hyperesthésie, neurasthénie, altérations profondes des facultés intellectuelles.

Les mesures hygiéniques proposées par le rapporteur consisteraient à modifier les modes d'enseignement intellectuel adoptés, à fixer, selon les âges, les heures et la répartition du travail intellectuel, du sommeil, des repas, des récréations et des exercices physiques.

Autant que possible, l'externat devrait être substitué à l'internat.

Le sommeil ne doit pas être de moins de huit heures pour les jeunes gens, plus pour les enfants.

Le travail intellectuel doit être interrompu par des récréations, des jeux, des chants, des exercices physiques.

Les programmes de l'enseignement dans les écoles, les lycées, les écoles spéciales, doivent être réduits proportionnellement à la durée du temps donné au travail intellectuel (de trois à huit heures, selon les âges).

En dehors des heures de sommeil, de repos, de travail intellectuel suivant les âges, de dix à six heures doivent chaque jour être données aux jeux, aux chants, courses, promenades, gymnastique, exercices et manœuvres militaires.

Conclusion. — L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics, sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et

écoles spéciales et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement intellectuel (Adopté).

LECTURES

Plâtrage des vins. — **M. MARTY**, prosecteur au Val-de-Grâce, candidat pour la section de pharmacie, donne lecture d'une note sur les effets des vins plâtrés sur l'économie.

Depuis la publication de la circulaire du ministre de la justice, en date du mois de novembre 1880, limitant la pratique du plâtrage des vins, le commerce, dit M. Marty, n'a pas cessé de réclamer contre les prétendues difficultés que lui suscite l'application de cette décision.

M. Marty, après quelques considérations techniques sur la question, termine sa note en ces termes :

« Malgré les réclamations du commerce des vins, je persiste à penser, d'accord avec M. le professeur Gautier, que, quoiqu'il paraisse difficile d'établir que l'usage des vins légèrement plâtrés soit, d'une façon générale, nuisible à la santé, la pratique du plâtrage devrait être abandonnée.

Le ministre de la justice a donc eu raison d'étendre à tout le commerce la restriction contenue dans la décision de son collègue de la guerre; si la prescription absolue du plâtrage peut entraîner certains inconvénients au point de vue de la production et du commerce des vins, la tolérance de 2 grammes de sulfate neutre de potasse par litre, que je considère comme un maximum, doit être rigoureusement maintenue. » (Renvoi à la section.)

Traitement de la dyspepsie du premier âge. — **M. HAYEM** lit, sur ce sujet, une note, dont il résume le contenu en ces termes :

M. Hayem, vu la fréquence de cette diarrhée verte devenue épidémique dans son service de crèche, a essayé divers traitements. L'acide chlorhydrique lui a paru agir d'abord assez efficacement, mais sans régularité. L'acide lactique, administré en solution à 2/100e, à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée, lui a donné d'excellents résultats. En deux ou trois jours la maladie était guérie. A ces moyens de traitement il a ajouté les moyens prophylactiques consistant à enlever et désinfecter les linges souillés, dont l'usage a mis un terme à cette petite épidémie.

La diarrhée des nourrissons doit la coloration verte à une matière produite par un bacille particulier. Elle est probablement préparée par un état dyspeptique qui permet à ce bacille de trouver dans le tube digestif le milieu qui lui convient. Je crois de plus être autorisé à dire qu'elle est contagieuse et que les germes déposés sur les linges tachés par les déjections sont les agents de la contagion.

En tout cas, avant que les questions soulevées par la constatation de l'origine microbienne de la diarrhée verte soient définitivement résolues, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour vous faire connaître le traitement prophylactique et curatif qui m'a permis de me rendre en quelque sorte maître de cette redoutable maladie, avec l'espoir que les observations de mes confrères viendront bientôt en confirmer la valeur.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris, si cruellement frappée par la mort de MM. Béclard et Gosselin, vient de faire à nouveau une perte considérable.

M. Vulpian, ancien doyen de la Faculté, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a succombé cette nuit à la maladie qui, depuis huit jours, inspirait de si vives inquiétudes à ses nombreux amis.

— Le registre d'inscription des candidats du concours, qui doit s'ouvrir le 2 juin prochain, pour la nomination à une place de chirurgien du Bureau central, a été clos samedi soir. Les candidats, au nombre de vingt-cinq, sont : MM. les docteurs Poirier, Castex, Barette, Ménard, Nepveu, Broca, Beurnier, Jullien, Chaput, Hallé, Jarjavay, Petit-Vendal, Verchère, Guinard, Hache, Walther, Ricard, Labbé, Coudray, Garnier, Tuffier, Picqué, Michaud, Ozenne et Rémy.

Les membres du jury tirés au sort sont : MM. les docteurs Théophile Anger, Guéniot, Humbert, Lannelongue, Lucas-Championnière, Peter et Pozzi.

— La première épreuve orale du concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris a eu lieu lundi soir, 16 mai 1887, à quatre heures. La question donnée a été : « L'articulation du coude. »

— Le concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés s'est terminé avant-hier soir lundi par la nomination de M. le docteur Chaslin.

— L'Association française pour l'avancement des sciences vient, dans la dernière séance générale du comité, d'accorder les subventions suivantes :

1° M. Boule, pour aider à la publication de son travail sur les « Temps quaternaires et préhistoriques de l'Auvergne », 500 francs;

2° MM. Bucquoy et Dantzenberg, pour achat de dix exemplaires de l'ouvrage sur les « Mollusques marins du Roussillon », 650 francs;

3° M. Marcellin Langlois, pour l'achat d'un hygromètre à absorption, 300 francs;

4° M. Letellier, pour aider à la continuation de ses recherches géologiques sur le sol des cantons d'Alençon, 300 francs.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste de géologie au Muséum d'histoire naturelle, fera sa première excursion géologique dimanche prochain, 22 mai 1887, à Noisy-le-Sec et Romainville.

Le rendez-vous est à la gare de l'Est, où l'on prendra, à onze heures vingt-cinq minutes, le train pour Noisy-le-Sec. On sera rentré à Paris vers quatre heures.

— M. Gaston Bonnier, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, fera, dimanche prochain, 22 mai 1887, à La Ferté-Alais, une excursion botanique en vue de la préparation à la licence et à l'agrégation des sciences naturelles.

Le rendez-vous est à la gare du chemin de fer de Lyon, à six heures et demie du matin ; on sera de retour à Paris à cinq heures et demie.

Les élèves de la Faculté des sciences qui désirent suivre cette excursion sont priés de se faire inscrire au laboratoire de botanique, à la Sorbonne, tous les jours de deux heures à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de thérapeutique. *Les grandes médications*, par le docteur Georges HAYEM, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

L'évolution de la morale (Bibliothèque anthropologique, t. III), leçons professées pendant l'hiver de 1885-1886 par Ch. LETOURNEAU, président de la Société d'Anthropologie, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau, par le professeur Heinrich AUSPITZ, traduction du docteur A. DOYEN, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21180

27

AVIS A MM. LES MÉDECINS

Le **QUINIUM ROY GRANULÉ**, formé de l'extrait aqueux de quinquina uni au quinium (extrait alcoolique à la chaux), l'un contenant la partie tonique de l'écorce, l'autre tous les alcaloïdes, représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA**. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles. Il est soluble dans l'eau, le vin, les tisanes, etc.
Phie Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et phies.

31

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Le principal mérite de cette préparation consiste dans l'association du sous-carbonate de bismuth à la pepsine et à la pancréatine. Ce produit, étudié jadis par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, jouit de propriétés remarquables. C'est un absorbant par excellence, sa solubilité dans le suc gastrique, dont il neutralise, en se décomposant, les acides en excès, est parfaite, et il provoque rarement de la constipation. Cette action neutralisante du sous-carbonate de bismuth a aussi pour avantage de conserver à la pancréatine toute son action en faisant disparaître en même temps que l'hypersécrétion gastrique l'acidité du chyme. On sait, en effet, que ce ferment n'agit bien qu'à la condition de se trouver dans un milieu aussi peu acidulé que possible.

On a choisi pour cette préparation la forme pulvérulente en raison de l'incomplète solubilité de la pepsine et de la pancréatine dans les élixirs, vins, sirops, etc., et surtout parce qu'il est reconnu que : « *Ce sont les médicaments sous forme de poudre fine qui conviennent le mieux aux affections gastro-intestinales.* »

Ce rapide énoncé indique tout le parti que l'on peut tirer de la Poudre toni-digestive de Royer contre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques*. Elle combat très efficacement les vomissements de la grossesse.

Une cuillerée à café à chaque repas.
Phie A. Dupuy, 225, rue Saint-Martin, Paris.

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.
Dépôt : A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

54

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance**.

LE FLACON : **3** FRANCS.

Le Perdriel et Cie, 11, rue Milton, Paris.

97

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du **Dr Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du **Dr Clin** renferme 0,10 } Camphre pur

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

Dose : 6 à 8 pastilles par jour.
Marani, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

24

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

33

AFFECTIONS DU CŒUR

Inflammations des bronches et des poumons
Troubles de la circulation tendant à l'hydropisie.
SIROP DE JOHNSON
Aux Pointes d'Asperges, à la Scille et à la Digitale (Extrait de Pointes d'Asperges composé).
Préparé selon la formule du profr BROUSSAIS
(60 années de succès)
Médicament autorisé par le *Gouvernement.*
Echons *gratis* à MM. les médecins, sur demande adressée à GALBRUN, pharmacien de 1re classe, 4, rue Beaurepaire, à Paris, où l'on trouve aussi
LES VÉRITABLES
PILULES ANGELIQUES D'ANDERSON.

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le rectum comme par la bouche.
En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*
VIN DE PEPTONE CATILLON
très utile à tous les malades affaiblis. — 30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

82

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

41

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

39

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

du Dr PAPILLAUD

Préparés par E. Mousnier, pharmacien à Saujon.

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001 milligr. par granule et fer). Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années, pour combattre sans constipation l'*anémie*, la *chlorose*, la *chloro-anémie*, les *névralgies* et *névroses*, les *affections scrofuleuses et cutanées*. — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie Gigon, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

22

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faines } **créosotées.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

21

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA

CHARLARD-VIGIER

Renferme les **principes actifs** et **tous les alcaloïdes**. Remplace les autres préparations de kina Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

52

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

12

FER DE QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant*, il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.

Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.

NOMBREUSES IMITATIONS IMPURES :

Le *Vrai Fer de Quevenne* est **gris-ardoisé**; le fer des *imitations* est **noir**

Formuler :
le *Vrai Fer* de *Quevenne*.
PhieE.Genevoix,14,r.B.Arts

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** : ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les accidents des hernies adhérentes.

Par M. Alfred Boiffin, prosecteur à la Faculté de Paris.

I

Actuellement, l'intervention chirurgicale est proscrite dans la plupart des accidents des hernies adhérentes. Ce sont, en effet, le plus souvent, des tumeurs de gros volume, irréductibles depuis longtemps, par conséquent à large collet; les complications qui s'y développent présentent ordinairement une marche lente spéciale, et leur terminaison n'est point inévitablement funeste.

En un mot, ce n'est pas l'étranglement vrai que l'on observe le plus souvent dans ces hernies, et l'on adopte encore les idées de Malgaigne sur ce sujet; on attribue ces accidents à la *péritonite herniaire*, et la doctrine du pseudo-étranglement signifie encore : temporisation, abstention en fait de thérapeutique.

Deux raisons ont fait conserver cette doctrine : d'abord la disparition spontanée possible pour un grand nombre de ces accidents, et puis les difficultés, les dangers opératoires.

Mais cette conduite timorée, engendrée par les mauvaises conditions dans lesquelles on ouvrait le péritoine, n'a pour se justifier, aujourd'hui, que les idées fausses que Malgaigne nous a laissées sur la nature même de ces accidents, et l'heure est venue d'ouvrir encore une fois ce vieux débat.

Car, il faut le dire franchement, on admet l'explication de péritonite herniaire comme autrefois on acceptait l'engouement, sans savoir si cette inflammation est réellement la cause de ces complications. On dit péritonite herniaire, parce qu'on ne veut pas opérer, dans la crainte d'un revers et que la péritonite se traite par les antiphlogistiques. Voilà pourquoi c'est encore un *noli me tangere* que la vieille hernie adhérente avec ses accidents.

II

Pour se faire une idée exacte de la nature de ces accidents, il faut connaître d'abord les caractères anatomiques, les propriétés du tissu qui constitue ces adhérences, et, de plus, les modifications profondes subies par les organes herniés, ainsi maintenus attachés à la face profonde du sac.

Les chirurgiens du XVIIIe siècle et ceux du commencement du XIXe connaissaient très bien les adhérences herniaires, car ils admettaient l'étranglement dans tous les cas et ils opéraient dès que les accidents présentaient un caractère sérieux. Aussi trouve-t-on des descriptions très complètes de ces lésions dans les ouvrages de J.-L. Petit, Arnaud, Richter, Scarpa.

Après Malgaigne, au contraire, on fait silence sur ce sujet, puisque, de par la doctrine du pseudo-étranglement, on ne doit plus opérer ces hernies volumineuses et que tous les chirurgiens de cette époque suivent le conseil du maître : « Regarder le cas comme désespéré et laisser du moins mourir naturellement le malade. »

Les auteurs qui ont décrit les adhérences herniaires ont cherché à en donner une classification, pour faciliter leur description; mais toutes ces classifications, que nous avons trouvées, sont ou incomplètes ou inexactes.

Toute adhérence herniaire présente l'une des deux origines suivantes : les unes, les plus fréquentes, sont d'origine inflammatoire, on retrouve, en effet, dans le sac herniaire, tous les stades de l'inflammation des séreuses; les autres n'ont absolument rien d'inflammatoire dans leur mode de formation; elles sont produites par un véritable glissement du gros intestin avec le péritoine, de la fosse iliaque dans le trajet herniaire.

D'après leur origine, on peut donc diviser les adhérences herniaires en deux grandes classes :

1° *Les adhérences par inflammation*;

2° *Les adhérences par glissement*.

Les premières présentent plus d'importance par leur fréquence et par leurs propriétés; au moment de leur apparition, elles sont constituées par un simple exsudat fibrineux sans consistance, qu'Arnaud comparait à de la glue; c'est ce qu'on peut appeler une fausse adhérence.

Cet exsudat s'organise; c'est-à-dire que des vaisseaux, partis de la surface qu'il recouvre, le pénètrent; en même temps apparaissent les éléments du tissu conjonctif; l'adhérence vraie est alors constituée, et elle est douée de toutes les propriétés du tissu conjonctif jeune ou du tissu de cicatrice; elle devient peu à peu plus dense, plus solide et surtout *elle se rétracte*. Ce sont les dimensions, la longueur de ces liens qui offrent la plus grande importance parmi leurs caractères anatomiques, au double point de vue fonctionnel

et opératoire; les adhérences serrées fixent, immobilisent les parties herniées; *elles les déforment*, et, d'autre part, leur dissection expose l'intestin aux plus grands dangers; car, dans certains cas, on trouve une soudure, une véritable fusion des parois en contact.

Tous les viscères, qui peuvent faire partie d'une hernie, peuvent contracter des adhérences; mais quelques-uns en sont plus fréquemment le siège. D'abord l'épiploon occupe le premier rang; puis le gros intestin, avec ses appendices épiploïques; enfin, bien plus rarement, l'intestin grêle.

Cette différence peut tenir, comme on l'a dit, aux mouvements plus étendus, plus fréquents de ce dernier; mais il y a aussi une question de tissu : l'épiploon et les appendices épiploïques se modifient facilement; le tissu cellulo-graisseux dont ils sont formés s'irrite, s'enflamme facilement; d'où les adhérences de la séreuse qui les recouvre.

Non seulement les parties herniées contractent des adhérences, mais elles sont souvent modifiées dans leur forme et dans leur structure; l'épiploon, les appendices du gros intestin s'épaississent, deviennent durs, volumineux, et forment quelquefois des masses lipomateuses plaquées sur l'intestin ou appendues à lui, le tirant et le coudant. Les parois intestinales peuvent être déformées, soit par la traction des adhérences à la paroi du sac, soit par l'union des anses entre elles, et même il peut se produire, par la soudure des deux branches d'une anse, un angle aigu, un V; le sinus forme un pli saillant, une sorte d'éperon, à l'intérieur du tube intestinal, dont la lumière est complètement obturée par cette valvule.

Les adhérences peuvent limiter des cavités, des loges remplies soit de sérosité, soit de pus, et ces collections, dont une partie des parois est formée par l'intestin, peuvent acquérir une tension telle que celui-ci est repoussé, comprimé, et, par ce fait, son calibre est effacé.

Enfin, les parois intestinales elles-mêmes peuvent être profondément altérées; non seulement la tunique séreuse présente des adhérences plus ou moins anciennes, mais les autres tuniques sont souvent modifiées dans leur structure, soit par l'apparition d'exsudats interstitiels qui en augmentent l'épaisseur; soit, au contraire, par la résorption de ces produits inflammatoires et par la rétraction consécutive déterminant de véritables rétrécissements, plus fréquents au niveau du pédicule de la hernie, rétrécissements signalés par Ritsch, Pelletan, Cruveilhier, et surtout par Guignard, dans sa thèse, en 1846.

Ce n'est pas seulement au niveau de la hernie que l'on trouve des altérations de l'intestin; celui-ci est modifié plus ou moins loin du côté du bout supérieur. La congestion, que l'on observe sur une anse herniée qui a été le siège d'accidents, n'est pas limitée par un sillon circulaire, au niveau du pédicule, comme dans le cas d'étranglement; on la retrouve jusqu'à une hauteur variable sur le bout supérieur, dans la cavité abdominale. Quand le hernieux a éprouvé, à plusieurs reprises, des accidents avant de succomber, les parois intestinales de tout le bout supérieur sont épaissies, la tunique musculaire est hypertrophiée, car elle a lutté depuis un temps assez long contre un obstacle mécanique au passage des matières.

Le sac de ces hernies est ordinairement volumineux et à parois épaisses; mais surtout l'anneau et le collet sont larges et incapables d'exercer une constriction sur le pédicule.

Les adhérences *par glissement* présentent une disposition spéciale du sac, disposition bien connue de Scarpa et mieux étudiée dernièrement par Trèves en Angleterre et par notre collègue et ami Tuffier.

L'adhérence charnue naturelle de Scarpa est formée « par les mêmes liens qui fixaient l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui dans le scrotum ». Il se fait ainsi une sorte de locomotion, de glissement, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-péritonéal de l'une ou de l'autre fosse iliaque, et la séreuse, entraînée par l'intestin, s'engage avec lui dans le sac herniaire.

Le cœcum est toujours enveloppé complètement et relié au sac par son méso; mais le côlon ascendant ou descendant peut n'être recouvert par la séreuse que dans une partie de sa surface; son méso s'est dédoublé et a disparu en s'étalant sur les parties latérales du sac, de sorte que l'autre partie de la surface du côlon est en dehors du sac herniaire, incomplet, insuffisant, et la tunique musculaire de l'intestin, à ce niveau, est en rapport immédiat avec le tissu cellulaire de la région herniaire. Celui-ci se modifie, se condense, se soude à l'intestin et contient les vaisseaux et nerfs qui s'y rendent.

Il est très important de connaître cette disposition au point de vue opératoire, car le sac peut ainsi n'exister que dans une région de la hernie, ordinairement du côté antéro-interne; il faut donc éviter d'ouvrir la hernie du côté externe, où l'on tomberait sur la paroi intestinale, sans avoir rencontré de cavité sérieuse; de plus, pour libérer l'intestin, il faut se rappeler la situation des vaisseaux coliques.

III

Nous avons dit que c'est encore sous le nom de péritonite herniaire que les auteurs décrivent les accidents des hernies adhérentes; c'est à défaut d'une meilleure interprétation que la doctrine du pseudo-étranglement de Malgaigne leur sert à expliquer l'origine de ces complications, à en faire le diagnostic et à préconiser l'abstention.

Mais tout ce qui a été écrit sur ce sujet est empreint de l'incertitude et de l'hésitation les plus manifestes : la conviction de Malgaigne a disparu, si sa doctrine est restée.

La thérapeutique devant être différente pour l'étranglement et pour la péritonite herniaire, on s'évertue à trouver des caractères nets pouvant servir à les différencier, et à la fin de cette tâche, on ne fait que constater l'impuissance du clinicien à faire ce diagnostic.

On voit faire, au lit du malade, le diagnostic de péritonite herniaire, mais il ne faut pas se laisser aller à croire, sur la foi des anciens, que ce titre répond à une réalité et s'appuie sur des signes certains; non, celui qui l'emploie est prêt à le changer selon la marche ultérieure des accidents.

Quelle est donc la nature de ces accidents?

Ce n'est pas l'engouement; Malgaigne a suffisamment démontré que l'engouement, tel que l'entendaient les anciens, n'existe pas. Quand il y a arrêt des matières dans l'intestin, c'est qu'il y a un obstacle mécanique à leur cours normal; la présence de ces matières n'est donc qu'un fait secondaire. Ce mot, engouement, est à faire disparaître du langage chirurgical, car il ne peut que rappeler des idées fausses en thérapeutique.

Pour Malgaigne, pour Gosselin, pour tous les classiques, c'est l'*inflammation* qui est la cause des accidents des hernies adhérentes. Gosselin avait rejeté cette doctrine et ses

conséquences thérapeutiques pour toutes les autres hernies, et il l'acceptait cependant pour les hernies adhérentes; avait-il donc des preuves anatomiques, des faits cliniques nombreux à l'appui de cette idée? Non, il n'avait observé que quatre cas, et encore il n'avait pas ouvert le sac. Il adopte cette doctrine sans preuves, mais aussi sans conviction; car, à propos du traitement, il montre toute son incertitude, et il avoue « qu'il serait moins hésitant si l'anatomie pathologique de ce sujet avait été bien faite et s'il n'était obligé de se servir seulement de la clinique pour arriver à une conclusion ».

Et c'est encore sur ces matériaux que s'appuie la théorie de l'inflammation, avec la temporisation, l'abstention comme conséquence.

L'inflammation, en tant que lésion anatomique, existe; personne ne peut la nier; on en trouve des preuves, au moment même des accidents, dans les caractères des organes herniés, et, plus tard, à une époque plus ou moins éloignée, dans les adhérences vraies.

Mais, si cette lésion existe, suffit-elle pour expliquer le développement de symptômes graves, redoutables? Ne joue-t-elle pas qu'un rôle secondaire, si elle n'est pas seule la cause de ces accidents?

Parce qu'on ne peut que rarement trouver d'agent de constriction au niveau du pédicule d'une telle hernie, ce serait l'élément inflammatoire qui expliquerait tout? Mais comment? par quel mécanisme? On cherche en vain la réponse; elle n'a jamais été donnée; c'est une hernie enflammée, et cela a suffi jusqu'ici.

Quand tous les symptômes, se surajoutant successivement, arrivent lentement à reconstituer tous les caractères de l'étranglement, jusqu'aux vomissements fécaloïdes et l'état général grave, peut-on accepter cette simple explication : hernie enflammée?

Devant de tels accidents, l'idée qui s'impose, enfin, est celle d'un obstacle mécanique au cours des matières, obstacle qui existe aussi bien au début qu'à la fin de la scène; obstacle dont l'effet est lent à se produire, aussi lent que cela peut se voir dans le cas de cancer de l'intestin, mais cet obstacle n'en existe pas moins aussi réellement.

Pour quels cas admet-on encore la théorie de l'inflammation? Pour les hernies adhérentes, c'est-à-dire pour des tumeurs où se trouvent réunies des causes multiples d'occlusion intestinale. Ce sont ces brides, ces soudures, qui immobilisent et déforment l'intestin, qui jouent le rôle principal dans la production des accidents aigus. Ces lésions anciennes s'accentuent en effet peu à peu, la rétraction des néomembranes, les altérations des parois intestinales elles-mêmes font chaque jour des progrès; elles permettent, pendant un temps plus ou moins long, que les fonctions digestives s'accomplissent encore tant bien que mal, mais qu'il survienne un changement soit dans la position, soit dans le volume des parties qui constituent cette hernie, et le cours des matières va être complètement interrompu.

La cause occasionnelle secondaire est variable; ce peut être une simple congestion, une inflammation, mais ce peut être autre chose, comme nous le verrons. Un afflux sanguin abondant venant augmenter l'épaisseur des parties herniées, l'intestin, immobilisé, ne peut se déplacer; son développement excentrique est entravé par l'adhérence, et ce changement de volume ne peut se faire qu'aux dépens de la cavité intestinale, qui se trouve ainsi rétrécie, obturée.

L'idée d'inflammation est donc tout à fait secondaire; elle ne serait rien si l'adhérence ne préexistait et ne déterminait l'occlusion intestinale; c'est l'idée d'obstacle mécanique qui doit dominer dans ce fait et entraîner une intervention active; la théorie de l'inflammation doit s'effacer et céder la place à cette idée d'occlusion que nous trouverons encore plus juste et plus exacte en en étudiant les différentes causes.

Mais, tout d'abord, nous devons dire que les hernies adhérentes ne sont point à l'abri de l'*étranglement* vrai, comme Malgaigne l'avait déclaré, comme Gosselin l'a admis.

On peut observer cette complication, cela a été nettement établi par M. Bourguet (d'Aix), dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1880, puis par notre ami Barette dans sa dissertation inaugurale, en 1883; enfin, grâce à l'extrême obligeance de notre maître, M. Berger, nous avons pu en réunir plusieurs observations nouvelles dans notre thèse. Ce fait étant admis désormais, nous n'insisterons pas davantage.

L'étude d'ensemble des faits d'*occlusion intestinale herniaire* présente beaucoup plus d'intérêt; ces accidents sont décrits par les auteurs sous le nom de pseudo-étranglements, à la suite de l'engouement et de la péritonite herniaire. Nous n'avons point conservé le nom de pseudo-étranglement, d'abord pour qu'il ne reste aucune confusion possible avec les doctrines anciennes, ensuite, parce que, réellement, dans ces tumeurs, ordinairement volumineuses, on retrouve à peu près les mêmes dispositions, les mêmes causes que l'on étudie en pathologie abdominale sous le nom commun d'occlusion intestinale : les phénomènes morbides sont aussi les mêmes, il n'y a que le siège des lésions qui diffère.

La compression de l'intestin hernié peut être déterminée par une bride fibreuse allant d'un point à un autre de la face profonde du sac; l'épiploon adhérent peut présenter un ou plusieurs orifices, dans lesquels vient quelquefois s'engager une anse intestinale, ou bien l'épiploon peut entourer une anse adhérente et la serrer; enfin, des collections liquides, limitées en partie par l'intestin, et présentant une tension assez grande, peuvent comprimer et oblitérer l'anse adhérente.

L'intestin peut présenter un rétrécissement permanent, soit au niveau du pédicule, soit sur la partie située dans le sac et ce rétrécissement de forme variable est d'ordinaire simplement cicatriciel, il peut être aussi néoplasique, cela exceptionnellement.

Des corps étrangers volumineux, des légumes mal cuits et mal digérés dans un cas, ont pu obstruer l'intestin coudé, rétréci.

La classe comprenant les vices de position de l'intestin est beaucoup plus importante, et cependant ces faits sont moins connus. Signalons d'abord l'invagination dont parle longuement J. Cloquet; l'intestin étant adhérent au pourtour du collet, le taxis peut avoir pour effet d'engager la partie inférieure de l'intestin dans celle qui forme le pédicule de la hernie.

On comprend aussi facilement que la réduction en masse soit la conséquence des tentatives de réduction d'une hernie adhérente.

Une autre variété présente beaucoup plus d'importance encore; c'est la déformation par coudure brusque, par plicature de l'intestin. Les anciens auteurs connaissaient très bien cette disposition vicieuse que détermine l'adhérence en V des deux branches de l'anse herniée; mais il y a un autre ordre de faits beaucoup moins connus qui doivent cependant être beaucoup plus fréquents.

En 1871, M. Trélat rapporta, à la Société de chirurgie, deux faits, dans lesquels il avait trouvé réunies toutes les conditions des hernies enflammées, et il avait dû néanmoins en venir à l'opération pour sauver les malades. L'ouverture du sac montra qu'il n'existait ni une violente inflammation, ni une constriction marquée de l'intestin, mais que des adhérences déterminaient des déformations, des coudures brusques des parois intestinales, d'où une occlusion.

En 1874, un nouveau fait semblable se présenta à M. Trélat, et Mougeot en fit le point de départ de sa dissertation inaugurale; mais ce travail fait à la hâte n'eut point toute l'importance que méritait cette question; ces faits restèrent isolés et furent regardés comme exceptionnels, tandis que l'on retrouve dans les différents ouvrages et recueils un assez grand nombre de faits qui ne peuvent s'expliquer que par une lésion de ce genre. (Voir notre thèse.)

Il est surprenant qu'une telle donnée, dans le mécanisme des accidents des hernies adhérentes, soit ainsi méconnue, quand les mémoires de Cossy, en 1856, de Besnier, en 1860, ont définitivement établi la réalité de l'étranglement interne déterminé par des adhérences produisant des coudures brusques de l'intestin dans l'abdomen. Notre ami Hallé en a publié un nouveau cas remarquable (1).

Les mêmes conditions se retrouvent, et à un plus haut degré encore, dans les hernies adhérentes, et on ne leur accorde aucune attention; l'idée d'inflammation suffit encore à satisfaire les esprits puisqu'on ne veut pas intervenir dans ces cas.

Mais de cette étude de physiologie pathologique, il ressort clairement que tous les accidents des hernies adhérentes doivent être rapportés à un obstacle mécanique au cours des matières; que ce soit l'étranglement vrai, ou que ce soit l'une des nombreuses variétés d'occlusion intestinale, ce sont ces deux seuls ordres de causes qui peuvent être admis; il faut enfin abandonner la théorie de l'inflammation qui est notoirement insuffisante.

IV

Les accidents des hernies adhérentes peuvent revêtir différentes formes; des accidents légers se montrent à intervalles plus ou moins rapprochés; ces douleurs, ce gonflement de la hernie, ces nausées, et même ces vomissements se dissipent assez facilement d'ordinaire; cependant, à chacune de ces attaques, l'état de la hernie se complique fatalement.

Les accidents graves peuvent revêtir deux formes : la forme aiguë, qui correspond à l'étranglement vrai et à certaines occlusions par brides ou orifices accidentels et la forme subaiguë ou lente, qui correspond au terme d'obstruction intestinale en pathologie abdominale. Les accidents de cette classe ont un pronostic très sombre; tôt ou tard la terminaison fatale en est la conséquence ordinaire ; et dans le cas où le hernieux parvient à y échapper, il tombe souvent dans un véritable marasme; c'est une sorte de phthisie herniaire, due à une absorption intestinale insuffisante.

Et pendant la longue période des accidents légers fugaces, le hernieux en a toujours regardé la résolution comme entièrement salutaire; à en croire les auteurs, ce ne sont en effet que de faibles inconvénients ne méritant, ni une grande attention, ni surtout une intervention active.

Tout autre doit être la signification de ces accidents passagers, mais répétés : ce sont autant d'avertissements, autant de plaintes de la part des viscères herniés qui subissent des altérations de plus en plus profondes; chaque reprise de ces troubles digestifs indique que l'on franchit une nouvelle étape vers les accidents à forme grave. Cette tumeur renferme enfin tous les éléments d'un orage redoutable, qui peut éclater sous l'influence d'une cause en apparence très légère. Il n'y a que l'ignorance de son danger qui puisse donner à ce hernieux une tranquillité trompeuse, grâce à laquelle il supporte patiemment son infirmité.

Qu'il soit riche ou qu'il soit pauvre, c'est un infirme; et si l'on voit facilement la misère dans laquelle tombe inévitablement celui qui ne peut plus se livrer au travail pénible assurant son existence du lendemain, le hernieux riche n'en subit pas moins lui ausssi une véritable misère morale : cette tumeur empoisonne et abrège ses jours.

Plus d'un chirurgien a refusé l'opération à un malade de cette classe prêt à s'exposer aux plus grands dangers, pourvu qu'on le débarrasse de son infirmité et qu'on le rende enfin à la vie commune.

V

Les indications thérapeutiques ont subi des modifications successives, aux différentes époques, selon les doctrines en honneur; celles qui sont admises aujourd'hui sont empreintes des idées qui avaient cours, il y a bientôt un demi-siècle.

Au temps où la doctrine de l'engouement était à son apogée, on abandonnait ces accidents à eux-mêmes.

Après Franco et Nicolas Lequin, l'étranglement ayant supplanté l'engouement, on opéra toutes les hernies compliquées, et les hernies adhérentes n'étaient pas épargnées.

En 1840, survint Malgaigne avec sa doctrine du pseudo-étranglement; la temporisation fut à l'ordre du jour; on respecta religieusement les hernies adhérentes atteintes d'accidents, et ce sont ces idées qui sont encore mises en pratique actuellement. Devant une telle hernie, on a recours au taxis répété, aux bains prolongés, aux applications de cataplasmes ou de glace, selon les préférences de chacun; on administre les purgatifs d'exploration, enfin, après avoir perdu de longues journées, après avoir malaxé, contusionné l'intestin, fatigué, irrité le tube digestif par des doses croissantes de calomel, de jalap, d'huile de croton, au bout de huit, dix, ou quinze jours, devant la constipation absolue, le ballonnement extrême, les vomissements fécaloïdes, le chirurgien déclare alors qu'il a la main forcée, et qu'il doit pratiquer l'opération; c'est quand le malade est presque *in extremis* qu'il s'y décide, aussi il a bien soin de prévenir l'entourage, que le pronostic est de la dernière gravité. On admet alors un obstacle mécanique, on dit qu'il y a un étranglement peu serré probablement; il faut lever cet obstacle. On ouvre le sac et on se trouve aux prises avec les plus grandes difficultés, cela sur un malade déjà fort abattu : les adhérences les plus complexes unissent et l'intestin, et l'épiploon, et le sac ; et surtout ces parties sont rouges, congestionnées, ecchymosées. La dissection avance péniblement, le sang infiltre les adhérences celluleuses ; on ne reconnaît qu'à grand'peine les parties sur lesquelles on doit faire porter le bistouri, et ce travail se prolonge, laborieux, pénible, dangereux pour l'intestin, que l'on s'estime heureux de pouvoir enfin rentrer

(1) Hallé, *De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin*. Revue de chirurgie. Janvier 1887.

Après une telle opération, pratiquée dans des conditions si mauvaises, le malade reste plongé dans une profonde prostration et succombe dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Cette conduite, timorée et hésitante, n'est plus acceptable, étant donné les nouvelles conditions dans lesquelles se pratique la chirurgie.

Que ces accidents soient aigus ou qu'ils revêtent la forme lente, c'est l'idée d'un obstacle mécanique, au cours des matières, qui doit entraîner la nécessité d'une intervention précoce.

Des faits que nous avons réunis dans notre thèse, se dégage nettement cette notion, que la gravité de ces opérations ne dépend désormais que de deux facteurs : la durée des accidents et l'ancienneté de la hernie. Le chirurgien se trouve, en effet, alors en présence de lésions anciennes à marche torpide, compliquées d'altérations nouvelles se développant, s'aggravant par le fait même de l'accident aigu.

L'opération doit être aussi précoce que possible quand on se trouve en face de complications en voie d'évolution dans une hernie adhérente.

Pour remplir cette indication, on est amené à appliquer la même nécessité opératoire aux accidents légers, car on ne peut dire à leur apparition, si ces troubles ne sont pas le prélude des complications graves, dont ils ne sont souvent, en effet, que les avant-coureurs, et nous savons qu'ils ne sont que l'expression de lésions nouvelles en voie de formation, et que plus nombreux auront été les accès de douleurs, plus anciennes les premières manifestations, et plus complexes, plus intimes seront les adhérences que le chirurgien sera exposé à trouver quand des accidents graves apparaîtront un jour et lui imposeront une intervention active.

Tout individu, porteur d'une hernie adhérente, doit se considérer comme allant d'un pas plus ou moins rapide vers des complications redoutables. Selon le jour et le lieu où elles éclateront, il sera peut-être obligé de se remettre entre des mains non suffisamment expérimentées alors que les difficultés opératoires seront devenues très grandes.

D'ailleurs, le chirurgien doit devancer la production de ces lésions graves, qui ont conduit aux opérations les plus difficiles, telles que l'entérectomie et l'entérorrhaphie.

C'est dans leur jeune âge, à leur naissance même, qu'il faut aller détruire ces adhérences, elles n'opposeront alors que peu de difficultés et de dangers ; et si cette intervention a lieu en dehors de toute complication, sur un sujet dont l'état général est absolument intact, le chirurgien, qui pratique véritablement l'antiseptie, fera une opération simple dans les meilleures conditions, et pourra promettre le succès.

Cette proposition s'appuie sur les résultats opératoires, remarquables, obtenus dans ces derniers temps par les partisans de la cure radicale, même dans des cas extrêmement difficiles ; qu'il nous suffise de rappeler les faits publiés par M. Terrier, M. Lucas-Championnière, M. Reverdin et M. Julliard ; et nous devons à la bienveillance de notre maître, M. Trélat, et de M. Terrier d'avoir pu rapporter à la fin de notre thèse quelques observations de cure radicale de hernies adhérentes ; ces opérations ont été suivies des plus beaux succès.

Si l'on compare ces succès aux résultats désastreux de la temporisation, on est conduit :

1° A traiter par la cure radicale toute hernie irréductible par adhérences, dès qu'elle est reconnue ;

2° Si on n'a pas pu instituer ce traitement, à intervenir immédiatement en cas d'accidents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale. — M. **PAQUET** (de Lille) adresse deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer utérin. L'une date seulement de deux mois ; la malade va bien jusqu'ici. La seconde a succombé quatre mois après l'opération.

Obstruction intestinale. — M. **VERNEUIL** prend de nouveau la parole sur la question de la conduite à tenir dans les cas d'obstruction intestinale. Que faire quand on n'a pas le diagnostic de la cause de l'étranglement ? C'est sur ce point seul que M. Verneuil désire appeler l'attention.

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de la cause d'une obstruction intestinale est très difficile. Or, dans tous ces cas, l'établissement d'un anus contre nature fait cesser immédiatement les accidents les plus menaçants.

M. Verneuil a fait des laparotomies et en a obtenu de très mauvais résultats. Chaque fois, au contraire qu'il a fait l'entérostomie, selon la méthode de Nélaton, il a obtenu des survies très notables.

M. **TRÉLAT** a dit qu'il y avait des cas où le diagnostic est possible, et il les a fait connaître ; dans ces cas, il préfère la laparotomie. Quand, au contraire, il s'agit de tumeurs, de cancer, de corps étrangers de l'intérieur de l'intestin, c'est l'anus artificiel qui convient. Si, enfin, on n'est aucunement fixé, il faut songer à une opération complexe, permettant de terminer par l'établissement d'un anus contre nature.

M. **VERNEUIL** croit beaucoup plus nombreux les cas où le diagnostic est très difficile, et il est d'avis qu'il faut d'abord parer aux accidents menaçants par l'anus contre nature, opération inoffensive et facile, tandis que la laparotomie est toujours une opération dangereuse.

Reste à déterminer le choix entre la colotomie iliaque et la cœcotomie. M. Verneuil a pratiqué 15 anus iliaques et n'a eu qu'un cas de mort. Selon lui, l'établissement d'un anus iliaque sur l'S iliaque est une opération facile et non dangereuse.

Il lui paraît présenter de grands avantages sur la cœcotomie ; en effet, le cœcum peut être recouvert par l'intestin grêle, la vidange se fait très lentement ; enfin le cœcum joue un rôle dans la digestion, rôle qui se trouve supprimé.

Toutefois il y a des cas, tels qu'un cancer du côlon transverse, par exemple, qui comportent la cœcotomie, et M. Verneuil n'hésiterait pas à la pratiquer dans ces cas.

M. **KIRMISSON**, dans un rapport qu'il a fait, au mois de décembre dernier, disait que la laparotomie et l'anus contre nature avaient chacun leurs indications.

Il a fait trois laparotomies pour obstruction intestinale et a eu trois décès. Dans deux de ces cas, il s'agissait d'une bride diagnostiquée ; chez un quatrième malade, il a fait un anus iliaque et le malade a succombé à la péritonite. Chez un vieillard de soixante-seize ans, qui avait des symptômes d'obstruction intestinale, M. Kirmisson fit un anus iliaque, et le malade vécut un mois : l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un volvulus. Dans un autre cas, où il put faire le diagnostic de cancer de l'S iliaque, il fit la cœcotomie et le malade vécut pendant dix ou onze mois. Dans un autre cas semblable, on sentait une tumeur manifeste dans la fosse iliaque du côté droit ; il s'agissait d'une invagination du côlon ascendant, il fit un anus cœcal, le malade succomba dix-huit mois environ après l'opération. Enfin, M. Kirmisson a

fait sept fois l'anus iliaque pour des cancers du rectum, il n'a perdu aucun de ces malades et a obtenu des survies d'une certaine durée.

M. LE FORT laisse de côté les cas où, un cancer étant diagnostiqué, il est formellement indiqué de s'en tenir à un anus contre nature. Quant au diagnostic de l'une des causes signalées par M. Trélat : brides, volvulus, etc., c'est là qu'est surtout la difficulté et il n'est pas de chirurgien qui ne se soit trompé dans ces diagnostics. Dans les cas de doute, M. Le Fort serait beaucoup plus disposé que M. Verneuil à faire la laparotomie qui n'est pas une opération si grave que semble le croire M. Verneuil. Ne voyons-nous pas bien des chirurgiens faire l'incision abdominale exploratrice pour des cas douteux? Or, dans ces cas, les choses se passent généralement très bien et les malades supportent très bien la laparotomie. Pourquoi donne-t-elle de mauvais résultats? C'est parce qu'on la fait généralement trop tard. C'est pourquoi dans les cas très douteux, il y a avantage à faire la laparotomie et à la faire le plus tôt possible. M. Le Fort ne croit pas que, dans ces cas, il soit nécessaire de faire une laparotomie large. Il faut se contenter d'une laparotomie étroite. C'est ainsi que, dans un cas, il fit une petite incision; il se présenta une anse intestinale; il la retira et la rentra et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il sentît une résistance; il introduisit le doigt, sentit une bride, l'excisa et son malade a très bien guéri. Si on ne trouve pas l'obstacle, on peut toujours recourir en dernier ressort à l'entérostomie dont on n'a fait, somme toute, que le premier temps, en pratiquant cette courte incision. En résumé, M. Le Fort croit que, dans ces cas douteux, l'opération de choix doit être la laparotomie.

M. TRÉLAT dit que, parce qu'il y a des cas très difficiles, il ne faut pas faire théoriquement le choix de l'opération sans même chercher à faire le diagnostic. Il faut toujours le rechercher et l'on arrive parfois à le faire.

Pied-bot varus; appareil redresseur. — **M. TRÉLAT** a présenté un petit garçon atteint de pied-bot varus chez lequel il a fait l'aponévrotomie et appliqué un appareil redresseur spécial, à tractions élastiques; garçon de quinze ans, convulsions dans l'enfance, pied-bot double, à cinq ans guérison par la ténotomie du côté droit; récidive à gauche; pied-bot varus équin, creux très prononcé, déformation très accentuée, fixité. Section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, appareil plâtré, après redressement; quinze jours après, application de l'appareil à tractions élastiques. Cet appareil fut porté d'abord six, puis dix, puis douze heures sur vingt-quatre. Environ six semaines après l'usage de cet appareil, l'astragale était redressé et le jeune homme peut marcher désormais normalement sur la plante du pied.

M. Trélat conseille ce genre d'appareil, dont on peut varier toutes les formes, pour tous les genres de pied-bot.

M. POLAILLON fait observer que M. Serres emploie ces appareils à tractions continues.

M. LANNELONGUE dit que les pieds-bots d'origine paralytique ne guérissent jamais après six mois, quels que soient les appareils auxquels on ait recours.

M. DESPRÉS constate que le résultat obtenu par M. Trélat à l'aide de cet appareil est préférable à celui qu'avait donné la tarsotomie.

M. TRÉLAT répond à M. Polaillon qu'il a cité Serres et les autres dans son travail; à M. Lannelongue qu'il était formellement indiqué de redresser le pied chez ce jeune homme et que, d'ailleurs, dans d'autres cas analogues, il a obtenu des résultats valant une guérison, même dans des cas de pieds-bots d'origine paralytique.

M. DESPRÉS ajoute que l'un des inconvénients de ces appareils à tractions élastiques est de déterminer quelquefois des escharres. Il demande à M. Trélat s'il a observé quelque chose de semblable chez son malade.

M. TRÉLAT répond que cet appareil n'a pas déterminé la moindre escharre.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Vulpian auront lieu demain samedi, à midi, à l'église Saint-Étienne-du-Mont, et l'inhumation au cimetière Montparnasse.

— Par décret, en date du 13 mai 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Paoli, en remplacement de M. Balley, retraité. — Est maintenu à son poste de médecin-chef de l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Manoha, en remplacement de M. Paoli, promu. — Est désigné pour l'hospice mixte d'Aix (médecin-chef des salles militaires).

Au grade de médecin-major de première classe : M. Fluteau, en remplacement de M. Manoha, promu. — Est maintenu au 138e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Lacronique, en remplacement de M. Chambé, décédé. — Est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. Martin de Semmera, en remplacement de M. Fluteau, promu. — Est désigné pour le 16e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Malher, en remplacement de M. Schaeuffelé, retraité. — Est maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décret, en date du 17 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Gargam, aide-médecin, docteur en médecine.

— La question donnée, pour l'épreuve orale, aux candidats du concours du prosectorat, a été : « Région sus-claviculaire »; et le sujet des pièces sèches à préparer a été : « Les nerfs de l'orbite. » Ces pièces devront être remises par les candidats le lundi 20 juin 1887, à trois heures.

MM. Lyot et Récamier se sont retirés du concours.

— Les candidats, ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 31 mai 1887, inclusivement, dernier délai; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin, consigneront jusqu'au 14 juin 1887 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— A la suite du concours ouvert au mois d'octobre 1886 : « De la sédentarité dans les écoles primaires et secondaires, et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial », la Société française d'hygiène vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — *Ex æquo*, MM. les docteurs Bach (de Paris) et Guillermet (de Chatou).

Médaille d'argent. — M. Rouxel (de Paris).

Médailles de bronze. — M. le docteur Hooghe, de Loochristy-lez-Gand (Belgique), et M. E. Paz (de Paris).

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à Bouray-Lardy, dimanche prochain, 22 mai 1887. Le départ aura lieu à la gare d'Orléans, par le train de sept heures cinquante minutes, pour la station de Bouray.

— M. L. Guignard, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation dimanche prochain, 22 mai 1887. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à midi trente minutes, pour prendre le train partant à midi cinquante minutes pour la station de Domont.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21180

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. TROISIER.

Où réside l'agent virulent du vaccin.

L'agent virulent du vaccin ne réside pas dans la lymphe ou sérosité, mais très certainement dans l'élément solide, qui consiste en granulations ou microcoques. Quoiqu'on ne les ait pas encore isolés, d'une façon positive, par la culture, nous sommes actuellement convaincu qu'ici comme ailleurs la virulence tient à la présence d'éléments parasitaires.

Lorsqu'on examine la lymphe prise sur une pustule vaccinale au septième ou au huitième jour, on trouve un liquide un peu jaunâtre, présentant des leucocytes, des globules rouges et d'autres débris, au milieu desquels on peut voir certaines granulations réfringentes, décrites pour la première fois en 1868, par Kéber, puis par Colm. Weigert a démontré que ces granulations étaient des parasites, des microbes mesurant de 0,5 à 1 μ.

Vous connaissez la constitution histologique d'une pustule vaccinale. La papule s'est formée aux dépens du corps muqueux et la cavité centrale où siège le liquide est comme cloisonnée. Eh bien! d'après Straus qui a étudié jour par jour le développement des microcoques, on en trouve non seulement dans la cavité centrale, mais même dans les fentes lymphatiques, au niveau du corps muqueux.

Je dois ajouter immédiatement qu'ils sont absolument identiques, morphologiquement, à ceux qu'on trouve dans les pustules des varioleux.

Cet organisme est-il sûrement l'agent virulent de la vaccine? Pour répondre affirmativement, il faudrait pouvoir le cultiver. Des essais ont été tentés et quelques auteurs prétendent en avoir fait la culture pure, l'avoir inoculé et avoir reproduit la variole.

Le premier auteur qui ait fait ces expériences est Quist, en 1882. Il a employé, comme liquide nourricier, du sérum de sang de bœuf, contenant une partie de glycérine, une partie d'eau distillée et une partie de carbonate de potasse. Il se sert d'une écaille, d'une lamelle de vésicule pustulo-vaccinale qui devient bientôt, dans le liquide, le centre d'une production active de micro-organismes. Il prend une goutte le plus loin possible de l'écaille et il l'inocule. Il aurait obtenu ainsi des résultats positifs, aussi brillants qu'il pouvait le désirer. Mais ces recherches sont contestées par MM. Cornil et Babès.

Voigt les a renouvelées en 1885. Il dit avoir vu des bactéries constituées par des coccus réunis deux à deux. Inoculées à un veau, elles lui auraient conféré l'immunité vis-à-vis du cowpox. L'auteur affirme avoir obtenu la virulence à plusieurs générations.

Ces expériences démontrent au moins la nature parasitaire du vaccin. Elles confirment juqu'à un certain point les recherches de M. Chauveau. Celui-ci s'est proposé de démontrer que la virulence ne tenait pas aux éléments dissous dans le vaccin, mais plutôt à la partie solide.

A cet effet, il a réalisé deux séries d'expériences. La première est la *diffusion* du vaccin. Il superpose, dans un tube, 0m,004 d'eau distillée à une couche de vaccin. Il laisse reposer pendant quarante-huit heures pour permettre à la diffusion de s'opérer : la partie solide va au fond de l'eau et l'eau ne contient que du sérum et des sels. Si on fait une inoculation avec la partie supérieure, elle ne donne aucun résultat; de même, si on inocule la partie tout à fait inférieure et solide, on n'en obtient pas davantage. Ceci prouve que les leucocytes ne confèrent pas non plus la virulence. Ce n'est que la partie intermédiaire qui agit, parce qu'elle renferme les granulations moléculaires, les micro-organismes. Du reste, Klebs avait déjà remarqué que le vaccin filtré conservait sa virulence, et, en effet, on retrouve les granulations dans le liquide filtré.

La deuxième série d'expériences consiste dans la *dilution* du vaccin. M. Chauveau a fait, dans l'eau distillée, des dilutions de vaccin, de plus en plus étendues, qu'il a inoculées successivement. Il a fait d'abord une série de dilutions de 1/2 à 1/15, le numérateur de la fraction représentant le vaccin et le dénominateur l'eau distillée. Elles donnent toutes du succès. Si on augmente le degré de la dilution de 1/20 à 1/50, on peut encore obtenir le succès; le vaccin prend et, *quand il prend, la pustule vaccinale est aussi belle que si le vaccin n'avait pas été dilué.* Enfin, avec une dilution à 1/500, l'auteur a obtenu un succès.

Que prouvent ces expériences? Si l'agent virulent était dissous, les succès seraient au moins atténués. Mais ils ne le sont pas, quand ils existent; c'est une preuve que la virulence réside dans les granulations, qui se trouvent ou ne se trouvent pas, selon le fait du hasard, dans le liquide injecté, et qui ont d'autant moins de chances de s'y trouver que la dilution est plus grande. Ce qui montre l'exactitude

de cette interprétation, c'est qu'avec une dilution à 4/100, il a suffi d'injecter 8 millimètres cubes de liquide à un cheval pour déterminer une éruption de horsepox.

Reiter a répété l'expérience en 1872. Il a remarqué qu'en se servant d'une dilution dans cinq parties d'eau, les inoculations ne prenaient pas toujours, lorsqu'elles étaient faites avec l'aiguille anglaise, mais qu'elles prenaient presque toutes avec l'aiguille ordinaire, qui fait des piqûres plus larges. En employant une dilution à 1/100, on n'obtient plus rien avec l'aiguille anglaise, tandis que les résultats sont souvent positifs avec l'aiguille ordinaire. Plus la surface d'absorption est étendue et plus les chances de succès sont grandes, parce que les granulations ont pu pénétrer plus facilement.

Voilà ce que nous savons sur la nature morphologique du vaccin. Nous pouvons conclure de toutes ces expériences que le principe virulent du vaccin réside dans les granulations moléculaires de Chauveau, dans les microcoques,

Le vaccin passe-t-il dans le sang? Imprègne-t-il tout l'organisme? Nous pouvons répondre hardiment par l'affirmative après les expériences probantes de Renault et de Pfeiffer (1884).

Comment se fait cette pénétration dans le système sanguin? M. Renault a démontré par l'expérience suivante qu'il pénètre par le système lymphatique. On sait d'ailleurs que les microcoques se trouvent dans les interstices lymphatiques.

Il a vacciné un cheval au boulet. Le huitième jour, il a établi une fistule au niveau des deux troncs lymphatiques qui suivent la veine saphène du cheval. Vingt-deux centimètres cubes de sa lymphe, injectés dans la veine jugulaire d'un autre cheval, ont déterminé chez lui une superbe éruption de horsepox. Preuve flagrante que le virus pénètre dans l'organisme par les voies lymphatiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Tuberculose des os et ostéomyélite prolongée.

Je voudrais vous parler du malade auquel j'ai fait l'amputation de la cuisse, vendredi dernier. Cet homme est, aujourd'hui mercredi, en très bon état, et l'aspect de la plaie est très bon. Cependant, malgré l'ampleur de l'incision, je n'ai pas pu scier le fémur tout à fait au niveau que j'aurais désiré, en raison de la résistance lardacée des tissus de la cuisse et de l'attitude du membre ankylosé dans la flexion. En effet, c'est à 3 centimètres au-dessous du point que je m'étais fixé que la section du fémur a eu lieu, de telle sorte que la grande souplesse, que doit ordinairement présenter le moignon à la suite de ces amputations de cuisse, n'existe pas, en réalité; ce qui peut être inconvénient pour l'avenir. Mais, quant à présent, je le répète, cet homme va bien et sa température est excellente (37 degrés).

Agé actuellement de trente-huit ans, il est malade depuis vingt-quatre ans, c'est-à-dire depuis l'âge de quatorze ans, époque à laquelle il éprouva les premiers accidents morbides caractérisés par une hémoptysie, par plusieurs hématuries, enfin par des premières douleurs dans la cuisse droite, douleurs assez vives pour le forcer à prendre le lit. Au bout de quelque temps il se remet à peu près; mais bientôt de nouvelles poussées morbides se produisent, un abcès se développe, issue est donnée au pus et, à un moment donné, un grand sequestre est éliminé. Encore une fois, le malade se rétablit assez bien pour pouvoir prendre une part active à la guerre de 1870, comme soldat. Il reste ensuite pendant plus de douze années sans être malade. En 1883, de nouveaux phénomènes morbides ont lieu, suivis également d'une amélioration, qui se maintient jusqu'à il y a cinq mois.

Mais, à cette époque, s'est produite la dernière poussée pour laquelle il est entré à l'hôpital (douleurs vives dans la cuisse et formation de nouvelles fistules). Après avoir examiné le malade, je me suis demandé si nous n'avions pas affaire à une ostéomyélite, malgré les hémoptysies du début. Tout le monde autour de moi prononçait également le mot d'ostéomyélite, malgré l'état d'induration des parties molles. Bref, j'ai fait l'amputation de la cuisse, comme je vous le disais en commençant. Aussitôt après l'opération, j'ai examiné les parties malades et voici ce que j'ai trouvé : 1° du côté du tibia, une moelle jaune, une ostéite de la partie supérieure de l'os, une diaphyse mince, une couche corticale très amincie; 2° du côté du fémur, des lésions tuberculeuses, une hyperostose moins considérable que les tissus lardacés de la cuisse me l'avaient fait supposer; la disparition de l'articulation fémoro-tibiale, la rotule soudée avec les condyles atrophiés de fémur, une ankylose complète avec absence de toute articulation; bref, tout un ensemble anatomo-pathologique, qui paraît jurer avec le diagnostic d'ostéomyélite et ressemblant beaucoup plus à la tuberculose, malgré une symptomatologie ostéomyélitique.

Voici donc un premier fait. Or, l'année dernière, nous avons eu à en observer deux autres non moins intéressants : le premier se rapporte à une grosse fille de vingt ans, bien développée, qui, à l'âge de huit ans, avait eu des accidents scrofuleux, dont les traces étaient parfaitement évidentes, non seulement au cou, mais encore sur le bras gauche, la cuisse droite, le coude gauche, la jambe droite où l'on voyait des cicatrices profondes adhérentes au tissu osseux. Cependant, aucun sequestre n'avait jamais été éliminé. Cette fille était mal réglée (tous les deux ou trois mois seulement) depuis l'âge de seize ans. A dix-sept ans, elle eut le pied gauche brûlé par de l'eau bouillante. Peu de temps après le pied se tuméfiait et un abcès se formait au niveau du premier métatarsien qui, depuis lors, n'a cessé d'être malade. Je considérai donc, chez cette malade, l'affection osseuse comme de nature tuberculeuse, et je l'opérai en extirpant son premier métatarsien. Elle fut très lente à guérir, paraissant justifier ainsi le diagnostic de tuberculose. En effet, opérée à la fin du mois de janvier, elle quittait l'hôpital deux mois plus tard seulement. Or, l'examen histologique des pièces pathologiques nous montra qu'il s'agissait, non pas d'une affection tuberculeuse comme nous l'avions supposé, mais d'une ostéomyélite.

Le second cas est celui d'un homme de cinquante-huit ans qui, dès l'âge de vingt et un ans, présenta des accidents concentrés autour du grand trochanter gauche : douleur légère mais persistante, abcès s'ouvrant tout seul et guéri au bout de trois mois; puis choc sur la région trochantérienne et nouvel abcès; puis, encore neuf ans plus tard, un nouvel abcès; enfin, tous les deux ou trois ans jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où il est entré dans mon service, il avait de nouvelles poussées purulentes.

C'est ainsi qu'il entrait, l'année dernière, avec une certaine tuméfaction de la région trochantérienne, ayant présenté, depuis trente-sept ans, une série de nombreuses poussées morbides, toujours localisées à la même région où il existait une fistule conduisant sur le grand trochanter.

Nous examinâmes avec soin tout l'organisme, l'auscultant minutieusement et interrogeant successivement tous les viscères thoraciques et abdominaux. Nous ne trouvâmes absolument rien d'anomal. De plus, l'état général était assez bon. Ce que voyant, nous nous décidâmes à l'opérer. Nous trouvâmes une carie tuberculeuse très étendue du grand trochanter que je dus évider complètement. J'oubliais de dire que, autour de moi, dans le service, on tenait pour le diagnostic d'ostéomyélite. Moi-même j'avais dit aussi que l'affection avait les caractères de cette maladie, malgré le début insidieux des accidents et l'absence chez lui, en tous temps, de tout sequestre; j'ajoutais qu'il était bien surprenant que cet homme ne fût pas tuberculeux, et je concluais, en définitive, que le diagnostic était fort embarrassant et que si, d'une part, on trouvait des caractères d'ostéomyélite, d'autre part, cependant, la marche de la maladie était pour la probabilité d'une tuberculose.

Mais à peine cet homme était-il opéré, que son état s'aggravait rapidement, des accidents fébriles se manifestaient, et, trente-deux jours plus tard, il succombait, les poumons farcis de tubercules. Dira-t-on que c'est là un cas de tuberculose nouvelle, à marche rapide, aiguë? Cette opinion n'est pas soutenable, les accidents s'étant déclarés aussitôt après l'amputation et ayant évolué sans aucune rémission; d'où je conclus à une tuberculose antérieure.

Ainsi voilà trois cas: 1° celui d'une jeune fille où l'on diagnostique une tuberculose et l'on trouve une ostéomyélite; 2° celui d'un vieillard dont la symptomatologie est en faveur d'une ostéomyélite et dont l'autopsie démontre qu'il s'agissait, en réalité, d'une tuberculose; 3° celui du malade amputé vendredi. Or, si j'avais eu autrefois la défiance que j'ai maintenant, ce n'est plus trois faits seulement que je pourrais citer aujourd'hui, mais un grand nombre certainement, lesquels nous montreraient que, en réalité, les rapports existant entre les deux affections: tuberculose des os et ostéomyélite, sont encore mal établis.

Comment devons-nous donc interpréter l'état actuel de nos connaissances sur cette question? Les deux affections peuvent-elles coexister? Rien ne s'y oppose. Peut-on soutenir que les deux maladies n'en font qu'une? Ce serait en contradiction absolue avec nos connaissances microbiennes, et d'ailleurs leur physionomie est en général tout à fait différente. Ce qu'on peut accepter, c'est que, dans certains cas, les deux maladies marchent parfois en même temps sur le même sujet, qu'elles sont concomitantes. Peut-on aussi dire qu'un séjour prolongé à l'hôpital permet de contracter la tuberculose? Certains cas permettent d'émettre cette hypothèse. Mais, en résumé, ce que nous pouvons dire, c'est que, si l'ostéomyélite aiguë est une affection bien connue, il n'en est pas encore de même pour l'ostéomyélite prolongée et que les éléments nous manquent actuellement pour le diagnostic différentiel de cette maladie d'avec la tuberculose des os.

HOTEL-DIEU DE GRENOBLE. — M. Montaz.

Résection orthopédique du coude.

(Leçon recueillie par M. Marie, interne du service.)

L'enfant que je vous présente est un très bel exemple des résultats que peut donner la résection sous-capsulo-périostée du coude, lorsqu'on la pratique suivant les données modernes et avec l'antiseptie la plus scrupuleuse. C'est donc surtout à cause du résultat obtenu que je vous fais cette présentation; toutefois les fragments réséqués offrent une particularité intéressante, au point de vue d'un mécanisme spécial des ankyloses périphériques.

Lorsque l'enfant est entré à l'hôpital, il y avait déjà deux mois écoulés depuis son accident. Aussi insisterai-je faiblement sur les détails antérieurs à cette entrée : chute sur l'avant-bras d'une certaine hauteur au cours d'exercices de gymnastique, à plat ventre, le coude en avant, l'avant-bras fléchi; gonflement considérable. Un premier médecin appelé ne peut établir de diagnostic. Tournée classique des rhabilleurs. Enfin entrée à l'hôpital.

Les symptômes présentés alors sont les suivants : avant-bras en extension presque complète; mouvements de pronation et de supination intacts; ankylose complète huméro-cubitale; l'enfant se sert de sa main, mais très incomplètement, comme dans toutes les ankyloses rectilignes du coude. Il ne peut porter les aliments à sa bouche; l'écriture sera difficile plus tard (il s'agit du coude droit et d'un enfant de neuf ans).

Le coude présente les particularités suivantes : aucune trace de gonflement; les trois saillies classiques sont sur un même plan horizontal, l'olécrâne plus rapproché de l'épitrochlée que de l'épicondyle, comme toujours. Toutefois ce plan n'est pas tout à fait horizontal, car l'ankylose n'est pas absolument rectiligne, mais à angle très obtus.

Rien à noter sur la crête du cubitus, qui se continue avec l'olécrâne intact; rien non plus du côté de la tête radiale, qu'on sent rouler à un bon centimètre au-dessous de l'épicondyle, dans les mouvements de pronation et de supination. Mais, en palpant profondément le pli du coude, on sent une saillie osseuse notable, faisant corps avec l'humérus; cette hyperostose ne peut être produite que par un cal exubérant ou un fragment en saillie, en somme par une fracture.

Éliminant donc les différentes variétés de luxation du coude, éliminant aussi, pour des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici, les décollements épiphysaires de l'humérus, je m'arrête, sans la moindre hésitation, au diagnostic de fracture transversale sus-condylienne de l'humérus, consolidée avec un certain degré d'hyperostose; l'ankylose huméro-cubitale paraît être osseuse et s'explique soit par l'arthrite qui complique si souvent les traumatismes du coude chez les enfants, soit par la configuration même de la fracture.

Au point de vue de l'intervention, on ne pouvait hésiter qu'entre une rupture de l'ankylose, permettant de mettre l'avant-bras en demi-flexion, et une résection. Je ne m'arrêtai pas longtemps au premier parti, parce que la rupture me paraissait bien difficile et bien aveugle; on aurait brisé l'humérus ou les os de l'avant-bras, mais non le coude. D'ailleurs, en supposant la flexion du coude possible, on aurait eu fatalement une nouvelle arthrite avec terminaison par ankylose. Il est vrai que l'ankylose du coude à angle droit laisse un membre très utile et qu'on s'en tient là très souvent. Mais, comme dernière raison, ces manœuvres avaient été déjà pratiquées sur ce coude, avant que je ne prisse mon service d'hôpital, et elles n'avaient donné aucun résultat.

C'est donc à la résection que je m'arrêtai, parce qu'elle seule permettait de mettre le membre à angle droit, sans agir à l'aveugle, et laissait espérer, dans une certaine mesure, le rétablissement de la fonction articulaire. Elle fut

faite par le procédé en baïonnette d'Ollier, en séparant avec beaucoup de soin la capsule et le périoste du tissu osseux. Je m'attendais à quelques difficultés, à cause de l'ankylose qui gênerait la luxation des surfaces articulaires, et je me préparais, ainsi que le conseille mon ami Marangos, dans sa thèse, à faire une ostéotomie de l'humérus, pour permettre cette luxation.

Mais, quel ne fut pas mon étonnement, après avoir dépériosté toute la partie externe de l'articulation, de voir les os se séparer, en me montrant une articulation absolument saine, et la luxation se faire très aisément. Les os furent réséqués à l'endroit classique, mais largement; car, laissant intacte toute la gaine périostéo-capsulaire, il fallait s'attendre à une néoformation osseuse abondante et l'ankylose post-opératoire devait être évitée autant que possible.

Précautions antiseptiques d'usage; deux tubes à drainage, l'un debout, l'autre allant d'une extrémité à l'autre de la plaie; ablation de la bande d'Esmarch, suture entortillée, pansement.

Suites très simples, à part un érythème de la région, avec gonflement indolore, de nature probablement phéniquée; guérison en quinze jours, sans une goutte de pus et sans appareil immobilisateur. Mobilisation passive après huit jours et répétée tous les matins à la visite. Après quinze jours, l'enfant fait de la mobilisation active et sort bientôt de l'hôpital avec son coude à angle droit, faisant des mouvements assez étendus de flexion et d'extension, sans la moindre mobilité latérale.

Au moment où je vous présente cet enfant, trois mois se sont écoulés depuis l'opération. Les mouvements ont gagné sensiblement en étendue. La pronation et la supination s'effectuent sans peine. On perçoit nettement un olécrâne de nouvelle formation, un peu aplati; l'humérus a subi une légère rotation en dehors. En somme, l'enfant se sert très bien de son membre et pourra écrire facilement.

Les pièces enlevées que je mets sous vos yeux présentent une particularité intéressante au point de vue de la production d'une ankylose solide en apparence. La fracture transversale passe exactement au-dessus des surfaces articulaires de l'humérus; le fragment supérieur s'est porté en avant et présente à sa partie interne une surface cartilagineuse, ce qui prouve qu'il y a eu à la fois fracture et décollement épiphysaire. Si l'on met en place les trois extrémités osseuses, on voit que l'olécrâne se loge dans la fosse olécranienne, et que l'apophyse coronoïde vient se loger dans le sinus formé par le fragment supérieur descendu et le fragment inférieur.

De la sorte, aucun mouvement n'est possible, puisque les deux becs osseux arc-boutent l'un et l'autre dans une cavité. C'est là l'explication de cette ankylose d'apparence osseuse, qui rentre plutôt dans la classe des ankyloses périphériques, et qui a cédé pendant l'opération, dès que la rugine a pu libérer les insertions ligamenteuses et permis l'écartement des surfaces articulaires.

OBSÈQUES DE M. VULPIAN

Les obsèques de M. le docteur Vulpian, membre de l'Institut et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu et officier de la Légion d'honneur, ont eu lieu avant-hier samedi, 21 mai 1887, à l'église Saint-Étienne-du-Mont, au milieu d'une affluence des plus considérables.

L'Académie des sciences, la Faculté de médecine de Paris, l'Académie de médecine, le corps médical des hôpitaux et les Sociétés savantes auxquelles appartenait le maître si aimé et aujourd'hui si vivement regretté de tous, le maître dont la fin prématurée est un deuil non seulement pour les sciences médicales mais encore pour la science française, étaient représentés par des délégations et par un grand nombre de leurs membres.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'instruction publique; Janssen, vice-président de l'Académie des sciences; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Sappey, président de l'Académie de médecine, et Féréol, président de la Société médicale des hôpitaux.

Derrière le char, une immense couronne était portée par les élèves du laboratoire de pathologie comparée et expérimentale; puis venait la famille, les doyens de la Faculté des lettres et de la Faculté de théologie protestante, puis l'Institut et la Faculté de médecine presque tout entière, professeurs et agrégés, en robe, etc., etc.

Aussitôt après le service religieux, le cortège funèbre s'est dirigé vers le cimetière du Montparnasse où a eu lieu l'inhumation et où, après les dernières prières, plusieurs discours ont été prononcés dans l'ordre suivant : MM. Bertrand, au nom de l'Institut; Charcot, au nom de la section de médecine et chirurgie de l'Académie des sciences; Hayem, au nom de la Faculté de médecine de Paris; Mathias-Duval, au nom de l'Académie de médecine; Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux, et Brown-Séquard, au nom de la Société de biologie.

Nous reproduisons ci-dessous le discours prononcé par M. Charcot, d'une voix qui avait peine à contenir ses sanglots.

Discours de M. Charcot, membre de l'Académie des sciences.

J'ai accepté la douloureuse mission d'exprimer, au nom de la section de médecine et chirurgie, les regrets que fait éprouver à l'Académie des sciences la perte imprévue de l'un des membres qui l'ont le plus honorée et le mieux servie. L'Académie a pensé que cette mission devait incomber à celui qui, pendant de nombreuses années, est resté attaché à Vulpian par les liens d'une amitié étroite et a été l'intime témoin de ses labeurs. Mais je crains que la tâche ne soit bien difficile à remplir. Le deuil que nous portons tous ici m'est un deuil trop personnel pour que je n'aie point quelque peine à rassembler mes forces et à dominer le sentiment de profonde affliction que j'éprouve.

Je rencontrai Vulpian pour la première fois, il y a trente-sept ans de cela, — nous étions dans notre vingt-cinquième année — à l'hôpital de la Pitié, où nous venions l'un et l'autre exercer les fonctions d'interne. Mon collègue, à cette époque déjà, était attaché au Muséum d'histoire naturelle comme préparateur de Flourens, sous la direction de M. Philipeaux avec lequel il collabora longtemps. On voit que, dès l'origine de sa carrière, il dut partager son activité entre le laboratoire et la salle d'hôpital. De bonne heure donc, il avait dû être amené à comprendre que, sans le concours de l'expérimentation, l'observation pure se montre souvent impuissante tandis que, par contre, les données expérimentales, en tant du moins qu'il s'agit de la pathologie de l'homme, restent presque toujours sans application légitime lorsqu'elles ne sont pas incessamment soumises au contrôle de la clinique.

On peut dire que le grand caractère de la vie scientifique de Vulpian est là, dans cette union intime du médecin et de l'expérimentateur.

Aussi doit-on le considérer comme l'un des fondateurs, l'un des promoteurs principaux de cette méthode puissante, que l'on peut, à juste titre, appeler française et qui, parce qu'elle reconnait et proclame hautement les droits de la clinique, peut seule diriger par des voies sûres le mouvement qui conduit à la rénovation scientifique de la médecine par la physiologie.

Certes les circonstances ont secondé Vulpian dans son élévation rapidement progressive aux situations scientifiques les plus élevées. Mais il n'est que juste de reconnaître que ses fortes études, poussées dans toutes les directions de la science biologique, qu'une éducation littéraire solide, mises au service d'un esprit lucide et pénétrant, l'avaient de bonne heure armé pour la lutte. Aussi, lorsque se présenta « *la marée qui, prise à flot, conduit sûrement au succès* », n'eut-il qu'à se laisser pousser jusqu'au port.

Nommé médecin des hôpitaux en 1857, agrégé de la Faculté de médecine en 1860, Vulpian fut appelé, en 1864, à suppléer Flourens au Muséum d'histoire naturelle, dans la chaire de physiologie comparée, qu'il a occupée jusqu'en 1866. L'épreuve fut décisive; le succès du jeune professeur avait été éclatant. Il s'était affirmé comme expérimentateur habile, critique rigoureux, et aussi comme inventeur. A chaque pas, pendant le cours de son enseignement, il avait fait preuve d'une maturité d'esprit et d'une élévation d'idées dont on n'admirait pas moins la précocité que la grandeur.

Les *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, publiées en 1866, sont en quelque sorte la représentation écrite de cet enseignement. L'ouvrage, on peut le dire, était, tant par la forme que par le fond, parfait pour l'époque. Non seulement l'auteur y exposait les connaissances du temps sur les sujets dont il traite, mais aussi les résultats de ses expériences personnelles sur le mode d'action du curare, sur la dégénération et la régénération des nerfs sectionnés, sur le mode d'activité des fibres nerveuses. On y remarquait surtout les leçons relatives à la physiologie normale et pathologique de la moelle épinière, des diverses parties de l'isthme de l'encéphale, des hémisphères cérébraux enfin.

Ce livre eut une singulière fortune; d'un côté il appelait sur l'auteur l'attention non seulement des physiologistes et des médecins, mais encore des philosophes, en raison des questions relatives aux fonctions cérébrales supérieures qui y sont traitées; d'un autre côté, il lui valait, en dehors du monde scientifique, une notoriété à laquelle il ne s'attendait guère. On l'accusait de professer une psychologie subversive, et on le menaçait de bien des colères. Par son attitude calme et digne, Vulpian fit taire ces vaines clameurs, et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Sur ces entrefaites, par suite du décès de Jean Cruveilhier, la chaire d'anatomie pathologique devint vacante à la Faculté de médecine de Paris. Vulpian y fut nommé, mais non sans peine; son élection avait rencontré la résistance la plus vive du côté des partisans irréconciliables des anciennes méthodes. Le moment était critique au plus haut point. L'anatomie pathologique macroscopique purement descriptive avait fait son temps; entre les mains de Cruveilhier lui-même, elle avait presque atteint le plus haut degré de perfection possible; mais elle ne suffisait plus. Il fallait maintenant l'œil, armé du microscope, pénétrer jusque dans l'intimité des organes pour étudier, dans toutes les phases de leur évolution, les lésions des éléments anatomiques.

Vulpian, seul parmi les agrégés en médecine du temps, était, cela est incontestable, suffisamment préparé par ses études antérieures pour accepter la responsabilité d'une si lourde tâche. Il réussit pleinement à opérer une réforme urgente et dont l'accomplissement est certainement un de ses plus beaux titres à la reconnaissance du monde médical. Désormais, grâce à lui, nous étions, à la Faculté de médecine de Paris, en possession d'un enseignement véritablement à la hauteur des nécessités de l'époque et capable de lutter contre la concurrence étrangère, voire même de la dominer.

Depuis quelques années, Vulpian faisait partie de l'Académie de médecine, lorsque, en 1872, il obtint, par voie de permutation, d'occuper la chaire de pathologie expérimentale et comparée devenue libre par suite de la retraite de notre éminent confrère Brown-Séquard. C'était pour Vulpian revenir à ses études de prédilection. Non seulement, il trouverait à utiliser là les connaissances très étendues en anatomie comparée, qu'il avait acquises autrefois au Muséum, mais de plus il allait pouvoir plus que jamais établir un rapprochement intime entre les faits que fournit l'expérimentation et ceux que fournit l'observation clinique. L'expérimentation, il ne l'avait jamais abandonnée un seul instant et, pour ce qui est de la clinique, il n'avait pas cessé de s'y perfectionner par la fréquentation assidue de son service d'hôpital.

A cette période de son enseignement, dont la mort vient de marquer le terme, se rapporte la publication de quelques-uns de ses plus importants ouvrages : les *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, faites en 1875, qui ne sont pas uniquement, tant s'en faut, contrairement à ce qu'en dit modestement l'auteur, un ouvrage de critique expérimentale, puisqu'on y trouve, entre autres découvertes, la démonstration de l'action dilatatrice de la corde du tympan sur les vaisseaux de la langue; les *Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses* (1881), contenant de remarquables études relatives au jaborandi, au curare, à la strychnine; enfin le *Traité des maladies du système nerveux*, dont le second volume paraissait il y a quelques mois à peine. C'est dans ce beau livre, que se trouvent consignées et groupées les innombrables observations et les nombreuses découvertes de Vulpian, dans le domaine de la pathologie nerveuse, pendant le séjour qu'il fit à l'hospice de la Salpêtrière d'abord, puis dans divers hôpitaux : la Pitié, la Charité, l'Hôtel-Dieu.

Détermination du siège de la lésion spinale dans la paralysie infantile, premier essai d'une description symptomatique de la maladie dite sclérose en plaques, nosographie de la paralysie agitante, analyse et synthèse des affections systématiques de la moelle épinière, etc., etc. : il suffit de ces indications sommaires pour rappeler la part considérable que Vulpian peut réclamer dans cette grande élaboration qui, de nos jours, a permis d'asseoir définitivement la pathologie cérébro-spinale sur le triple et inébranlable fondement de la clinique, de l'anatomie et de l'expérimentation physiologique.

Si quelqu'un voulait entreprendre de juger Vulpian comme médecin et d'apprécier les services qu'il a rendus à la pathologie médicale, c'est dans le traité des maladies du système nerveux et aussi dans la *Clinique médicale de la Charité*, qu'il lui faudrait surtout puiser les documents. Celui qui, au contraire, voudrait étudier le physiologiste, éprouverait plus d'embarras. Il devrait consulter, en outre des ouvrages cités plus haut, d'innombrables notes, mémoires, publications de tout genre qui figurent dans divers recueils. Ce travail de revision ferait reconnaître immanquablement, que ce qui caractérise surtout la manière de Vulpian, comme physiologiste, c'est l'exactitude absolue, l'arrangement méthodique, une sobriété extrême dans les conclusions. Ses tendances sceptiques à l'égard des théories l'auraient même, prétendent quelques-uns, souvent arrêté sur la voie d'une découverte. Toutes ses publications montrent qu'il était dominé par le désir de rendre justice à tous les auteurs, qui l'avaient précédé dans l'étude d'une question. On ne peut qu'admirer son courage scientifique. Combien de fois ne l'a-t-on pas vu, en effet, aussitôt qu'il avait reconnu l'erreur, détruire sans pitié les constructions qu'il avait pris le plus de peine à édifier.

Trois ans après son entrée dans la chaire de pathologie expérimentale, Vulpian devait atteindre le but vers lequel avaient tendu tous ses efforts; le rêve de toute sa vie se réalisait enfin : l'Institut lui ouvrait ses portes le 22 mai 1876 et lui accordait ainsi la marque de distinction la plus élevée à laquelle un physiologiste et un médecin puissent prétendre. Quel sentiment de légitime

orgueil ne dût-il pas éprouver le jour où, appelé, jeune encore, à recueillir, dans la section de médecine et chirurgie, l'héritage d'Andral, il vint s'asseoir entre Claude Bernard, le grand physiologiste, et Bouillaud, vétéran respectable de la médecine scientifique d'alors.

Oui, c'était bien là la place qu'il avait mérité d'obtenir et ses vœux désormais étaient exaucés.

Il devait cependant éprouver encore une satisfaction bien vive : ce fut lorsque la confiance de l'Académie l'investit des hautes fonctions de secrétaire perpétuel. Cette satisfaction fut la dernière.

Avoir essayé d'indiquer l'évolution générale et les principaux épisodes de cette grande et belle carrière scientifique, ce n'est là qu'une partie de notre tâche. Il nous faut maintenant parler de l'homme, de cette nature d'élite qui consacra pieusement toute sa vie à la recherche de la vérité scientifique.

On peut, d'un mot, caractériser Vulpian, c'était l'homme du devoir. Jamais on ne l'a vu reculer devant une tâche qu'il s'était engagé à remplir. Lorsqu'il sentit ses forces décliner, il résigna le titre si fort envié de médecin de l'Hôtel-Dieu, cinq ans avant la limite d'âge, et, du même coup, il abandonna la pratique civile qu'il menait cependant depuis plusieurs années avec le plus grand succès, à titre de médecin consultant. C'est qu'il voulait employer tout son temps au service de notre Académie, et l'on sait comment, à cet égard, il s'acquittait de son devoir.

Vulpian était plus encore; c'était un grand et bon cœur, un homme de famille, prêt à tout sacrifier pour les siens, un maître adoré de ses élèves, un ami sûr et dévoué; et celui qui a le triste honneur de porter ici la parole ne peut, sans une vive émotion, se remettre en mémoire, comment, dans les nombreuses et ardentes compétitions où ils se sont trouvés mêlés tous les deux, Vulpian s'est toujours montré l'émule loyal, généreux, chevaleresque.

Bien qu'il ait rempli de hautes fonctions administratives, en particulier comme doyen de la Faculté de médecine, je crois bien qu'il n'a rencontré que peu d'ennemis, et encore ces ennemis appartenaient-ils sans doute à cette classe d'hommes malheureux qui ne peuvent rencontrer la supériorité du cœur et de l'esprit sans en éprouver comme un sentiment d'irritation et de dépit. Mais ceux-là, *on les regarde et l'on passe*, comme dit le grand poète des tristesses humaines.

Dans le courant des dernières années, la santé de Vulpian s'était progressivement altérée. La mort inopinée d'un enfant qu'il aimait par-dessus tout, puis celle de la femme dévouée qu'il avait choisie pour compagne vinrent l'ébranler plus encore. Alors, je l'entendis répéter ce que je lui avais entendu dire, il y a de cela trente ans, lorsque, peu de temps après la mort de sa mère qu'il adorait, j'essayais de ranimer son courage un instant abattu : « J'espère, disait-il, me relever par le travail, heureusement que nous avons ce remède-là..... » Oui, le travail, toujours le travail! Tel était bien son refuge suprême. Mais, hélas! cette fois, la lutte était décidément trop inégale. Que de courageux efforts cependant n'a-t-il pas faits pour remonter la pente fatale!

A la Faculté de médecine, nous le voyions chaque année, avec la même ardeur et la même ponctualité qu'aux plus beaux jours, reprendre et poursuivre, aussi longtemps que ses forces le lui permettaient, ses cours toujours si consciencieusement préparés. A l'Institut, il remplissait, avec ce zèle scrupuleux et cette distinction que nous nous plaisions tous à reconnaître, ses difficiles fonctions. On n'a pas oublié le bel éloge de Flourens qu'il prononça dans l'une de nos séances solennelles et qui excita votre admiration. Marquée au coin des qualités littéraires et scientifiques qui lui étaient familières, la construction de cette œuvre remarquable, au milieu de tant d'autres occupations pressantes, dut lui coûter bien des efforts. Récemment enfin, nous avons entendu Vulpian, au sein de l'Académie de médecine, défendre la cause d'un illustre savant avec toute l'ardeur, toute la passion même d'une conviction profonde et aussi toute l'indignation que suscite dans une âme droite le sentiment d'une agression qui ne lui paraît pas justifiée.

C'était trop, l'organisme succombait peu à peu sous ces coups répétés et lorsque, il y a quelques jours, après un de ces trop longs séjours qu'il avait coutume de faire dans son laboratoire, notre ami fut saisi des premières atteintes du mal qui devait nous le ravir, nous ne nous y sommes pas trompés un seul instant. En nous, dès l'origine, s'était développée la douloureuse, l'implacable conviction que nous allions, hélas! assister à un désastre.

Par une triste compensation, Vulpian, pendant toute la durée de sa maladie, ne reconnut pas, même un seul instant, que sa vie était en danger. La souffrance du corps, comme celle de l'esprit, lui ont donc été épargnées. Il faut nous féliciter encore, dans cette épreuve, que la clémence du sort l'ait ainsi soustrait aux amertumes des luttes cruelles et des suprêmes déchirements que la nature nous impose trop souvent.

Maintenant le malheur est consommé et nous pouvons en mesurer l'étendue et la profondeur. Le vide que rien ne saurait combler s'est ouvert. Les regrets, les émotions pénibles ou douloureuses que causent en ce moment chez nous et autour de nous cette perte irréparable, s'éteindront eux aussi, tôt ou tard, car ceux qui les ressentent sont périssables.

Seule durable et seule équitable est la postérité; elle recueillera pieusement le nom du savant et le consacrera par un souvenir glorieux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Flaud, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1887, ont reçu les affectations suivantes :

M. le médecin principal de première classe Dujardin-Beaumetz, désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

MM. les médecins-majors de première classe Senut, pour le 19e d'artillerie; Jourdan, pour l'hôpital militaire de Perpignan; Baudouin, pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fabre, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Zœller, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Sauce, pour le 73e d'infanterie; Petit, pour le 106e d'infanterie; Ferraton, pour l'emploi de surveillant à l'école du Val-de-Grâce; Sieur, pour le 20e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Dicquemare, pour le 120e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Dauphin, pour l'hôpital militaire de Versailles.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 mai 1887, un concours aura lieu le 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— Par arrêtés ministériels, en date du 20 mai 1887, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 novembre 1887, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques;

2° Le 12 décembre 1887, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pharmacie et matière médicale, près l'École de médecine de Besançon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1887 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet; 2° les

épreuves orales seront renouvelées : *a*, du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; *b*, du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

— M. le docteur Bernard (Désiré) est nommé médecin-adjoint du lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Gallerand, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21212

N° 65. — JEUDI 26 MAI 1887. 60e ANNÉE JEUDI 26 MAI 1887. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après la communication de la correspondance et la lecture du discours que M. Mathias-Duval a prononcé aux obsèques de M. Vulpian, la séance a été levée en signe de deuil.

Sur la disposition des vaisseaux lymphatiques de l'utérus à propos de l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

Le débat soulevé entre MM. Sappey et Alphonse Guérin, à l'occasion de la communication de ce dernier sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien, s'est terminé par une sorte de compromis, qui semble donner raison à l'un et à l'autre. La cause du dissentiment, plus apparent que réel, est, d'une part, dans l'extrême difficulté que présente l'étude des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, difficulté telle que M. Sappey a été obligé de renoncer, dans ses recherches, aux utérus gravides ainsi qu'aux utérus parvenus à leur complet développement, pour se borner aux utérus de fœtus ou de petites filles, les seuls sur lesquels les injections réussissent; d'autre part, dans les anomalies fréquentes et les nombreuses variabilités que présente le système lymphatique de ces régions, d'après M. Colin (d'Alfort); enfin, dans les modifications que l'état morbide peut introduire dans les dispositions et l'état des divers éléments de ce système, ce qui a fait dire à M. A. Guérin qu'il en appelait de M. Sappey anatomiste à M. Sappey anatomo-pathologiste.

Voici, au point de vue anatomique, quelle est, d'après M. Sappey, la disposition des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, considérés dans leur ensemble.

Ces vaisseaux sont de deux ordres : les uns naissent de la tunique musculaire de l'organe, les autres de la tunique muqueuse.

Les premiers se divisent en trois groupes secondaires, que l'on peut distinguer, d'après leur origine, en antérieurs, postérieurs et supérieurs. Les premiers partent de toute l'étendue de la face antérieure de l'utérus; ils cheminent d'abord dans l'épaisseur des ligaments larges, puis deviennent postérieurs à ces ligaments et aboutissent presque aussitôt aux ganglions situés dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive; aucun ne se porte en avant. Les seconds, ou postérieurs, se terminent dans les ganglions situés entre cette artère et le rectum. Les derniers ou supérieurs, au nombre de deux seulement, se portent transversalement en dehors, passent au-dessous du bord adhérent de l'ovaire, en s'anastomosant avec les lymphatiques de cet organe, et se coudent ensuite à angle droit, pour aller se terminer dans les ganglions lombaires.

Quant aux vaisseaux qui proviennent de la muqueuse utérine et de la moitié supérieure de la muqueuse du vagin, ils convergent vers un très petit ganglion situé à droite et à gauche du col de l'utérus; les afférents qui en partent vont ensuite se perdre dans les ganglions situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques antérieurs.

Il suit de ce rapide exposé : qu'aucun des vaisseaux émanés de l'utérus ne se porte vers la paroi antérieure de l'excavation du bassin; qu'aucun d'eux, en d'autres termes, ne se termine dans le ganglion sous-pubien. Tous se dirigent, ou bien directement en dehors, ou bien en dehors ou en arrière.

En ce qui concerne le ganglion sous-pubien auquel, d'après MM. Guérin et Le Bec, se rendait, sur la pièce en question, un vaisseau lymphatique partant de l'extrémité inférieure du col de l'utérus, les vaisseaux afférents de ce ganglion émaneraient des muscles adducteurs de la cuisse, ils entreraient dans le bassin par le canal sous-pubien et passeraient, par conséquent, au-dessus de la branche horizontale du pubis; or, les vaisseaux afférents du ganglion qu'on voit sur la pièce de M. Le Bec entrent dans le bassin par le canal crural; ils proviennent des ganglions inguinaux et ils attestent clairement que le renflement ganglionnaire auquel ils se rendent est l'un des ganglions qui se trouvent situés sur le trajet de l'artère et de la veine iliaque externes. Ce prétendu ganglion sous-pubien serait donc, en réalité, un ganglion iliaque externe.

A ces objections à l'interprétation de la préparation de M. Le Bec, tirées de la disposition anatomique normale des vaisseaux lymphatiques utérins et péri-utérins, M. Alph. Guérin a répondu en maintenant l'exactitude du fait constaté sur cette pièce, avant son altération, fait qui a eu également pour témoins M. Tillaux et M. Terrillon, et en rappelant les observations anatomo-pathologiques citées dans son exposition et

qui démontrent l'envahissement du ganglion sous-pubien à la suite du cancer utérin.

Enfin, M. Colin a mis un terme à cette discussion, en déclarant qu'il a pu se convaincre, en préparant des pièces de vaisseaux lymphatiques sur différents animaux, combien les dispositions de ces vaisseaux sont variables, au point, a-t-il dit, qu'il n'aurait pas pu peut-être en rapprocher deux dans lesquelles les dispositions aient été les mêmes. Il se croit autorisé à se demander dès lors, si M. A. Guérin ne se serait pas trouvé en présence d'une anomalie ou d'une disposition normale exagérée, qui aurait pu échapper à l'anatomiste le plus exercé. Il faudrait apporter plusieurs préparations pour voir si la disposition indiquée par M. Guérin est une exception ou si elle est constante dans des conditions pathologiques déterminées.

C'est là le point de la question qui reste à éclaircir.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

De l'ostéomyélite prolongée.

Nous avons, au n° 20 de la salle Saint-André, un enfant de la campagne, âgé de treize ans, qui est atteint d'une affection, non pas rare en soi, mais rare par le genre de localisation qu'elle affecte chez ce malade, c'est-à-dire le pied.

En effet, un premier examen pouvait nous faire croire à une altération osseuse bornée au cinquième métatarsien, tandis que, en réalité, elle s'était étendue au quatrième métatarsien, au cuboïde, à l'astragale, au calcanéum, lesquels avaient disparu. Le pied droit était en léger équinisme valgus, et son extrémité antérieure était tournée un peu en dedans; l'articulation tibio-tarsienne souple, la peau souple également, bonne, normale, le tissu cellulaire sous-cutané non œdématié; d'ailleurs nul gonflement, et des pressions exercées sur le pied n'étaient point douloureuses; en un mot, les téguments et les parties sous-jacentes étaient en bon état, apparent du moins.

Donc, sauf au niveau du cinquième métatarsien, dont la peau qui le recouvrait était rouge, ulcérée, et présentait quatre petites fistules, dont deux surmontées de croûtes brunâtres, au-dessous desquelles on trouvait des bourgeons charnus, saignants, on ne constatait aucune lésion. Le stylet, introduit dans les deux autres trajets fistuleux, donnait la sensation d'un os dénudé, rugueux, et d'un sequestre mobile.

Tout d'abord j'aurais été tenté de croire à une ostéite tuberculeuse, n'eût été l'existence d'un large sequestre mobile, n'eût été aussi le bon état de santé habituelle de cet enfant et l'absence de tous antécédents morbides avant le début de l'affection osseuse, c'est-à-dire jusqu'au 30 septembre 1885.

A cette époque, il avait été pris tout-à-coup d'une douleur très vive le long du bord externe du pied droit, douleur telle qu'il dut se coucher immédiatement. Le lendemain la partie douloureuse était rouge et tuméfiée, le malade souffrait davantage, il avait de la fièvre, des frissons, de l'insomnie. Bientôt un abcès se formait; mais, dès qu'on eut donné issue au pus, tous les phénomènes généraux cessèrent. La suppuration continua par de petites ouvertures fistuleuses; enfin, au mois d'août dernier, deux sequestres furent éliminés. En résumé, il s'agissait donc d'une ostéomyélite du cinquième métatarsien, ostéomyélite prolongée, en ce sens que tous les phénomènes aigus ont disparu depuis quinze mois, et réclamant comme intervention chirurgicale l'ablation de cet os.

L'opération a été pratiquée, mais elle a donné lieu à certaines surprises. En effet, lorsque je suis arrivé sur le foyer du mal, j'ai rencontré d'abord deux longs sequestres au lieu d'un, minces, percés à jour, baignés de pus, au milieu de bourgeons charnus abondants.

De plus, au lieu de trouver une grosse gaine osseuse de nouvelle formation, je n'ai vu que des lamelles minces et irrégulières, si minces même que je n'ai pas cru devoir les respecter, comme je l'aurais fait si elles avaient présenté une certaine épaisseur; je les ai donc enlevées également. Après cette ablation, je croyais mon opération terminée, quand, ayant cherché, par acquit de conscience, à me rendre compte, avec le stylet, de l'état des parties voisines, je l'ai senti s'enfoncer dans le cuboïde, le calcanéum, l'astragale et le quatrième métatarsien. Devant une pareille lésion, à laquelle j'étais loin de m'attendre, car rien ne la dénotait, j'eus recours à la curette tranchante, pour enlever toute la partie spongieuse de ces trois premiers os, qui furent ainsi complètement évidés, tandis que j'enlevais aussi le quatrième métatarsien, laissant seulement, en somme, une coque osseuse très mince. J'ai pu conserver au pied sa forme normale, quoique, en réalité, il soit évidé comme une boule de verre. L'opération sera-t-elle suffisante? Je l'espère, bien qu'à un moment donné je me sois demandé, en raison de l'étendue des lésions, s'il ne conviendrait pas mieux d'enlever tout le pied, d'en faire l'amputation au tiers inférieur de la jambe. Mais le sujet est jeune, il est dans un âge (treize ans) où les phénomènes d'ostéogenèse sont très actifs; de plus, l'intégrité parfaite du périoste permet d'espérer la rénovation des os.

Déjà, en 1879, j'ai eu l'occasion de soigner, dans cet hôpital, un enfant du même âge, pour une destruction totale de la moitié supérieure de l'humérus; une mince pellicule osseuse enchassait l'os ancien; j'enlevai un très long sequestre et dus évider complètement la tête de l'humérus. La pellicule restante mesurait seulement 1 millimètre d'épaisseur. Néanmoins la réparation se fit complète en un temps relativement court.

C'est là un fait qui nous permet d'espérer, chez notre nouveau malade, une régénération complète également.

Cette observation mérite maintenant quelques réflexions, car elle est intéressante à plus d'un titre. Tout d'abord elle est un exemple curieux de cette affection à laquelle M. Lannelongue a donné le nom d'ostéomyélite prolongée. Or, si nous n'avions pas su exactement le passé de notre malade, nous n'aurions pas reconnu ses lésions pour les vestiges d'un ancien orage, nous aurions cherché et admis une origine tuberculeuse, sinon même quelque syphilis héréditaire, sans arriver néanmoins à pouvoir formuler un diagnostic précis. Sachant, au contraire, que l'ostéomyélite peut donner lieu à des accidents semblables à ceux que renfermait l'histoire de cet enfant, le diagnostic ne pouvait errer. C'est ainsi que le travail de M. Lannelongue a rendu un véritable service à la pathologie externe.

Un second point intéressant dans l'observation que nous avons rapportée, c'est la localisation du mal dans le cinquième métatarsien, localisation fort rare, qui m'a fait hésiter tout d'abord sur le diagnostic. On sait que l'ostéomyélite est une affection des os longs et non pas des os courts. Dans un second mémoire de MM. Lannelongue et Comby, sur

78 observations, je n'en ai pas trouvé une seule qui ait rapport aux métatarsiens; les autres auteurs, Ollier, Gerdy, etc., n'en parlent pas non plus, ce qui ne veut pas dire qu'il n'en ait pas existé de cas, d'autant plus, il faut bien le dire, que la plupart des panaris profonds des adolescents ne sont pas autre chose que des ostéomyélites.

Un troisième point est la grande étendue des lésions, en contradiction avec l'apparence d'une localisation restreinte au cinquième métatarsien. Ce fait n'est pas absolument rare, et, dans un certain nombre de cas, on a constaté des lésions considérables qu'un examen, attentif cependant, n'aurait pas pu faire supposer.

En 1880, alors que je remplaçais M. Verneuil dans son service, je fus à même de voir un jeune garçon porteur d'une petite fistule au niveau de la malléole interne. Or, deux ans auparavant, cet enfant avait eu une ostéomyélite pour laquelle on avait parlé de faire l'amputation de la jambe; mais, au bout de quelque temps, les phénomènes généraux avaient cédé. Lorsque je le vis pour la première fois, je proposai de pratiquer l'évidement de l'os, la lésion osseuse me paraissant très limitée. Je procédai donc à l'opération, et quelle ne fut pas ma surprise de voir que, d'une part, le tibia était atteint dans toute la moitié inférieure, et que, d'autre part, le péroné était envahi dans toute son étendue, si bien que je dus l'extirper en entier. Au bout de cinq mois, le malade était complètement guéri, avec un raccourcissement de 5 centimètres seulement.

J'ai vu un autre cas, où les lésions étaient plus étendues encore que chez mon malade d'aujourd'hui, mais là on constatait des lésions extérieures qui permettaient de reconnaître jusqu'à quel point les os étaient envahis. Il s'agissait d'un enfant de huit ans et demi, chez lequel le tibia, le péroné, l'articulation tibio-tarsienne, le calcanéum et l'astragale étaient atteints; mais chez lui le membre malade, augmenté de volume, mesurait 34 centimètres de circonférence, tandis que le membre sain mesurait seulement 24 centimètres, et de nombreuses fistules osseuses avaient rendu le diagnostic facile.

Enfin j'ajouterai que la nature même des lésions osseuses de l'ostéomyélite prolongée n'a pas encore été décrite; on a bien dit que l'on rencontrait, comme dans le cinquième métatarsien, des fongosités, des os nécrosés, des sequestres, du pus, etc.; mais les lésions des os spongieux tels que l'astragale, le cuboïde, le calcanéum, n'ont pas été décrites. Ces os sont vermoulus, ils présentent une carie spéciale, un ramollissement du tissu osseux, avec élargissement des aréoles, une sorte d'ostéite raréfiante avec moelle gélatineuse et graisseuse, des lambeaux souples, élastiques, des trabécules osseuses décalcifiées. Ce n'est pas la carie ordinaire avec sa friabilité habituelle, mais une altération spéciale des os, dont l'histologie n'est pas encore faite.

PHTHISIE PULMONAIRE ET ATMOSPHÈRE SULFUREUSE (1).

Par M. le docteur Ed. Sollaud,
Médecin de première classe de la marine.

I

Parmi les précautions hygiéniques de toute nature que prend constamment l'autorité maritime supérieure pour soustraire, dans la mesure du possible, les 2500 hommes (effectif moyen annuel) du 1er régiment d'infanterie de marine, à la fièvre typhoïde, qui sévit d'une façon endémo-épidémique à Cherbourg, il en est une à laquelle on apporte un soin tout particulier et en quelque sorte méticuleux. Je veux parler de l'assainissement annuel des deux casernes de l'enceinte fortifiée, connues sous les noms de casernes 1 et 2. Ces casernes, plus anciennes, plus grandes, plus peuplées et, par suite, plus susceptibles d'être contaminées que les autres, sont soumises, chaque année, à la fin du printemps ou en été, à une série multiple d'opérations qui ont été fixées comme suit par le conseil de santé du port :

I. Lavage des parquets et des boiseries à la solution chaude de potasse.

II. Fumigations sulfureuses des chambres et sous-sols.

III. Badigeonnage des escaliers, murs, couloirs, à la chaux chlorurée.

IV. Enfin lavage général à la solution de chlorure de zinc.

De ces diverses opérations, nous ne retiendrons que la deuxième, qui nous intéresse plus particulièrement ici.

Les fumigations sulfureuses se pratiquent de la façon suivante : On commence par fermer, aussi hermétiquement que possible, dans chaque portion ou tranche de bâtiment à assainir, toutes les fenêtres et l'une des portes extérieures, en ayant soin d'empêcher le renouvellement de l'air au moyen de bandes de papier collées sur les moindres interstices. On place ensuite, dans chaque chambre, un foyer constitué par des plaques de tôle, qui reposent sur une couche épaisse de sable, pour empêcher le contact avec le plancher et éviter de le brûler. Sur ces foyers improvisés, on dépose la quantité de fleur de soufre suffisante pour saturer l'air de la chambre, 40 ou 50 grammes environ par mètre cube, soit une moyenne, par chambre, de 22 à 25 kilogrammes de soufre, préalablement humidifiés avec une petite quantité d'alcool. Les différents foyers sont réunis ensuite les uns aux autres par une série de mèches imprégnées d'essence; on met le feu à l'extrémité de l'une d'elles, et les ouvriers se retirent rapidement en fermant la porte derrière eux et en calfeutrant aussitôt tous ses joints avec du papier. Bien que la combustion soit, en général, terminée au bout des dix à douze premières heures, on attend une journée complète avant de rouvrir les locaux, de façon à permettre aux vapeurs sulfureuses d'en bien imprégner les moindres recoins.

Les bandes de papier enlevées et l'une des portes extérieures ouverte, un adjudant et un sergent (le sergent F..., qui fait l'objet de la première observation), spécialement chargés de ce service, pénétraient dans le compartiment fumigé, ouvraient au grand large, pour faire courant d'air, la porte opposée, ainsi que toutes les fenêtres, dans chaque chambre. Malgré cette précaution, l'intensité des vapeurs sulfureuses était, en général, telle qu'il était nécessaire de laisser s'écouler encore vingt-quatre nouvelles heures avant d'autoriser les ouvriers à rentrer et à commencer les opérations ultérieures. Ces vapeurs persistaient en outre, dans les divers locaux, pendant un assez long espace de

---

(1) Nous recevons de notre distingué confrère de la marine l'intéressante relation qu'il vient de publier dans les *Archives de médecine navale*, et que M. Jules Rochard a présentée, sous un autre titre, le 8 mars dernier, à l'Académie.

Comme il importe de juger cette grave question, nous invitons nos confrères à étudier ce que l'on peut espérer de tentatives semblables à celles de M. Sollaud.

temps; ainsi, il m'est arrivé fréquemment de pénétrer dans des chambres fumigées depuis déjà cinq, six et même sept jours, et d'être encore désagréablement impressionné par l'odeur spéciale à l'acide sulfureux.

Or, les casernes 1 et 2 ayant chacune près de 120 mètres de longueur sur 20 à 22 mètres de largeur et quatre étages, non compris les combles du quartier 1, soit neuf étages en tout, on comprend aisément que, malgré la précaution de fumiger le quart environ d'un étage à chaque opération, la durée totale de l'assainissement ait exigé un certain temps. Et de fait, ce travail, commencé à la fin d'avril, n'était terminé que dans les premiers jours d'août, avec une interruption de trois semaines, pendant l'inspection générale. En défalquant les dimanches, c'est donc un total de près de soixante-dix jours, à raison de neuf heures par jour, que, officiers et sous-officiers chargés de la surveillance et ouvriers de toute spécialité, employés à ces travaux, ont passé dans un milieu saturé des vapeurs provenant de la combustion de plus de 3000 kilogrammes de fleur de soufre.

Observation I. — Phthisie pulmonaire ulcéreuse remontant à treize mois — neuf semaines de séjour dans l'atmosphère sulfureuse — guérison.

F... (Léon), âgé de vingt-six ans, est sergent au 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg. Engagé volontaire en 1880, il est, deux ans plus tard, désigné pour aller servir à la portion secondaire du régiment, à la Martinique.

Rengagé en avril 1885, après un examen minutieux du médecin aide-major, F..., qui s'était toujours admirablement porté, soit chez lui, soit au régiment, est pris brusquement, moins de deux mois après (juin), au camp de Balata et à la suite d'un refroidissement prolongé, d'une hémoptysie abondante (trois verres de sang environ). Ce premier symptôme, affirmant à la fois et le début et la nature de la maladie, nécessita son entrée d'urgence à l'hôpital de Fort-de-France.

Comme antécédents héréditaires, nous trouvons une famille composée de la mère, de deux sœurs, dont l'aînée mariée avec enfants, et d'un frère, tous bien portants et n'ayant jamais eu de maladies graves antérieures. Toutefois, au dire de notre sous-officier, le père aurait succombé, il y a quelques années, aux suites d'une affection de poitrine de longue durée, et non sans avoir, dans les premiers temps de sa maladie, craché du sang en assez grande quantité.

Quoi qu'il en soit, de juin à octobre 1885, F... passe, en deux fois, près de soixante-dix jours à l'hôpital. A l'accident initial ont succédé des hémoptysies moins abondantes et une toux, d'abord sèche, puis suivie, peu après, d'une expectoration de crachats muqueux, striés de sang ou sanguinolents. La toux se montrait de préférence le soir ou la nuit et s'accompagnait d'une dyspnée très pénible et de douleurs vagues entre les deux épaules. Citons encore, comme symptômes caractéristiques à cette époque : des troubles digestifs, tels que diminution de l'appétit et diarrhée, une perte graduelle des forces et un amaigrissement progressif, de l'essoufflement au moindre effort, des sueurs nocturnes et enfin un léger mouvement fébrile vespéral.

Dans les premiers jours d'octobre, F.... qui d'ailleurs avait terminé ses trente-six mois de séjour réglementaire aux colonies, rentre en France avec un certificat du conseil de santé de Fort-de-France, portant comme diagnostic : bronchite chronique spécifique et anémie coloniale.

Débarqué à Saint-Nazaire, notre malade rallie la portion centrale de son régiment, et c'est alors que j'ai occasion de l'examiner pour la première fois.

Inspection. — Sujet de taille au-dessus de la moyenne, barbe et cheveux châtain clair, teinte coloniale cachectique accentuée, facies anxieux, respiration courte et fréquente, amaigrissement général qu'indiquent le relâchement et la flaccidité de la peau des membres supérieurs et inférieurs. Malgré cet amaigrissement, F... paraît encore relativement vigoureux, et, à part les dépressions thoraciques naturelles, qui sont un peu exagérées, la poitrine ne présente aucun indice particulier de débilité constitutionnelle. Pas de cicatrices anciennes ou récentes, pas de conjonctivites, blépharites, engorgements ganglionnaires, rien, en un mot, qui décèle un tempérament scrofuleux.

Palpation. — Exagération des vibrations vocales au sommet des deux poumons : insensible en avant et à gauche, légère en arrière du même côté, cette exagération est plus prononcée à droite, dans la fosse sous-claviculaire et surtout dans les fosses sus et sous-épineuses.

Percussion. — Diminution de la sonorité thoracique en avant et submatité en arrière et à gauche. — Matité complète au sommet du poumon droit.

Auscultation. — A gauche, diminution du murmure vésiculaire en avant; en outre, expiration forte et prolongée en arrière. A droite, râles sous-crépitants fins et secs, exagération du retentissement vocal et souffle tubaire, en avant; râles sous-crépitants à grosses bulles ou craquements humides et bronchophonie en arrière.

Le cœur ne présente rien de particulier; aucun bruit anomal, aucune modification des bruits normaux.

Peu après son arrivée, F... était présenté au Conseil de santé qui, vu la gravité de son état, lui accordait un congé de trois mois à passer à la salle des convalescents du 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon.

Pendant la durée de son séjour dans le midi (novembre 1885, février 1886), F... dont la santé, loin de s'améliorer, n'avait fait qu'empirer, eut encore, dans les premières semaines entre autres, trois ou quatre hémoptysies qui l'affaiblirent beaucoup.

Les symptômes observés lors de son retour à Cherbourg sont les suivants : amaigrissement plus prononcé, continuation des sueurs nocturnes et de la diarrhée, inappétence, fièvre subcontinue, dyspnée, douleurs persistantes entre les épaules ou au voisinage de la fosse sus-épineuse droite, toux fréquente et grasse, expectoration de crachats opaques de forme nummulaire, augmentation de la matité en arrière et à gauche, râles crépitants, fins et secs au même niveau, craquements humides en avant et à droite et enfin souffle caverneux, gargouillement et retentissement métallique de la voix en arrière, du même côté.

Cédant aux instances du malade qui paraissait convaincu qu'un nouveau séjour à Toulon, dans la belle saison, lui serait plus favorable, je le présente au Conseil de santé pour un nouveau congé de trois mois. Mais, après examen, et en présence des lésions constatées, le Conseil fut d'avis qu'il y avait tout intérêt pour F... à entrer d'urgence à l'hôpital pour s'y faire soigner et qu'on lui accorderait un nouveau congé aussitôt qu'il serait rétabli.

Huit jours après, le médecin traitant, M. le docteur Cazes, frappé de l'état général de ce sous-officier non moins que des résultats de l'examen stéthoscopique de la poitrine, m'informait qu'il y avait lieu de le présenter devant la commission spéciale de réforme. Celle-ci, malgré la constatation, par les médecins, des lésions pulmonaires, conclut qu'il était préférable, pour le moment du moins, de surseoir à toute décision et d'ajourner le malade à trois mois, pour ce double motif qu'il était en traitement depuis trop peu de temps et qu'une observation attentive et prolongée était d'autant plus nécessaire qu'il avait droit, en sa qualité de sous-officier rengagé, si la réforme était prononcée, au remboursement d'une somme d'argent assez considérable.

Après avoir passé sept semaines à l'hôpital, pendant lesquelles il suivit un traitement réparateur énergique (viande crue, chlorhydro-phosphate de chaux, huile de foie de morue et quinquina), F..., dont l'état de santé s'était un peu amélioré et qui d'ailleurs n'avait aucun désir d'être réformé, demanda son exeat et revint à la caserne.

Je le garde encore, pendant une vingtaine de jours (mars, avril), à l'infirmerie régimentaire avec autorisation de sortir et de se promener lorsque le temps le permettra.

Les hémoptysies, qui avaient reparu peu de temps après son

entrée à l'hôpital, ne se sont pas reproduites : la diarrhée a un peu diminué, tandis que l'appétit augmente; la fièvre vespérale devient irrégulière, de moins longue durée; l'amaigrissement, qui n'avait cessé de faire des progrès depuis le début de la maladie, semble s'arrêter; les forces reviennent peu à peu et bientôt même le poids du malade augmente insensiblement (poids du corps à la sortie de l'hôpital, 59 kilogrammes; à la sortie de l'infirmerie, 59 kilos 500 grammes). Les symptômes persistants sont : la douleur, toujours localisée en haut et en arrière de l'hémithorax droit, des sueurs profuses pendant la nuit, une toux quinteuse, grasse et fréquente, et enfin une expectoration abondante de crachats à forme nummulaire, visqueux et fétides, suivis parfois de vomissements alimentaires ou bilieux.

Ces crachats, examinés pour la première fois au microscope par le procédé d'Ehrlich, révèlent la présence d'un très grand nombre de bacilles tuberculeux de Koch.

Le périmètre thoracique est de 79 centimètres.

Les signes physiques, légèrement amendés à gauche (respiration normale en avant, rude avec expiration prolongée et quelques râles sous-crépitants fins en arrière), demeurent absolument stationnaires au sommet du poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière.

Cette amélioration, si légère qu'elle fût, décida le sergent F..., qui d'ailleurs s'ennuyait à l'infirmerie, à reprendre son service. Je lui accordai donc, vers le milieu d'avril et quoique à contre-cœur, l'autorisation qu'il demandait, en lui recommandant bien d'éviter les corvées un peu pénibles et surtout de venir, à la moindre alerte, se présenter à la visite médicale.

Quelques jours après, soit hasard, soit qu'on voulût lui confier un poste tranquille, que l'on croyait peu fatigant, F... était désigné pour surveiller, sous les ordres d'un sous-lieutenant et d'un adjudant, les trente ou quarante soldats employés comme ouvriers aux travaux manuels d'assainissement des casernes 1 et 2, dont nous avons déjà parlé.

Tout d'abord, le sergent, qu'on avait, ainsi que je l'ai dit, chargé de l'ouverture des portes et des fenêtres dans les compartiments récemment fumigés, se plaignit de l'action suffocante de l'acide sulfureux. L'oppression était plus forte, la toux déchirante s'accompagnait d'une sensation de chaleur âcre dans toute l'arrière-gorge et au niveau des grosses bronches, l'expectoration enfin était plus douloureuse et plus abondante que jamais. Je l'engageai néanmoins à continuer, s'il le pouvait, ce service spécial, l'assurant qu'avant peu, et à la suite de l'absorption continue des vapeurs sulfureuses mélangées à l'air, son état de santé s'améliorerait sans aucun doute, et j'ajoutai que ce nouveau mode de traitement remplacerait pour lui une saison à Amélie-les-Bains, où j'avais songé, plusieurs fois déjà, à le faire envoyer. J'avoue que je ne pensais pas être un aussi bon prophète, car les résultats obtenus eurent bientôt dépassé de beaucoup les espérances que je pouvais concevoir. Peu après, en effet, par suite de l'accoutumance, F... pénétrait, sans être incommodé, dans les milieux à acide sulfureux les plus denses et ne tardait pas à ressentir les bienfaits exercés par l'atmosphère sulfureuse ambiante sur son appareil respiratoire.

Dès les premiers jours de juin, c'est-à-dire moins de six semaines après le commencement des fumigations, je constatais l'amélioration suivante : les douleurs thoraciques ont diminué d'intensité; les quintes de toux, si pénibles jadis, ont presque entièrement disparu. Les crachats ont perdu leur homogénéité et, de massifs et gluants qu'ils étaient, sont devenus blanchâtres, aérés, ils se détachent aisément et ne provoquent plus de vomissements. Le nombre des bacilles a diminué dans de notables proportions. La diarrhée et la fièvre vespérale ont également cessé; enfin, le malade respire plus librement, mange de bon appétit et se rend compte que ses forces augmentent tous les jours (poids 63 kilogrammes). Les sueurs nocturnes, bien que toujours persistantes, sont moins profuses et moins pénibles.

L'examen du thorax révèle les signes suivants :

Percussion. — Résonance thoracique normale dans tout le côté gauche de la poitrine : diminution légère de cette résonance en avant et à droite dans la fosse sous-claviculaire, moitié dans la fosse sus-épineuse.

Auscultation. — Respiration un peu soufflante à gauche et en arrière, expiration prolongée à droite et en avant, râles crépitants fins et secs et souffle tubaire en arrière et du même côté.

ANESTHÉSIE LOCALE

PAR UNE INJECTION HYPODERMIQUE DE CHLORHYDRATE DE COCAINE DANS L'OPÉRATION DE LA FISTULE A L'ANUS.

Par M. le docteur HAMON DU FOUGERAY (du Mans).

Depuis 1884, l'emploi de la cocaïne s'est répandu en se perfectionnant. D'abord, on ne s'en servait qu'en badigeonnage sur les muqueuses, puis, après les expériences de M. Grasset (Académie des sciences, 20 décembre 1884), divers médecins l'ont employée en injections hypodermiques qui donnent lieu à une zone d'anesthésie suffisante pour les petites opérations. (Dujardin-Beaumetz, Société de thérapeutique, 11 mars 1885. — Abadie, *Gazette des hôpitaux*, 2 février 1886, etc.)

On l'a même associée à la morphine pour des opérations plus sérieuses, par exemple : l'ablation d'une tumeur du sein. (Observation de M. Gendron, présentée à la Société de chirurgie par M. le professeur Trélat, séance du 11 novembre 1885.)

Son emploi en injections sous-cutanées n'est donc pas une nouveauté. Cependant je me permettrai de présenter l'observation suivante :

M. X..., trente-huit ans, tempérament herpétique, depuis plus de dix ans porteur d'hémorrhoïdes saignant régulièrement chaque mois.

Ces hémorrhoïdes sont internes et ont présenté des symptômes inflammatoires il y a cinq ans. Depuis trois ans, M. X... s'est aperçu que son linge était maculé de taches gommées, malgré des soins de propreté extrêmes. Il y a deux mois, subitement, la région anale est devenue douloureuse : abcès sur la marge de l'anus, à droite et en haut.

Appelé auprès du malade après l'ouverture spontanée de l'abcès au dehors, je constate de plus que, sur la ligne médiane, il existe une fistule complète s'ouvrant dans le rectum, à 2 centimètres au-dessus de l'anus.

L'abcès est superficiel et guérit sans laisser de traces.

La fistule, entourée de quelques callosités, ne présente qu'un seul trajet. Son origine doit remonter à plusieurs années.

L'opération est décidée.

J'injecte une seringue de Pravaz entière d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 dans les tissus que je dois sectionner.

La section est commencée avec le galvano-cautère, puis, le fil de platine s'étant rompu, j'achève la section avec le bistouri sur une sonde cannelée.

M. X..., pendant ce temps, n'a ressenti aucune douleur. Le coup de bistouri lui a semblé analogue à un coup de ciseaux coupant une peau morte.

Pansement à l'iodoforme; guérison en vingt-cinq jours. Pendant cette période, aucun phénomène douloureux ni fébrile.

La dose de cocaïne injectée a été sensiblement plus forte que celle généralement indiquée : 10 centigrammes au lieu de 1 à 2 centigrammes; cependant je n'ai eu aucun accident. L'anesthésie a été aussi complète que possible, et, grâce au pansement antiseptique, la guérison des plus rapides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend des lettres de M. le ministre du commerce, transmettant :

1° Des comptes rendus des épidémies qui ont sévi au cours de l'année 1886 dans un grand nombre de départements;

2° Les comptes des vaccinations pratiquées au cours de la même année;

3° Des demandes relatives à l'autorisation d'exploiter diverses sources minérales;

4° Les rapports généraux adressés par les médecins inspecteurs des eaux minérales, pour l'année 1885.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur l'épidémie de variole qui a régné à Toulon pendant l'année 1886, par M. le docteur Cougis (Comm. de vaccine);

2° Deux lettres de candidature : l'une de M. le docteur Motet, l'autre de M. le docteur Riant, pour la section d'hygiène et de médecine légale (section d'hygiène).

3° Une lettre de M. le docteur Liétard (de Plombières), qui se porte candidat au titre de correspondant (Comm. de correspondance);

4° Une lettre de M. le docteur Maurice Röll, remerciant l'Académie de sa nomination au titre de correspondant étranger;

5° Des plis cachetés déposés par MM. Poulet (de Plancher-les-Mines), Diday et Doyon (de Lyon).

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la grande perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Vulpian, et invite M. Mathias-Duval à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de cet éminent collègue.

La lecture du discours de M. Mathias-Duval est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

M. LE PRÉSIDENT, conformément à la décision prise en Conseil, lève la séance publique en signe de deuil.

L'Académie se constitue immédiatement en comité secret pour entendre des rapports de candidature.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

212. M. COHEN. Orteil en marteau; nouveaux traitements. — 213. M. CHRISTESCO. Contribution à l'étude thérapeutique du lupus de la face. — 214. M. BACHELIER. La scolopendre et sa piqûre; accidents qu'elle détermine chez l'homme. — 215. M. BOUFFARÉ. Contribution à l'étude du pneumothorax de cause interne; son pronostic. — 216. M. MOREL. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte; quelques observations de formes normales. — 217. M. PERLIS. De la pyophymie consécutive à la pneumonie franche. — 218. M. GAIGNARD. La solanine; études physiologique et thérapeutique. — 219. M. PIGNOL. Signes stéthoscopiques. — 220. M. SAMSON. De quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris sera fermée lundi prochain, 30 mai 1887, à l'occasion des fêtes de la Pentecôte.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie, s'est terminé avant-hier soir, lundi 23 mai 1887. Les questions données pour les deux dernières épreuves avaient été : *a.* pour l'épreuve orale : l'artère sous-clavière; *b.* pour l'épreuve de dissection : le nerf crural et le nerf obturateur à la cuisse.

Les candidats nommés sont, par ordre de mérite : 1° aides d'anatomie titulaires : MM. Jonesco, Chevalier, Riefel, Lequeux, Regnauld et Rollin; 2° aides d'anatomie provisoires : MM. Vallat, Reboul et Dumaret.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira, le lundi 27 juin 1887, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinicat chirurgical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat des maladies du système nerveux, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 20 juin prochain. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Les candidats auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont seuls admis à concourir : 1° pour le clinicat médical et pour le clinicat du système nerveux, tous les docteurs en médecine qui n'ont *pas plus de trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours; 2° pour le clinicat chirurgical, tous les docteurs en médecine qui n'ont *pas plus de trente-huit ans*, également au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 mai 1887, un concours aura lieu le 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— M. Péry, bibliothécaire universitaire de Bordeaux (section de médecine et de pharmacie), est promu à la seconde classe.

— M. le docteur Alliez est nommé médecin-adjoint du lycée de Nice, en remplacement de M. le docteur Huillet, appelé à d'autres fonctions.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Henri Issartier, sénateur de la Gironde, décédé le 23 mai 1887, à l'âge de soixante et onze ans.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste de géologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 29 mai 1887, à Creil, Fleurine et Pont-Sainte-Maxence.

Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures dix minutes du matin, le train pour Creil. On sera rentré à Paris vers cinq heures.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la compagnie des chemins de fer du Nord, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place, avant samedi soir, à quatre heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, de lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne):

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19 rue des Saints-Pères. — 21212

21

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si remarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.

Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le RECTUM comme par la bouche.

En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*

VIN DE PEPTONE CATILLON

très utile à tous les malades affaiblis. — 30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.

Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

60

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

16

EAUX-BONNES

(BASSES-PYRÉNÉES)

STATION THERMALE DE PREMIER ORDRE

Chemins de fer d'Orléans et du Midi.

Trains directs et express sans changer de wagon de Paris à Laruns-Eaux-Bonnes.

Eaux thermales sulfurées sodiques et calciques universellement réputées.

Traitement spécial des voies respiratoires : *Bronchites, angines, catarrhes, pharyngites, laryngites.*

Cure préventive des maladies de poitrine.

Grand Casino, spectacles et concerts publics tous les jours, excellent orchestre, centre important d'excursions aux Pyrénées. — Belles promenades.

Vastes et beaux hôtels des plus confortables à prix modérés, maisons meublées. Altitude 750 mètres. — Climat tempéré. Sites incomparables.

12

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.* »

« Professeur BOUCHARDAT. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 1 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison . FRERE, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

21

E SACCHAROLÉ DE QUINQUINA

CHARLARD-VIGIER

Renferme les **principes actifs** et tous les alcaloïdes. Remplace les autres préparations de kina. Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

41

ANALYSE DE MAI DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mai a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.034
	gr.	
Beurre par litre	52.700	
Albumine	8.200	
Caséine	33.800	
Sucre de lait	55.000	
Sels	7.600	
Total des matières fixes	157.300	157.300
Eau		876.700

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.620
Acide sulfurique	0.200
Chaux	1.810
Magnésie	0.600
Potasse	2.010
Soude	0.130
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.200
Total	7.600

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

24

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B.BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

148

LES CAPSULES DE ROUSSEAU

AU VALERIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris

52

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

42

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

79

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « **au Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du **Dr Clin** renferme 0,20 | Bromure de
Chaque Dragée du **Dr Clin** renferme 0,10 | Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

34

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

86

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA**. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature. *A. Roy*

19

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

69

CATAPLASME HAMILTON

Ce **Cataplasme instantané**, représentant les principes mucilagineux concentrés de la graine de lin, se prépare instantanément par simple immersion dans l'eau; *il a de plus l'avantage d'être très léger et de ne jamais rancir.*

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

12

FER DE QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant*, il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.

Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.

NOMBREUSES IMITATIONS IMPURES :

Le *Vrai Fer de Quevenne* est **gris-ardoisé**; le fer des *imitations* est **noir.**

Formuler :

Le *Vrai Fer de Quevenne.* *Quevenne*

PhieE. Genevoix, 14, r. B. Arts

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Rôle du foie dans les auto-intoxications.

Par M. le docteur G.-H. Roger,
Ancien interne des hôpitaux; Préparateur du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine.

I

Les diverses substances alimentaires, après avoir subi l'action des liquides gastro-intestinaux, ne sont pas encore propres aux échanges nutritifs. Comme le dit Cl. Bernard (*Phénomènes de la vie*, t. II p. 370), « leur évolution n'est pas terminée, le premier acte seul est accompli : les transformations se poursuivent et se continuent encore. Il peut s'écouler bien du temps, se produire bien des modifications entre le moment où une matière alibile est absorbée et celui où elle sert à la nutrition de l'élément anatomique. Le foie joue un rôle important, dans ces phénomènes de seconde digestion, dans ces modifications intestines qui ne subissent pas d'interruption tant que l'élément venu du dehors n'a pas pris sa place dans l'édifice organique. »

Essayant ensuite de définir ce rôle du foie, Cl. Bernard nous montre que cet organe retient le sucre, et le transforme en glycogène; il nous donne ensuite une démonstration analogue pour l'albumine de l'œuf. Dans les deux cas, l'expérience est faite de la même manière : une certaine dose de sucre ou d'albumine, injectée dans une veine périphérique, passe dans l'urine ; la même substance, introduite par un rameau du système porte, ne se retrouve pas dans la sécrétion urinaire, ce qui prouve qu'elle a été retenue et transformée par le foie.

En employant cette même méthode, on peut constater que le foie agit sur bien d'autres substances. C'est ainsi qu'en 1877, Schiff annonça que le foie est capable de retenir et de transformer divers poisons végétaux et notamment la nicotine : une dose, mortelle quand on l'injecte par une veine périphérique, reste sans effet quand on l'introduit par la veine porte. Ce résultat, déjà entrevu par M. Héger, dès 1873, a été confirmé depuis par les travaux de Lautenbach, de Héger, de Jacques.

Pourtant ces faits ne fixèrent guère l'attention, et c'est en vain qu'on en cherche une mention dans nos livres classiques de physiologie. Seul M. Beaunis signale cette action du foie sur les alcaloïdes, mais il s'empresse d'ajouter qu'un de ses élèves, M. René, répétant avec la nicotine les expériences de Schiff, n'a obtenu que des résultats négatifs.

M. René (*Thèse de Nancy*, 1877) semble, au premier abord, avoir employé la même méthode que Cl. Bernard et que Schiff ; comme ces auteurs, il a fait des injections comparatives par la veine jugulaire et la veine porte; il n'a remarqué aucune différence dans les doses mortelles. A quoi tiennent ces résultats si discordants, alors que les conditions expérimentales semblent identiques? En reprenant cette question nous avons vu que les divergences s'expliquent, par la différence d'action du foie, suivant le titre de la solution injectée. Si l'on emploie une solution concentrée de nicotine, le résultat est celui indiqué par M. René : le foie n'exerce aucune action. Son influence, au contraire, apparaît manifestement quand on injecte une solution étendue. Nous avons cru devoir insister sur ces faits, car ces remarques s'appliquent au récent article de MM. Pinet et Bonnat (*Bulletin médical*, p. 377). Ce ne sont pas là du reste des résultats isolés : Cl. Bernard avait vu depuis longtemps que la glycose se comporte de même; cette substance, sur laquelle l'action du foie n'est plus à démontrer, n'est pas transformée par cet organe, quand on injecte dans la veine porte une solution concentrée.

Pour en revenir aux alcaloïdes végétaux, nous croyons qu'il est bien établi aujourd'hui, d'après les expériences que nous avons citées et celles que nous avons faites (Roger, *Action du foie sur les poisons*, Paris, Steinheil, 1887), que le foie arrête la moitié environ des alcaloïdes qui le traversent, strychnine, quinine, vératrine, atropine, hyoscyanine, morphine, etc. L'arrêt de la morphine, par le foie, ne nous explique-t-il pas la différence d'action de cette substance, suivant qu'on l'introduit par le tube digestif ou par la voie sous-cutanée? Le fait est encore plus frappant pour le curare : ce poison, si terrible quand on l'injecte sous la peau, reste sans effet quand on le fait ingérer par l'estomac : on explique la différence par la non-absorption au niveau du tube digestif : cette explication est peut-être vraie, mais nous ne croyons pas qu'elle soit suffisante : car, nous avons constaté que le foie modifie la toxicité du curare : pour tuer un kilogramme d'animal, il faut introduire, par le système porte, une dose triple de celle qui est mortelle, quand on injecte le poison dans le système veineux périphérique.

II

Les faits que nous avons étudiés jusqu'ici semblent intéresser seulement la physiologie expérimentale et la thérapeutique. L'action du foie sur les poisons nous apparaît comme une fonction intermittente, en quelque sorte exceptionnelle, n'ayant occasion de s'exercer que dans des circonstances rares; on comprend même qu'elle puisse rester latente, pendant toute la vie d'un individu. Nous allons tâcher de démontrer maintenant que cette conception est trop étroite et n'est pas conforme à la réalité. Si, en effet, le foie n'est appelé à modifier la toxicité des alcaloïdes végétaux, que dans quelques circonstances anomales, la fonction protectrice s'exerce constamment et normalement sur les poisons qui sont continuellement introduits ou formés dans l'organisme. L'existence de ces poisons, soupçonnée depuis longtemps, n'est entrée dans le domaine des réalités scientifiques que depuis les recherches de M. le professeur Bouchard. Les travaux de cet expérimentateur sont tellement connus, que nous avons à peine besoin de rappeler comment il a pu établir que, « même à l'état normal, l'organisme vivant est un laboratoire et un réceptacle de poisons ».

Toute manifestation vitale a pour conséquence nécessaire une destruction organique, une désorganisation : les produits de cette désorganisation, rejetés par les cellules dans le milieu où elles baignent, vicient la constitution du milieu et finissent par le rendre impropre au maintien de la vie.

L'exemple est frappant pour les êtres inférieurs : la levure, en se développant dans un liquide sucré, produit de l'alcool qui empêche bientôt la végétation de la plante. M. Raulin a démontré de même que l'*aspergillus niger*, cultivé dans un milieu artificiel, donne naissance à de l'acide sulfo-cyanique, qui arrête les manifestations vitales, alors que le milieu est encore suffisamment nutritif; si l'on ajoute au liquide un peu de sulfate de fer, ce sel ne sert en rien au développement de la plante, mais il empêche la formation de l'acide sulfo-cyanique; dès lors, on obtient une récolte bien plus abondante. Nous pourrions multiplier les exemples; nous pourrions citer encore les bactéries de la putréfaction, qui, en se développant dans l'albumine, donnent naissance à un antiseptique puissant, le phénol. Mais les quelques faits que nous avons rappelés, suffisent à montrer que, par cela même qu'elle vit, la matière vivante engendre les éléments de sa mort; elle donne naissance à de nombreux poisons qui arrêtent les manifestations vitales, s'ils ne peuvent être chassés du milieu où vit la cellule.

Chez les êtres supérieurs, les poisons de la dénutrition sont rejetés dans le sang et de là peuvent quitter l'organisme par les différents émonctoires; mais si les moyens de protection se perfectionnent, les sources d'intoxication se multiplient. A côté des déchets de la vie cellulaire, il faut placer toutes les substances qui sont constamment introduites dans le tube digestif. De ces substances, les unes sont minérales, et, parmi celles-ci, une seule est vraiment importante, c'est la potasse.

La quantité de potasse introduite chaque jour par l'alimentation varie essentiellement suivant le régime de l'individu qu'on étudie. Chez les herbivores, où l'ingestion de ces sels est à son maximum, la quantité introduite quotidiennement est trois fois supérieure à celle qu'il serait nécessaire d'injecter dans les veines pour tuer l'animal; autrement dit, si la potasse alimentaire était retenue dans l'organisme, elle serait capable d'amener la mort en huit heures. A côté de la potasse, se placent quelques substances ternaires plus ou moins toxiques, particulièrement l'alcool. Mais ce sont surtout les matières albuminoïdes qui méritent de fixer notre attention. Par suite des modifications qu'elle subit dans le tube digestif, l'albumine se transforme en peptone; or, il suffit de 1^{gr},69 de peptone pour tuer 1 kilogramme d'animal; la digestion normale conduit donc à une substance toxique; en même temps, les microbes, qui peuplent la cavité gastro-intestinale, donnent naissance à de nombreux poisons, analogues à ceux qu'on trouve dans les matières putréfiées; nous citerons particulièrement les ptomaïnes et le phénol.

Quelle que soit leur origine, qu'ils soient introduits ou formés dans l'organisme, tous ces poisons pénètrent dans le sang et doivent être rejetés de l'économie. Une partie s'élimine par les urines; les expériences de M. Bouchard ont montré qu'un homme de 65 kilos rejette chaque jour par l'urine une quantité de poison capable de tuer 30 kilos environ. Les autres sécrétions contiennent également des substances toxiques; le fait est aujourd'hui bien démontré pour la bile (Bouchard) et la salive (Gautier). Mais on peut affirmer que la somme des poisons éliminés est inférieure à la somme des poisons formés ou introduits. C'est qu'en effet, une grande partie de ces poisons a été transformée et neutralisée dans l'organisme.

Ces transformations peuvent se passer dans les tissus, les organes hématopoiétiques, le sang; mais c'est le foie qui joue le rôle capital.

Reprenons les poisons alimentaires. Nous avons trouvé d'abord un poison minéral, la potasse; ici, le foie est sans action et c'est le rein qui est chargé de protéger l'organisme contre l'accumulation des sels potassiques. Sur les peptones, le foie a une influence manifeste; s'il suffit de 1^{gr},69 par kilogramme, pour amener la mort d'un lapin, quand la peptone est introduite par une veine périphérique, il ne faut pas moins de 4 grammes pour tuer un animal du même poids, quand l'injection est faite par un rameau porte. Ce résultat, il est vrai, n'a qu'un intérêt théorique; car il semble établi aujourd'hui qu'à l'état normal les peptones ne pénètrent pas telles quelles dans la circulation; on n'en trouve même pas dans la veine porte pendant la période digestive. Les peptones semblent se déshydrater en traversant les membranes intestinales; il se forme de l'albumine, mais celle-ci ne semble pas encore posséder toutes les qualités des substances parfaitement assimilables; elle doit subir dans le foie une modification ultime. Ce qui paraît le démontrer, c'est que l'albumine du sang porte possède des propriétés toxiques qu'on ne retrouve pas dans le sang de la circulation générale; le résultat est inconstant, il est vrai; mais il n'en présente pas moins un certain intérêt. Quant aux produits des putréfactions intestinales, que nous avons vu prendre naissance à côté des peptones, ils sont profondément modifiés par le foie. Dans son parenchyme, le phénol se sulfoconjugue et donne naissance à du phényl-sulfate (Kochs); or, les expériences de Baumann ont montré que ce dernier corps était loin de présenter les propriétés toxiques du phénol. Enfin, nous avons établi ailleurs que le foie agit également sur les autres poisons putrides, particulièrement sur les ptomaïnes, et leur fait perdre une partie de leur toxicité. Quant aux substances ternaires, l'action du foie est moins nette; à peine si cet organe agit sur l'alcool, il ne modifie

nullement la toxicité de l'acétone ou de la glycérine.

Reste à étudier les modifications que le foie fait subir aux produits toxiques de la désassimilation. L'urée est, comme on sait, le terme ultime des métamorphoses excrémentitielles de la matière azotée. Mais, contrairement aux idées de M. Béchamp, il semble établi aujourd'hui, que la transformation de l'albumine en urée ne se fait pas directement; entre les deux corps existe une série d'intermédiaires, parmi lesquels nous pouvons citer les sels ammoniacaux et les acides amidés (leucine, tyrosine, etc.). Ces diverses substances ne tardent pas à se transformer, et cette transformation se fait, partiellement du moins, dans le parenchyme hépatique.

A l'appui du rôle uropoiétique du foie, si magistralement étudié par M. Brouardel (*Archives de physiologie*, 1876), on peut invoquer certains faits cliniques : c'est ainsi que Frerichs a vu la leucine et la tyrosine apparaître dans l'urine, chez des malades atteints d'atrophie jaune aiguë du foie: Stadelmann et Hallervorden ont constaté, dans plusieurs cas de cirrhose, une diminution de l'urée, coïncidant avec une augmentation parallèle de l'ammoniaque. Ce sont là, dira-t-on, des démonstrations indirectes; laissons donc de côté les faits cliniques, trop complexes, et revenons à l'expérimentation. Nous pouvons invoquer, ici, les travaux récents de Minkoroski et de Schrœder, qui nous paraissent de nature à entraîner la conviction. Schrœder, au moyen de circulations artificielles, a démontré que les sels ammoniacaux, à acide organique ou carbonique, se transforment en urée, quand ils traversent le foie ; ce résultat ne s'observe pas en employant un sel ammoniacal à acide fort, le chlorhydrate par exemple; nous ajouterons encore que la transformation de ces sels ne se produit pas dans les autres tissus et les autres organes. C'est donc bien une propriété spéciale à la glande hépatique, et cette propriété présente un intérêt capital au point de vue des auto-intoxications. Les sels ammoniacaux, en effet, sont extrêmement toxiques, et l'urée ne l'est presque pas. Les expériences de M. Bouchard ont montré que l'azote est quarante fois plus toxique sous forme de carbonate d'ammoniaque, que sous forme d'urée.

Si cela est, et si vraiment les cellules hépatiques transforment ainsi les sels ammoniacaux, nous devrons voir diminuer la toxicité de ces sels, quand nous les injecterons à travers le foie. C'est ce qui a lieu en effet. Nous avons constaté que les sels ammoniacaux sont deux fois moins toxiques quand on les injecte par la veine porte que lorsqu'on les introduit par une veine périphérique, à la condition d'employer du carbonate ou un sel à acide organique, comme le lactate; les sels à acide fort, comme le chlorhydrate, conservent toutes leurs propriétés toxiques, résultat qui est tout à fait d'accord avec celui de Schrœder.

Enfin, tous les produits qui ont échappé à l'action du foie sont éliminés par l'urine; mais le foie possède encore la propriété d'agir sur les poisons urinaires, dont il peut neutraliser la moitié environ.

III

Nous avons exposé les faits qui établissent l'action du foie sur les différents poisons organiques. Reste à savoir maintenant ce qui se passe dans les diverses altérations de la glande. On peut, ici encore, s'adresser à l'expérimentation.

En produisant, sur des animaux, des cirrhoses par ligature du canal cholédoque, ou des dégénérescences graisseuses, par injection sous-cutanée d'huile phosphorée, nous avons constaté que le foie cesse d'agir sur les poisons quand son parenchyme cesse de contenir du glycogène. Le même fait se retrouve dans les simples troubles fonctionnels de la glande hépatique; en pratiquant des broncho-pneumonies expérimentales, en sectionnant les deux pneumogastriques au cou, nous avons constaté également que le foie n'agit plus sur les poisons organiques quand il ne contient plus de glycogène.

C'est surtout en étudiant ce qui se passe dans l'inanition, que l'on peut facilement saisir la relation qui existe entre la richesse glycogénique et le rôle protecteur du foie. On peut, de cette façon, suivre, jour par jour, la diminution parallèle des deux fonctions; déjà, au bout de vingt-quatre heures de jeûne, on constate que le foie retient moins d'alcaloïdes que pendant la période digestive. Mais ce n'est qu'au bout de quatre ou cinq jours de jeûne, alors que le parenchyme ne contient plus de glycogène, que l'action du foie est complètement abolie; la dose mortelle d'alcaloïde est la même, que l'injection soit faite dans le système veineux général ou dans le système porte.

Il y a plus : si, à un foie dont la richesse glycogénique est diminuée par un jeûne peu prolongé, on rend des substances capables de former du glycogène, on voit de nouveau la glande arrêter et transformer l'ammoniaque et les alcaloïdes. C'est ce que l'on peut constater, soit en faisant ingérer à l'animal, trois heures avant de faire l'expérience, une certaine dose de sucre ou de glycérine, soit en injectant simplement un mélange d'alcaloïde et de glycose : les cellules s'emparent du sucre et agissent autant ou presque autant qu'à l'état normal.

La corrélation que nous essayons d'établir apparaît également dans d'autres expériences, où nous avons irrité le foie par des injections d'éther dans la veine porte; dans ce cas, on observe une suractivité glycogénique qui se traduit par de la glycosurie, et l'on constate en même temps que le foie est devenu capable de neutraliser une quantité de poison bien plus considérable qu'à l'état normal.

Comment comprendre la relation qui existe entre la richesse glycogénique du foie et l'action de cet organe sur les poisons? Faut-il admettre que le glycogène est le témoin de l'activité des cellules hépatiques; qu'une cellule qui ne contient plus de glycogène a perdu la propriété d'agir sur les poisons, comme elle a perdu la propriété d'arrêter le sucre? Cette conception nous semble contredite par nos expériences sur l'inanition. S'il est vrai qu'un foie n'arrête plus le sucre chez un lapin qui a jeûné cinq jours (Pinck), dans les cas d'inanition moins prolongée, les cellules sont encore capables d'arrêter cette substance, et pourtant elles n'agissent que fort peu sur les alcaloïdes. Nous sommes ainsi conduit à nous demander si le glycogène ne joue pas un rôle plus important; s'il ne peut s'unir aux alcaloïdes ou à l'ammoniaque pour former des corps nouveaux et moins toxiques.

A l'appui de cette manière de voir, nous pouvons invoquer certains faits dont la découverte est due à M. Tanret. En chauffant en vase clos de la glycose mélangée à des alcaloïdes ou à de l'ammoniaque, cet habile chimiste a observé que ces corps subissent de notables transformations. Nous avons constaté, de plus, que leurs propriétés toxicologiques sont profondément modifiées. Parmi les alcaloïdes, c'est l'atropine dont la toxicité est le plus diminuée par l'action de la glycose; or c'est justement là substance sur laquelle le

foie nous a paru agir avec le plus d'activité. De même l'ammoniaque pure, le carbonate et le lactate d'ammoniaque, chauffés en vase clos avec de la glycose, se transforment complètement; au lieu de tuer l'animal avec de violentes convulsions, ils donnent seulement un anéantissement plus ou moins marqué, qui peut se terminer par la mort; mais, dans ce dernier cas, il faut injecter une dose de cinq à sept fois supérieure à la dose mortelle avant l'action de la glycose. Seul le chlorhydrate n'est pas modifié, et nous avons vu plus haut que les expériences de Schrœder et les nôtres ont établi que le foie est sans action sur ce dernier sel.

On voit donc que tous les faits sont absolument concordants; les résultats expérimentaux semblent calqués les uns sur les autres; ils nous paraissent confirmer notre manière de voir et nous permettre de conclure que le foie ne se contente pas d'emmagasiner les poisons, mais qu'il leur fait subir des modifications plus ou moins profondes, analogues ou identiques à celles qui se passent quand on les chauffe en vase clos au contact de la glycose.

Nous avouons que la démonstration n'est pas complète; il faudrait maintenant retrouver dans l'organisme les corps nouveaux que nous avons vu se produire artificiellement. Nous espérons donner plus tard ce complément de preuve; mais le fait n'a en lui-même qu'un intérêt théorique; il nous suffit d'avoir montré le rôle important que joue le glycogène dans la transformation des poisons par le foie; nous allons rechercher maintenant quelles sont les conséquences qui en découlent en clinique.

IV

Si vraiment l'organisme vivant élabore constamment des principes toxiques et si le foie neutralise une partie de ces poisons, on devra, dans diverses altérations de cette glande, observer des phénomènes relevant d'une auto-intoxication. On peut même préciser davantage : pour que le foie cesse d'agir sur les poisons organiques, il suffit que la fonction glycogénique soit troublée.

Nous avons donc à examiner ce qui se passe dans les maladies où l'on observe des troubles glycogéniques; mais, pour ne pas nous perdre dans des hypothèses, nous nous bornerons à l'étude des maladies infectieuses et des affections hépatiques proprement dites.

Le rôle de l'intoxication dans les maladies infectieuses semble aujourd'hui parfaitement démontré; nul ne songe à chercher, dans l'altération des plaques de Peyer, la cause des troubles que présente le typhique; il est peu d'auteurs qui soutiennent encore que la symptomatologie de la pneumonie peut s'expliquer par l'hépatisation d'un lobe pulmonaire. La science moderne ne s'accommode guère de ces localisations étroites; elle nous démontre que la maladie ne s'attaque pas à tel ou tel organe, mais qu'elle frappe l'organisme tout entier; que les tissus et les humeurs sont encombrés de produits nuisibles, poisons normaux ou poisons morbides.

Pour quelques auteurs, l'élément microbien pathogène produit des substances toxiques particulières. Ces substances ont été recherchées, mais sans grand succès, dans les bouillons de culture; et les quelques résultats positifs qu'on a signalés n'ont pas été sans susciter de nombreux faits contradictoires.

Sans nier l'existence de poisons sécrétés par les microbes pathogènes, M. Bouchard fait remarquer qu'il est bien plus rationnel d'admettre que l'intoxication est due à la rétention des poisons normaux; ceux-ci sont imparfaitement transformés, car les appareils hématopoiétiques sont altérés; ils sont incomplètement éliminés, car les émonctoires sont devenus insuffisants. A l'appui de cette conception, M. Bouchard montre que, dans les diverses infections, les symptômes ne sont pas aussi dissemblables qu'on le croirait tout d'abord : état fuligineux de la langue et des lèvres, abattement, céphalalgie, délire, soubresauts des tendons, ne sont-ce pas là les manifestations que l'on rencontre dans les infections les plus diverses, la fièvre typhoïde, le phlegmon gangréneux, la pneumonie, pour prendre les exemples choisis par notre maître.

Quelle que soit leur origine, les poisons ne sont plus transformés par le foie, car la fonction glycogénique de cet organe est troublée; on sait, en effet, que, sous l'influence seule de l'hyperthermie, la richesse glycogénique du foie est diminuée et même abolie. Au début de la pyrexie, il peut n'y avoir qu'un trouble fonctionnel; plus tard succédera l'altération anatomique, endartérite, tuméfaction trouble des cellules, dégénérescence granulo-graisseuse, etc. La conséquence des troubles hépatiques, c'est une auto-intoxication dont les accidents sont conjurés, grâce à la suractivité de l'émonctoire rénal. On devra, dans les maladies infectieuses, observer une hypertoxie urinaire, et c'est en effet ce qu'ont constaté expérimentalement M. Bouchard et MM. Feltz et Erhmann.

Il peut arriver que le poison ne s'élimine qu'incomplètement pendant un certain temps, pour être ensuite brusquement entraîné par l'urine. Tel est le mécanisme de la crise dans les maladies infectieuses, dans la pneumonie par exemple. C'est à M. Bouchard que l'on est redevable de cette conception si saisissante qui s'appuie sur des faits absolument démonstratifs (voy. Chauffard, thèse d'agrégation, 1886, p. 31). Des crises analogues se rencontrent dans d'autres maladies infectieuses, particulièrement dans l'ictère grave primitif, et, quoique la démonstration n'ait pas encore été faite, il est plus que probable que le mécanisme doit être le même.

L'histoire de l'ictère grave primitif nous amène à l'étude des affections hépatiques. Ici encore nous pouvons répéter que le foie cesse de transformer les poisons quand il cesse de contenir du glycogène. Or on peut, dans quelques cas, reconnaître l'insuffisance glycogénique du foie, en administrant au malade une certaine dose massive de sirop de sucre; si le foie est insuffisant, le sucre pourra apparaître dans l'urine. C'est ce qui ressort des expériences de Cl. Bernard et des observations cliniques de Colrat, Couturier, Lépine, Quincke et Robineaud. Ces auteurs ont vu dans la cirrhose atrophique l'ingestion d'une certaine quantité de sucre être suivie d'une glycosurie proportionnelle; ils expliquaient le fait par l'obstruction du système porte et le développement des veines collatérales, qui amenaient le sucre directement dans la circulation générale et le soustrayaient à l'action régulatrice du foie.

Cette explication, parfaitement admissible dans les cas de cirrhose atrophique, ne peut s'appliquer aux faits où l'on a retrouvé cette glycosurie alimentaire sans qu'il y eût de trouble circulatoire. C'est ce qui ressort nettement des observations que nous avons publiées ailleurs (*Revue de médecine*, novembre 1886), et où nous avons noté la glycosurie dans divers cas de cirrhose, dans la lithiase biliaire, l'angiocholite, l'ictère grave. Dans tous ces cas, le sucre a passé dans l'urine, parce que les cellules hépatiques étaient devenues incapables de l'arrêter.

Quel que soit le mécanisme de la glycosurie alimentaire, qu'il s'agisse d'un trouble circulatoire ou d'un trouble cellulaire, le résultat est le même; si le sucre ne peut être arrêté, les poisons organiques passent également dans la circulation générale; la glycosurie alimentaire aura donc pour conséquence l'hypertoxie urinaire, et c'est en effet ce qui a lieu.

Mais, ici encore, nous observons une contradiction apparente, analogue à celle que nous avons signalée à propos des maladies infectieuses; il peut y avoir insuffisance hépatique, avec des urines relativement peu toxiques; l'anomalie ne se poursuit pas longtemps, et l'on voit bientôt survenir une crise, une sorte de décharge urinaire, caractérisée par l'augmentation brusque de la quantité d'urine, de l'urée et de la toxicité urinaire. L'existence de ces crises avait été signalée déjà par M. Chauffard dans l'ictère catarrhal (*Revue de médecine*, 1885); nous croyons qu'on peut en rencontrer dans bien d'autres affections hépatiques, nous pourrions même dire dans presque toutes les maladies où l'intoxication joue un rôle.

Il ne faudrait pas voir, dans la glycosurie alimentaire, un signe infaillible de l'insuffisance du foie : la fonction glycogénique peut être profondément troublée, et le sucre ingéré peut ne pas apparaître dans l'urine. C'est qu'en effet, le sucre, introduit dans la circulation générale, peut se détruire avant d'avoir amené une hyperglycénie notable; il peut être retenu et transformé par les tissus.

Les expériences de M. Bouchard ont établi, en effet, que les tissus peuvent, en vingt-quatre heures, consommer 252 grammes de sucre de plus que normalement. La glycosurie peut donc faire défaut alors que le foie est profondément atteint, mais son existence atteste l'insuffisance hépatique et s'accompagne, en effet, d'une augmentation de la toxicité urinaire.

Dans quelques observations, on pourrait penser que la toxicité de l'urine tient à la présence du pigment biliaire : les expériences de MM. Bouchard et Tapret ont démontré, en effet, que la bilirubine est extrêmement toxique : il suffit d'environ 5 centigrammes pour tuer 1 kilog de lapin. L'objection a donc une sérieuse valeur, mais elle tombe devant les cas, où il y avait hypertoxie urinaire, sans qu'il y eût trace de pigment, et ceux où l'urine restait encore très toxique, après décoloration parfaite par le charbon. Nous croyons donc qu'il faut le plus souvent chercher, en dehors du pigment, l'explication des phénomènes, et cette explication, on la trouve dans les produits toxiques qu'un foie normal doit transformer et sur lesquels il ne peut agir que s'il contient du glycogène.

L'augmentation de la toxicité urinaire, dans le cas d'insuffisance hépatique, est donc la sauvegarde de l'économie. Pour que les accidents de l'auto-intoxication soient évités, il faut que le rein reste perméable. Or, le rein peut s'altérer à son tour; quelquefois il est frappé en même temps que le foie, par la même cause qui agit ainsi sur les deux organes. C'est ce qu'on observe dans quelques empoisonnements, l'intoxication phosphorée par exemple; dans nombre de maladies infectieuses et spécialement dans l'ictère grave primitif.

Ailleurs, le rein a été altéré avant le foie. C'est ainsi qu'on peut voir apparaître un ictère catarrhal, chez un brightique, et l'on constate alors, qu'il ne tarde pas à survenir de graves accidents d'intoxication. Tout ictère, chez un rénal, comporte un pronostic des plus réservés. Ces faits sont fort intéressants, mais ils sont rares. Généralement on est appelé à observer une filiation inverse : on voit un hépatique devenir rénal. Dès lors l'intoxication se produit : ce sont les phénomènes de l'ictère grave secondaire, dont il nous faut actuellement rechercher le mode pathogénique.

Nous devons bien spécifier tout d'abord, que nous n'allons étudier que l'ictère grave secondaire : nous laisserons de côté l'ictère grave primitif, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, et qui est une maladie infectieuse, épidémique, frappant des sujets jeunes et bien portants et se terminant souvent par la guérison, à la suite d'une crise urinaire. C'est là une maladie particulière qui mérite le nom de typhus hépatique (Landouzy). L'ictère grave secondaire est bien différent : c'est un syndrome, qui frappe des sujets âgés, déjà malades, atteints d'une affection hépatique, et se termine toujours ou presque toujours par la mort.

Deux grandes théories sont ici en présence. Pour les uns les phénomènes sont dus à une intoxication par la bile. C'est de la cholémie. Pour d'autres, et c'est à Frerichs que revient le mérite de cette conception, il faut chercher les sources d'intoxication en dehors de la bile, car le plus souvent le foie profondément altéré a cessé de sécréter cette humeur; il est survenu de l'acholie et ce qui s'accumule dans le sang, ce sont les éléments de la sécrétion, les divers produits dont le foie normal se sert pour fabriquer la bile.

Contre la théorie cholémique, nous ferons remarquer que souvent les accidents éclatent sans qu'il y ait d'ictère, c'est ce qu'on voit dans la cirrhose atrophique, dans quelques cas de cancer ou de kyste hydatique. Il y a plus : alors même qu'il existe de l'ictère, celui-ci diminue le plus souvent au moment où apparaissent les phénomènes d'intoxication. Ce n'est donc pas dans l'ictère qu'il faut chercher la cause et la caractéristique de la maladie; c'est dans la lésion de la cellule hépatique qui est devenue insuffisante. Quant à l'ictère, il peut jouer un rôle, dans la genèse des accidents, mais ce rôle est bien différent de celui qu'on est tenté de lui attribuer : comme l'a montré M. Bouchard, l'ictère a pour conséquence d'activer la désassimilation et d'amener un amaigrissement rapide; quelquefois la désassimilation est si prompte que l'oxygène disponible cesse de pouvoir suffire aux combustions : la dégénérescence graisseuse résulte alors de la persistance d'un des produits de dédoublement de la matière azotée. En outre, la rétention des acides biliaires agit sur la cellule hépatique, qui elle-même subit la dégénérescence graisseuse : dès lors survient l'insuffisance hépatique; le foie cesse de sécréter la bile, et l'acholie vient remplacer la cholémie; mais en même temps le foie cesse aussi de transformer les divers poisons organiques. L'urée particulièrement n'est plus fabriquée; la matière azotée reste à un stade moins avancé d'oxydation et se trouve être plus toxique; enfin la sécrétion rénale est profondément troublée, puisque l'urée, ce diurétique physiologique, fait défaut. Le rein ne peut s'accommoder au passage de principes anomaux, qu'il ne doit pas éliminer : il s'altère à son tour; l'insuffisance rénale vient s'ajouter à l'insuffisance hépatique; on voit éclater alors les accidents les plus graves. C'est la défaite de l'organisme qui succombe aux progrès de l'intoxication.

Tel est l'enchaînement des phénomènes morbides, tel que l'a si magistralement exposé M. le professeur Bouchard.

Nous pouvons après lui classer, comme suit, la filiation des accidents :

Cholémie.

Dégénérescence graisseuse, résultant de la cholémie. } stades inconstants.

Acholie.

Altération rénale secondaire.

Intoxication (Insuffisance hépatico-rénale).

V

Les considérations cliniques que nous venons de présenter, nous conduisent à d'importantes déductions thérapeutiques que nous empruntons, pour la plupart, à l'enseignement de notre maître, M. le professeur Bouchard.

Deux grandes indications doivent être remplies pour éviter l'auto-intoxication, dans les maladies où le foie est atteint, particulièrement dans les pyrexies :

Diminuer les sources d'intoxication de l'organisme.

Tâcher de sauvegarder la fonction glycogénique du foie.

Si l'on ne peut guère agir sur les produits des microbes pathogènes, sauf dans quelques affections locales, on peut modérer peut-être la désassimilation ; on peut certainement entraver le développement des poisons putrides formés dans l'intestin. Pour atteindre ce but, la thérapeutique nous offre deux méthodes : ou bien on peut fixer les substances toxiques, au fur et à mesure qu'elles se forment, l'emploi du charbon répond à cette indication : ou bien on peut essayer d'entraver la vie des microorganismes, qui peuplent la cavité intestinale. C'est cette deuxième méthode à laquelle on doit, croyons-nous, donner la préférence, et qu'on pourra réaliser par l'usage des antiseptiques insolubles. L'action des antiseptiques peut du reste être démontrée directement. Sur des lapins, auxquels nous avions, avec M. Charrin, administré de la naphtaline pendant un certain temps, nous avons pu constater, que l'intestin contenait beaucoup moins de microbes que normalement. M. Bouchard a montré aussi que la toxicité urinaire, chez des hommes soumis à l'usage de la naphtaline, diminue dans des proportions notables. Cette deuxième expérience présente pour notre sujet une importance capitale.

En même temps, on devra éviter d'introduire, par les aliments ou les médicaments, des substances toxiques. Les sels de potasse, dont l'histoire, il est vrai, intéresse plutôt les maladies du rein, peuvent être avantageusement remplacés par les sels de soude. M. Tapret nous a raconté l'histoire d'un brightique, qui présentait des phénomènes d'urémie chronique ; tous les accidents disparurent quand on eut supprimé une potion à l'acétate de potasse, et qu'on l'eut remplacée par de l'acétate de soude.

On devra de même éviter, dans la diététique, l'usage de substances riches en sels potassiques. Il faudra évidemment continuer à nourrir le malade, car on connaît l'influence de l'inanition sur la glycogénie hépatique. On devra rejeter le bouillon qui ne contient guère que des sels minéraux ; on pourra administrer des peptones, de la glycérine ; mais l'aliment par excellence, c'est le lait. Le lait exerce une influence notable sur la toxicité de l'urine ; nous avons vu, dans des expériences faites avec M. Charrin, que les urines d'animaux soumis au régime lacté étaient deux fois moins toxiques qu'à l'état normal. Le lait possède de plus des propriétés diurétiques, et par là son administration peut servir encore à protéger l'organisme. Enfin, il contient du sucre, et peut ainsi fournir un élément facilement transformable en glycogène. C'est peut-être aussi par le sucre qu'elles contiennent et par la diurèse qu'elles provoquent, que les tisanes ont pu rendre de véritables services.

La diététique, ainsi comprise, mettra donc le malade à l'abri de l'intoxication, et sauvegardera la glycogénie hépatique. Mais pour atteindre ce deuxième but, nous avons encore un moyen, c'est de diminuer l'hyperthermie par la balnéation.

Nous n'avons fait qu'indiquer à grands traits les principes généraux du traitement des fièvres, et nous nous sommes exclusivement borné à ce qui se rapportait à notre sujet. Les idées que nous avons résumées ont été exposées, à plusieurs reprises, par M. le professeur Bouchard. Les résultats qu'il a obtenus, dans le traitement de la fièvre typhoïde, sont comme la consécration pratique des doctrines et de l'enseignement de notre éminent maître.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, les cours et conférences de la Faculté des sciences de Paris vaqueront les lundi 30 et mardi 31 mai 1887.

— Par décret, en date du 21 mai 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — 9e corps d'armée : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Picard, Contancin et Guesdron.

10e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gérard, Ollivier, Larrieu, Collache, Fallot, Simonneaux, Doré, Boyer, Delanef, Deschamps, Chatelain, Callais, Chapotel, Thomas et Châtelet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Garin, Chochon-Latouche, Chabaud, Landry, Luquet, Laffage, Gandon, Raval, Foissac, Vuillemin, Blond, Combarieu et Verlet.

— Par décision ministérielle, en date du 23 mai 1887, M. de Poul de Lacoste, médecin aide-major de première classe au 13e régiment de chasseurs à cheval, a été désigné pour passer au 9e régiment de même arme, par permutation, pour convenance personnelle, avec M. Boyer.

— La Société botanique de France fera une nouvelle herborisation dimanche prochain, 29 mai 1887, à Maisse (Seine-et-Marne). Le départ de Paris aura lieu à la gare du chemin de fer de Lyon, à six heures cinquante-cinq minutes du matin. On s'inscrit au siège de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 84. Les personnes prenant part à l'excursion doivent se munir de vivres pour le déjeuner.

— MM. Vulliet, professeur à la Faculté de Genève, et Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, commenceront, le 6 juin prochain, un cours sur les manœuvres et opérations gynécologiques, principalement destiné aux jeunes médecins et aux étudiants arrivés à la fin de leurs études.

Chaque élève sera appelé à pratiquer, soit comme opérateur principal, soit comme aide, toutes les opérations gynécologiques. — On s'inscrit, pour le cours, chez M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann, Paris.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21221

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Corps étrangers de l'urèthre, du vagin et de l'utérus. Signes de pédérastie passive.

Dans la dernière séance, j'en étais resté, avec les corps étrangers du rectum, à ces individus qui cherchent à satisfaire leurs désirs par des moyens qui les conduisent à l'hôpital.

D'autres s'introduisent des corps étrangers dans l'urèthre bien volontairement : ne trouvant plus de satisfaction dans les moyens naturels, ils titillent leur canal avec des crayons, des porte-plumes, des tuyaux de pipe, des tubes à baromètre, etc. Le plus souvent, les porteurs de corps étrangers de l'urèthre n'ont donc qu'à s'en prendre à eux-mêmes; pas toujours cependant : on a vu des filles introduire dans la verge d'un alcoolique des haricots et même des fèves de marais. De ce fait il peut y avoir un dommage à demander.

Pour vous donner une idée de la rage que peut amener la masturbation, je vous citerai le cas, rapporté par le docteur Sernin, d'un pâtre qui se titillait avec une branche d'arbre; et, à mesure que le frottement rendait l'endroit calleux et insensible, il se fendait la verge avec un couteau pour pouvoir aller plus loin. En sorte qu'il avait fini par se faire une verge bifide, l'ayant divisée en deux jusqu'à la racine du pubis. Enfin, son morceau de bois lui échappa et tomba dans la vessie, où il provoqua une cystite et une incrustation.

Quelquefois, le corps étranger est en dehors. C'est ainsi qu'un individu s'était engagé la verge dans le goulot d'une carafe. Il fut facile de casser la carafe; mais on eut toutes les peines du monde à dégager le goulot, à cause du danger des blessures du corps spongieux. — Un magistrat, ayant introduit sa verge dans le robinet d'une cabine de bains, fut obligé d'appeler, de faire scier le robinet et de partir avec sa virole. Chassaignac dut demander l'intervention de Mathieu l'orthopédiste pour la scier.

Chez la femme, on a trouvé, dans le vagin, des étuis, des épingles à cheveux, des compas, des vis, etc., etc. Je vous citerai deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'une femme hystérique de la Vendée, qui accusait deux jeunes gens d'avoir accompli sur elle des tentatives de viol et de lui avoir introduit en même temps des cailloux et des clous dans le vagin. Le premier médecin avait accepté son dire comme argent comptant, mais, comme elle rendait indéfiniment les susdits objets, on put enfin affirmer qu'on avait affaire à une hystérique simulatrice.

Dans un second cas, j'ai su confidentiellement par des gens de la Morgue, que, dans une rue avoisinant la rue des Anglais, il existe un cabaret où *on boit sa soulée*, c'est-à-dire qu'on est attaché sous le tonneau par une sous-ventrière qui vous soutient quand vous êtes plein, mais où il y a aussi une femme ayant la spécialité de s'introduire dans le vagin une bouteille à laquelle on a le singulier plaisir de venir boire. Je vois sous cette forme une déviation intellectuelle et génésique particulière, et il y aurait là un recueil à faire, curieux au point de vue de l'appréciation mentale des sujets.

Les corps étrangers de l'utérus se trouvent ordinairement à la suite de tentatives d'avortement. Un médecin qui se livrait à la pratique des avortements avait brisé une aiguille d'ivoire et le morceau qui était resté n'avait pas moins de 6 centimètres. D'autres fois, c'est un étui à aiguilles, un manche de moutardier, de brosse à dent, etc.

Si nous résumons ces actes relatifs à l'introduction de corps étrangers, nous nous trouvons presque toujours en présence de gens ayant obéi à une aberration génésique.

On peut avoir des enquêtes à faire à l'occasion d'actes de bestialité, c'est-à-dire de rapports génitaux entre l'homme ou la femme et un animal. La Bible rapporte des faits de ce genre, et, pendant les croisades, le coupable était condamné à mort.

Tardieu raconte qu'un habitant de la rue des Gravilliers pratiquait le coït avec les poules d'un de ses voisins. Le cloaque se trouvait déchiré et les poules mouraient, ce qui désolait le propriétaire qui finit par prendre le coupable en flagrant délit.

Hoffmann cite le cas d'un domestique accusé d'avoir des rapports avec une jument, chez lequel on trouva en effet un poil de la jument entre le prépuce et le gland.

Mais, ordinairement, c'est avec des chèvres ou des chiens que la chose se passe. Hoffmann fut appelé comme expert auprès d'une chèvre mourante, ayant une dislocation des os du bassin qui aurait été, pensait-on, mise dans cet état par les approches d'un individu. Il déclara la chose absolument impossible.

Les rapports avec les chiens peuvent avoir lieu entre chien

et femme et entre chien et homme. Pfaff rapporte le fait d'une jeune domestique soupçonnée de bestialité pour s'être enfermée dans une chambre avec un chien. On trouva, en effet, un poil de l'épagneul noir dans les poils du pubis, mais la preuve était insuffisante.

Voyons maintenant le cas où l'homme jouerait le rôle passif et le chien le rôle actif. Je connais deux expertises de ce genre. La première est de M. Tardieu, au sujet d'un garde de propriété qu'on disait avoir vu accolé à un chien. La deuxième est de moi-même avec M. Bouley, et elle est consignée dans le bulletin de la Société de médecine légale. Il s'agissait d'un propriétaire, d'une bonne famille de la Normandie, qui était accusé par un voisin d'avoir été vu avec un chien qui lui enfonçait sa verge dans le rectum. L'inculpé expliquait sa position accroupie en disant qu'il était malade, et d'ailleurs, le chien en question ne lui appartenait pas. C'était un homme de trente-huit ans, atteint depuis six ans d'ataxie locomotrice, portant dans le dos 5 ou 6 moxas bien nets et présentant l'incoordination des mouvements et l'abolition du réflexe rotulien. J'en ai conclu qu'il était vrai que, pour se relever, il devait être obligé de se mettre à quatre pattes. D'autre part, M. Bouley affirme que le coït du chien avec l'homme est impossible. En effet, le chien a l'extrémité de la verge molle ayant seulement pour base résistante un os pénien; en sorte qu'il est obligé pour faire son intromission de saisir la femelle avec les pattes de devant et, prenant ainsi un point d'appui, de s'efforcer pour faire avancer le train de derrière. Or, pour qu'il ait pu prendre ce point d'appui, il aurait fallu que le chien fût ou très fluet ou énorme. D'ailleurs, après l'accouplement, vous savez que la séparation est retardée longtemps par le gonflement considérable des deux renflements érectiles du pénis, ce qui aurait rendu la situation vraiment impossible. Enfin, on a fait mettre l'inculpé en position, le chien étant présent. Cet animal n'y a rien compris et n'a trahi aucun souvenir.

Jusqu'à preuve effective du contraire, on peut donc considérer le coït du chien avec l'homme comme un fait très improbable.

Nous arrivons à l'étude de la pédérastie. Ce que je vous en ai dit déjà me dispense de traiter de nouveau la question d'individualité.

Y a-t-il des signes qui permettent d'affirmer, chez un individu, des faits de pédérastie passive, ou active? — Nous nous trouvons ici sur un terrain fort délicat, d'autant plus que les médecins légistes y sont très divisés.

Commençons par le cas le plus facile : un acte de sodomie isolé, avec violence. Si le patient était un adulte, surtout s'il a consenti, on ne trouve souvent aucune lésion. Mais si c'était un enfant ne consentant pas, il est ordinairement facile de constater des signes de violence avec des lésions caractéristiques.

Si nous supposons que l'acte a été accompli sur un enfant de dix ans, vous trouverez, trois ou quatre jours après, toute la masse de l'anus très rouge et excoriée, l'inflammation pouvant d'ailleurs s'étendre aux fesses et aux cuisses. Il pourra même y avoir des ganglions engorgés, et, le plus souvent, vous aurez beaucoup de peine à pénétrer avec le doigt dans l'anus. A ce moment, le sphincter se resserre spasmodiquement, et, si vous avez un spéculum, vous verrez des ecchymoses jusque sur la muqueuse du rectum. Plus tard, vous constatez fréquemment chez ces enfants des abcès ischio-rectaux. De plus, vous êtes en présence d'un infundibulum de 6 à 8 centimètres de profondeur depuis l'anus jusqu'au bord libre des fesses. A quoi est-il dû? Au resserrement du sphincter et à cette sorte de plancher dur au toucher produit par la contracture du releveur de l'anus. Or, dans la simple fissure à l'anus, quelle qu'en soit la cause, s'il y a spasme du sphincter, vous trouverez un infundibulum, parce qu'il y a contracture du releveur de l'anus.

D'autre part, quel que soit le motif de cette dilatation, il y a très souvent des démangeaisons de la marge de l'anus. Le docteur Vérité (de la Bourboule) a observé que les malades ayant des eczémas dans cette région, avaient tous un infundibulum très développé. Ce caractère n'appartient donc pas qu'aux seuls pédérastes. Car toute lésion de la marge de l'anus se traduit par de la douleur et de la contracture. Mais quelquefois, il y a dissociation et la contracture porte isolément sur l'un des muscles. Puis, comme nous l'apprend la pathologie générale, ce muscle longtemps contracturé se paralyse, et de là, l'incontinence et la chute du rectum.

Notez donc bien que, chaque fois que, sur une muqueuse survient une inflammation locale, le muscle qui la double entre en convulsion. Aussi, ne voyez-vous pas la dysentérie s'accompagner toujours de ténesme anal, tandis que, dans le choléra, où il n'y a pas d'ulcération, une fusée cholériforme suffit presque à remplir un pot de chambre.

Étudions maintenant les habitués de la pédérastie, et prenons pour type un homme de quarante ans. Le premier signe qui se présente, indiqué par Cullerier, décrit par Tardieu, discuté par Casper, est encore l'infundibulum. C'est toujours une sorte de dépression en forme d'entonnoir aboutissant à l'anus, mais dont les limites varient d'après chaque auteur. Selon Tardieu, l'anus refoulé cède et la déformation en cornet s'étend alors du bord libre des fesses jusqu'à 3 ou 4 centimètres au delà de la marge de l'anus. Il ne faut pas croire que l'infundibulum puisse exister chez tous les individus, et il est facile de comprendre qu'il est impossible, à la fois chez les gens très gras et chez les gens très maigres.

Je puis affirmer que ce caractère existe chez beaucoup d'individus n'ayant pas d'habitudes de pédérastie passive. Il y a quelques jours encore, je l'ai constaté avec M. Trélat sur un malade qui, chose plus rare, ne présente pas de sphincter externe. Il n'y a pas d'incontinence, mais cet homme est obligé d'aller à la garde-robe trois ou quatre fois par jour, ne pouvant pas collecter ses matières fécales dans l'ampoule rectale.

Remarquez que je ne dis pas que l'infundibulum ne puisse pas avoir une influence sur le diagnostic, mais si vous le trouvez, ne concluez pas *ipso facto* à la pédérastie et cherchez s'il n'a pas d'autres causes.

Quand il vous plaira de provoquer un infundibulum chez un individu qui n'en a pas, faites-le placer devant vous accroupi, les coudes sur ses genoux et vous présentant son arrière-train. Attendez un instant qu'il soit au repos et ayez soin d'avoir les mains tièdes; puis plongez vos mains dans l'eau froide et appliquez-les subitement sur ses fesses. Aussitôt le releveur de l'anus se contracte et vous provoquez un infundibulum.

Chez un prévenu, l'émotion peut suffire à amener cette contracture. C'est pourquoi vous ne sauriez prendre trop de précautions : procédez doucement, en lui donnant confiance et en lui montrant que vous ne le tenez pas nécessairement en suspicion.

Après ce premier signe, vous chercherez les plis radiés. D'après Tardieu, la dilatation des parois et la disparition des

plis résulte de l'intromission du pénis. Je ne dis pas le contraire, mais les mêmes caractères peuvent survenir après le passage de tout autre corps gros et lisse, dans la constipation par exemple.

Enfin l'exploration par le toucher aurait une grande importance, le sphincter devenant très lâche après des habitudes de pédérastie. Mais à la suite d'une rectite, d'une phlébite rectale, d'hémorrhoïdes, les muscles ne perdent-ils pas aussi de leur tonicité ?

En somme, si nous prenons un à un tous les signes classiques, nous n'en trouvons aucun qui constitue un caractère absolu et suffisant pour permettre d'affirmer des faits de pédérastie passive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale. — M. DESPRÉS est de ceux qui pensent qu'il ne faut pas considérer les erreurs de diagnostic comme des indications pour la conduite à suivre. Il croit que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, le diagnostic de la cause de l'étranglement intestinal est possible. Chaque fois, par exemple, qu'un individu est pris de phénomènes analogues à ceux d'une hernie étranglée, il faut admettre l'existence d'une bride. Dans les cas à marche lente, il s'agit, soit d'une invagination, soit d'une paralysie intestinale. M. Després cite plusieurs exemples destinés à montrer que, dans tous ces cas, le diagnostic est facile et doit être fait. Il a vu onze cas d'étranglement intestinal, et dix fois le diagnostic a été fait exactement.

Il ajoute que le cancer est toujours facile à reconnaître. Il en est de même des cas de péritonite avec phénomènes d'étranglement; dans tous les cas le diagnostic peut être fait, et, à ce point de vue, M. Després est plus affirmatif encore que M. Trélat.

M. M. SÉE cite l'exemple d'un jeune homme de vingt ans qui, pendant une traversée assez longue, fut pris de constipation; cette constipation persista longtemps. Tous les moyens employés pour la combattre restèrent sans résultat. Les courants électriques eux-mêmes furent sans effet.

M. Sée, appelé en consultation, trouva un jeune homme amaigri, avec le ventre ballonné, sans fièvre ni vomissements. MM. Hardy et Ernest Labbé avaient proposé de recourir à une opération. M. Sée proposa, auparavant, les injections forcées avec un long tube introduit dans le rectum. Les premiers jours, le liquide ressortait seulement légèrement teinté. Le quatrième jour, il sortit quelques matières fécales, et, finalement, le malade eut une garde-robe et fut débarrassé. La constipation avait duré quarante-deux jours.

Il y a donc des circonstances où il ne faut pas se presser d'opérer. Tant qu'il n'y a ni vomissement, ni fièvre, on peut attendre. Plusieurs fois M. Sée dut faire des ponctions intestinales avec un trocart fin pour remédier à la distension de l'abdomen et à la gêne respiratoire qui en résultait. Il pense que, dans le premier cas de M. Verneuil, si l'on avait attendu, on serait peut-être arrivé à un résultat analogue, sans opération.

M. LE DENTU désire dire seulement quelques mots sur la cœcotomie. Il rappelle ce que M. Verneuil a dit de cette opération (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 480). Il pense que M. Verneuil n'a pas suffisamment distingué les cas d'obstruction aiguë des cas d'obstruction à marche lente ou intermittente.

Dans les cas aigus, est-il préférable de faire l'incision à gauche ou à droite. D'abord M. Le Dentu est loin de partager l'assurance de M. Després sur la facilité du diagnostic.

Il considère celui-ci comme très difficile et très épineux. Dans les cas d'étranglement aigu ou subaigu, le diagnostic étant très difficile, pourquoi inciser plutôt à gauche qu'à droite? Il y a plus de chances de se tenir près de l'obstacle en incisant sur le cœcum plutôt que sur l'S iliaque. C'est pourquoi, dans ces cas douteux, M. Le Dentu a été souvent amené à faire l'anus plutôt sur le cœcum.

Contrairement à M. Verneuil, il pense que l'établissement de l'anus cœcal n'est pas plus difficile que celui de l'anus iliaque, si l'on prend pour cela les précautions qu'il a indiquées dans une précédente communication.

M. Le Dentu n'a jamais eu de difficultés à amener le cœcum à la paroi abdominale, sauf dans un seul cas, où l'intestin était très haut placé et où il dut faire une incision dans un point plus élevé.

M. RICHELOT rappelle que cette discussion sur le traitement des obstructions intestinales a pour point de départ les conclusions formulées par M. Verneuil dans la séance du 11 mai dernier. Il ne pense pas offenser ses collègues en disant que les difficultés du sujet ont un peu nui à la clarté du débat. Ce qui doit nous consoler, dit-il, c'est qu'au dernier congrès des chirurgiens allemands, la divergence des opinions sur les mérites relatifs de la laparotomie et de l'anus artificiel, des grandes et des petites incisions, n'a pas été moindre que parmi nous.

Il y a, sans doute, quelque témérité de ma part à venir opposer aux conclusions de M. Verneuil des conclusions qui s'appuient sur une moins grande expérience. Mais je compte absolument sur l'indulgence de notre excellent maître; et, d'autre part, il n'est peut-être pas inutile de formuler une opinion que je sais appartenir à plusieurs membres de la Société de chirurgie, bien qu'ils n'aient pas jugé bon de la défendre.

M. Verneuil nous a dit : « Si, en présence d'un obstacle intestinal, vous avez un diagnostic certain, faites la laparotomie pour lever l'étranglement; si, au contraire, la cause des accidents vous échappe, contentez-vous de l'anus artificiel. »

Je retournerais volontiers cette double proposition, et je dirais : Si le diagnostic est bien établi, c'est alors que l'anus artificiel peut être choisi, comme opération suffisante. Pour une obstruction par les matières, c'est assez d'évacuer le bout supérieur en attendant la débâcle. Pour une tumeur inopérable, c'est assez de mettre fin à la rétention des matières, en attendant la mort. Mais, si la cause des accidents reste inconnue, n'est-ce pas alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle, en triompher si on peut ou se déclarer impuissant? On a tout à gagner, rien à perdre. En pareil cas, l'anus artificiel est une opération de renoncement; car, il faut compter sur une chance heureuse pour que le malade guérisse, et l'expérience démontre qu'il ne guérit pas souvent. La rétention des matières? Elle n'est presque rien dans l'étranglement; à l'heure où elle serait dangereuse, le malade est mort depuis longtemps; le vrai péril est dans la compression des parois intestinales, qui amène le collapsus et l'algidité, au besoin la perforation et la péritonite. Voilà l'ennemi qu'on laisse dans la place, quand on ne songe qu'à la circulation des matières.

Ainsi, dans les cas douteux, la laparotomie est le mode d'intervention le plus rationnel, celui qui donne le plus de chances de succès. Cette conclusion, vous le voyez, s'éloigne beaucoup de celle de M. Verneuil. Et pour l'appuyer, je citerai l'observation de M. Verneuil lui-même. Pourquoi notre excellent maître a-t-il réussi, chez sa malade de Tours, par l'anus artificiel? Parce qu'il est tombé sur une obstruction simple. Et qu'aurait-il fait, s'il l'avait reconnue d'avance? L'anus artificiel. Donc il a réussi parce qu'il s'est comporté comme s'il avait eu un diagnostic certain. Mais, si le hasard l'avait conduit sur un étranglement vrai, que serait-il advenu? La malade serait morte; et alors, M. Verneuil n'aurait-il pas regretté d'avoir reculé devant une laparotomie?

M. Verneuil me répondra : « En faisant de parti pris l'anus artificiel, j'ai des chances pour tomber sur un cas favorable; quand vous faites la laparotomie, vous n'en avez pas plus de guérir votre malade, parce que l'opération est beaucoup plus grave par elle-même. » Sur la gravité de l'opération, il faut bien s'entendre, et nous avons tort de discuter en même temps deux questions très

différentes. Il ne s'agit pas, en ce moment, de l'anus iliaque appliqué au cancer du rectum; celui-là est bénin. Il s'agit de l'entérotomie de Nélaton, sur l'intestin grêle; celle-ci, dans les conditions où nous la faisons d'ordinaire, a un pronostic fort sombre. Et, si la laparotomie, de son côté, ne donne pas souvent de meilleurs résultats, ce n'est pas qu'avec l'antiseptie elle ait une extrême gravité, c'est avant tout parce que nous la faisons trop tard. Nous sommes consultés quand le malade est épuisé, algide, presque mort. J'avoue que, dans de pareilles conditions, l'ouverture du ventre est mal indiquée; autant vaut pratiquer l'anus artificiel, obtenir un premier soulagement, et pour la suite s'en remettre au hasard. Mais quand on arrive à temps, c'est une autre affaire, et la laparotomie reprend ses droits. Dire que, dans les cas douteux, il faut renoncer au traitement radical, n'est-ce pas encourager beaucoup de nos confrères à persister dans les manœuvres dites médicales, c'est-à-dire funestes, auxquelles on soumet presque toujours ces malheureux, et qui ne sont bonnes qu'à fatiguer l'intestin, irriter le péritoine et laisser passer l'heure où le malade pourrait être sauvé?

Je ne me dissimule pas, messieurs, qu'une pareille question ne peut se résumer en quelques phrases plus ou moins aphoristiques; j'ai dû, par suite, la présenter sous un jour simple et en termes trop absolus. Cette réserve me fera trouver grâce, je l'espère, auprès de ceux de nos collègues dont j'ai combattu l'opinion.

M. DESPRÉS n'est pas l'ennemi de la laparotomie, mais il veut qu'elle soit appliquée aux cas auxquels elle convient. Quand on a affaire à un étranglement par brides, il faut pratiquer la laparotomie. M. Després insiste sur l'importance du toucher rectal, qui bien souvent permet d'ailleurs le diagnostic en faisant reconnaître un cancer du rectum ou de la prostate. M. Després n'admet donc pas que l'on propose la laparotomie pour tous les cas d'étranglement.

M. LE FORT fait observer que jamais personne n'a proposé de faire des opérations pour assurer le diagnostic. Nous soutenons tous que le diagnostic est difficile, mais personne n'a émis ce principe, qu'il fallait ouvrir le ventre pour savoir à quoi on a affaire, et décider ensuite de la conduite à tenir.

M. VERNEUIL répond à M. Sée que son cas était tout à fait exceptionnel. Il ajoute que la pratique des ponctions intestinales est loin d'être innocente et presque toujours inefficace. Les ponctions peuvent laisser pénétrer des gaz dans le péritoine et amener des péritonites foudroyantes. Il ajoute que son malade avait des douleurs atroces et qu'aucun gaz ne passait. Il était donc urgent d'agir. Enfin l'entérotomie de Nélaton est une opération facile, bénigne et efficace. Sur les trois qu'il a faites, il a eu trois succès. Il a fait et vu faire des laparotomies et n'a pas constaté les mêmes résultats. Cependant il est loin de repousser systématiquement cette opération. Il répond à M. Le Dentu et lui rappelle les objections qu'il a faites à la cœcotomie.

Suture secondaire du médian, retour immédiat de la sensibilité. — **M. POLAILLON** fait une communication sur ce sujet, à propos de la jeune fille qu'il a présentée dans une précédente séance et chez laquelle deux ans auparavant, avait été pratiquée sans succès la suture primitive du nerf médian. M. Polaillon fit récemment chez cette jeune fille la suture secondaire du médian et cinq heures après l'opération, faite avec toutes les précautions antiseptiques, on put constater le retour de la sensibilité dans les régions animées par ce nerf.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Pyosalpingite. — **M. TERRILLON** présente les pièces anatomiques provenant d'une jeune femme de vingt ans, qu'il a opérée pour une pyosalpingite double. Depuis cinq jours que l'opération a été faite, la malade va aussi bien que possible.

La séance est levée.

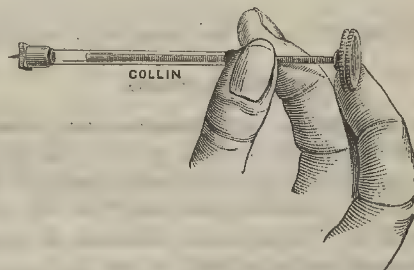
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau vaccinateur, par M. le docteur BAY.

L'emploi des aiguilles à vaccinations, lancettes, etc., n'est pas sans offrir de nombreux inconvénients dans la pratique journalière. L'opérateur qui agit, par exemple, sur un enfant, éprouve toujours une certaine difficulté à faire la piqûre sur le bras du petit sujet, qui s'agite, et il provoque presque toujours l'issue d'une gouttelette de sang, ce qui peut nuire à la réussite de l'opération. De plus, il est obligé de recharger son aiguille après chaque piqûre.

Pour obvier à ces inconvénients, j'ai imaginé le petit appareil dont voici la description.

Un tube capillaire, terminé à l'une de ses extrémités par une petite aiguille en forme de dard d'abeille, reçoit le virus vaccinal, chassé vers la pointe par un petit piston qui s'avance micrométriquement, grâce à une disposition que l'on saisira par la simple inspection de la figure. Une petite pièce quadrangulaire limite la



pénétration de l'aiguille; cette pièce peut être dévissée et retournée, pour protéger l'aiguille.

Pour charger l'appareil, on retire le piston et on insuffle dans le tube le contenu d'un tube vaccinal; ou bien, ce qui est mieux, on dévisse la petite pièce qui entoure l'aiguille; on la revisse en sens inverse, formant ainsi une petite capsule dans laquelle on insuffle le virus. Puis, faisant mouvoir le piston, on aspire ce contenu, qui pénètre dans le tube par l'aiguille. On remet en place la petite pièce, et l'appareil est prêt à fonctionner.

Pour cela, on enfonce l'aiguille perpendiculairement à la surface de la peau (sa pénétration est limitée à 1 millimètre environ, et la piqûre est insignifiante); puis, maintenant en place le petit dard, on imprime, avec l'index, un tour au piston, qui, grâce à un pas de vis micrométrique, chasse dans la plaie une petite quantité de virus. On peut même charger le dard avant de pratiquer la piqûre, en faisant tourner le piston d'un tour, ce qui revient au même.

En somme, avec ce petit appareil, la piqûre est limitée, insignifiante, peu douloureuse, et peut être pratiquée mathématiquement, sur une région déterminée. L'écoulement de sang est supprimé, et l'appareil peut fournir un grand nombre de vaccinations sans être rechargé, et utiliser ainsi la totalité du vaccin qu'il contient. La garniture du piston est faite d'un simple filament de soie ou coton, enroulé à l'extrémité, et qui peut être facilement remplacé par l'opérateur lui-même.

Le tout se démontant peut, vu sa simplicité, être nettoyé et rendu parfaitement aseptique.

Cet appareil a été construit par M. Collin.

VARIÉTÉS

Les Fumeurs d'opium en Chine.

ÉTUDE MÉDICALE

Les Fumeurs d'opium en Chine, tel est le titre de l'intéressant mémoire du docteur Libermann, dont nous offrons une analyse succincte à nos lecteurs.

La première édition de ce mémoire parut en 1862, après la cam-

pagne de Chine, que le docteur Libermann fit en qualité de médecin de l'ambulance du corps d'armée anglo-français. Un séjour de trois années en Chine lui permit d'étudier à fond la question qu'il traite, et dont les conclusions sont basées sur l'étude d'un millier d'observations recueillies par lui. La première édition épuisée, l'auteur a cru devoir en publier une seconde, à laquelle notre occupation du Tonkin, où l'habitude de fumer l'opium est aussi répandue qu'en Chine, donne un intérêt d'actualité.

« C'est seulement vers 1740 que Wheler, vice-résident des Indes, et le colonel Watson eurent l'idée d'importer l'opium en Chine et d'en dénaturer l'usage, en le faisant servir, comme cela existait déjà dans les Indes et la Perse, à la production de jouissances factices, au moyen d'une excitation délétère.

Les premiers essais de Wheler furent couronnés d'un plein succès, et l'usage de la fumée d'opium ne tarda pas à prendre une extension considérable.

Les chiffres suivants en sont une preuve frappante :

En 1798, l'importation était de 4172 caisses : en 1859, elle atteignait le chiffre énorme de 70180 caisses.

Chacune de ces caisses contient de 70 à 80 kilos d'opium et revient au prix de 600 à 800 piastres. »

L'auteur pense que la rapide propagation de cette habitude est due au besoin qu'ont tous les peuples d'un stimulant du système nerveux, qu'ils recherchent, les uns dans le haschisch, les autres dans l'opium, quand ils ne le trouvent pas dans les boissons fermentées. Les Chinois et les Tonkinois ne fabriquent pas de vin, ne se servent que de mauvaise eau-de-vie de riz, qu'ils boivent rarement et en petite quantité.

Aussi, selon le docteur Libermann, la meilleure manière d'arrêter l'extension de cette funeste habitude serait de propager la culture de la vigne, la fabrication du vin en Chine et au Tonkin, ou même l'introduction des vins français.

« La manière de fumer l'opium est connue ; il est inutile de s'étendre sur ce sujet. Certains Chinois, qui usent depuis longtemps de l'opium, vont jusqu'au chiffre énorme de deux cents pipes par jour. »

Le docteur Libermann assimile complètement les effets de l'opium à ceux de l'alcool : « Comme l'alcool, l'opium produit deux états pathologiques : l'un transitoire, l'autre permanent, qu'il a appelés, par analogie, narcotisme aigu et narcotisme chronique. Comme l'alcoolisme aigu, le narcotisme aigu se traduit par une excitation cérébrale vive, qui est suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, de collapsus, et quelquefois même de mort, quand les quantités de substances absorbées ont été assez fortes.

L'ivresse narcotique, comme l'ivresse alcoolique, s'accompagne d'une stimulation physique et intellectuelle ; toutes les passions individuelles sont mises en jeu et excitées à un haut degré ; puis, après cette ébullition, il y a réaction, qui consiste en un affaissement général, suivi d'un sommeil profond ; seulement, le sommeil narcotique arrive généralement plus vite que le sommeil produit par l'alcool, et s'accompagne de rêves et d'images.

Le narcotisme chronique, comme l'alcoolisme chronique, débute par les troubles des fonctions digestives. Dans les deux états, les premiers phénomènes morbides sont l'embarras gastrique ou la gastro-entérite, avec toutes leurs conséquences : l'inappétence, l'émaciation et les cachexies séreuses.

Puis, peu à peu, l'appareil cérébro-spinal se prend ; la marche devient pénible, claudicante ; l'intelligence faiblit ; la mémoire diminue, les plus bizarres hallucinations se déclarent, avec un tremblement des extrémités ; il y a production du delirium tremens narcotique, qui ressemble complètement au délire alcoolique, sauf qu'il est moins passager ; puis les symptômes cérébraux s'aggravent de plus en plus, et la maladie se termine par l'aliénation mentale, la paralysie générale progressive ou le ramollissement cérébral.

Mais toute l'analogie entre les deux substances ne se borne pas là. L'opium, comme l'alcool, n'exerce pas seulement son influence délétère sur la santé des individus, mais il agit encore sur leurs qualités morales ; il détruit les sentiments affectifs, engendre l'égoïsme, pousse aux actes les plus révoltants de brutalité, amène souvent le suicide et quelquefois l'assassinat.

Il a de plus, comme l'alcool, le triste privilège de transmettre aux enfants l'héritage d'infirmités physiques et morales dont il a frappé les pères ; il est une cause puissante de la scrofule, du rachitisme, de l'idiotie, des prédispositions à l'aliénation mentale, qui se trouvent si fréquemment chez les descendants des fumeurs, comme le docteur Libermann le rapporte au chapitre des dégénérescences produites par l'opium.

On le voit par ce parallèle, les deux substances stimulent également la masse cérébro-spinale, en la congestionnant. Toutes les deux passent dans le sang et vicient la nutrition générale ; toutes les deux anéantissent les facultés cérébrales par des alternatives d'excitation et de collapsus et prédisposent aux affections mentales, en plaçant journellement ceux qui en font usage dans les conditions d'une folie momentanée. La seule différence qui existe entre elles tient au double caractère de l'opium.

L'opium est excitant et narcotique : comme excitant, il agit tout à fait à la manière de l'alcool ; comme narcotique, il a une influence plus directe sur le système nerveux central, qui se traduit par des phénomènes un peu différents dans les manifestations cérébrales.

Ainsi que le fait observer le docteur Libermann, le sommeil narcotique arrive plus rapidement et a une durée plus grande que le sommeil alcoolique ; il est, de plus, accompagné d'images et de rêves.

Dans la période de narcotisme chronique, il est certains symptômes morbides qui diffèrent ; ainsi, le delirium tremens narcotique est ordinairement chronique, tandis que le délire alcoolique est essentiellement passager ; les affections nerveuses, telles que l'aliénation mentale, l'idiotie, la paralysie progressive, sont moins lentes à survenir et plus fréquentes que dans l'alcoolisme. Voilà les seuls caractères qui différencient, selon l'avis du docteur Libermann, les effets pathologiques de l'alcool et de l'opium.

Il reste à examiner une dernière question sur cette matière.

Certains économistes anglais ont prétendu que l'opium était plus utile que nuisible à la race chinoise, à cause de son effet stimulant, et qu'à ce titre, il n'y avait pas plus de motif de le proscrire que les boissons alcooliques.

Ces économistes ont tort ; car les alcooliques, pris en petite quantité, sont utiles, en produisant une stimulation qui facilite la digestion, favorise l'assimilation et entretient l'équilibre de toutes les fonctions.

Rien de pareil dans le rôle de l'opium. Prise en petite quantité, cette substance n'est plus un stimulant ; elle n'a que des propriétés narcotiques ; elle diminue l'appétit, entrave la digestion, ralentit la circulation et frappe momentanément d'impuissance les fonctions cérébrales.

Ce n'est qu'à une dose élevée qu'il acquiert des propriétés stimulantes ; alors son impression sur le système nerveux central devient beaucoup plus active et amène les effets délétères que nous avons constatés.

Rien ne justifie donc son emploi, excepté, bien entendu, dans le domaine thérapeutique ; tout pousse, au contraire, à le proscrire, tandis que les alcooliques peuvent jouer un rôle utile, quand on en use avec modération.

L'auteur cherche aussi à élucider la question si controversée du sommeil narcotique ; pour cela, il a fait l'expérience suivante : sur neuf chiens, de même portée, de même taille et de grosseur à peu près égale, 8 reçurent dans la région dorsale, préalablement rasée, une injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Deux heures après l'injection, les huit chiens injectés éprouvèrent quelques vomituritions et un peu d'agitation, traduite par des mouvements convulsifs de l'arrière-train ; puis ils tombèrent dans un sommeil profond, calme et paisible. Quand ils furent bien endormis, une section de la boîte crânienne fut faite, avec ablation de la calotte. Le cerveau parut alors à nu. Il était très congestionné, surtout du côté des veines et des sinus cérébraux. Les huit cerveaux furent retirés ; ils étaient lourds et manifestement augmentés de volume.

Le cerveau du chien qui n'avait pas reçu d'injection fut enlevé

de la même manière, pour être comparé avec ceux des chiens injectés. Ces derniers mesuraient 1/2 centimètre de plus dans le diamètre antéro-postérieur; ils pesaient, en outre, 20 grammes de plus que le cerveau du chien non narcotisé.

Voici les conclusions auxquelles s'arrêta le docteur Libermann :

« L'opium congestionne manifestement le cerveau, dont le volume et le poids sont augmentés. Comme la boîte crânienne est inextensible et ne peut augmenter de capacité, le cerveau se trouve comprimé, et cette compression, lente et graduelle (car la congestion narcotique n'atteint pas immédiatement son maximum), produit le sommeil narcotique. »

Frappé du vague des théories des philosophes, tant anciens que modernes, sur le sommeil, le docteur Libermann a pensé que cette expérience pouvait servir aussi à expliquer le sommeil physiologique. L'homme qui travaille du cerveau, le penseur, tous ceux enfin qui exercent une profession libérale, ont besoin d'un apport de sang dans le cerveau, d'autant plus considérable qu'ils travaillent davantage; le repas aidant, ainsi que les quelques stimulants dont use même l'homme le plus sobre, la congestion cérébrale, devient complète à la fin de la journée. La compression cérébrale lente et graduelle, constatée par l'auteur chez les chiens morphinés se produit de même chez l'homme et amène le sommeil, en abolissant les fonctions des cellules cérébrales. De plus, comme tous les phénomènes nerveux ont de la tendance à se reproduire périodiquement, le sommeil revient presque toujours à la même heure.

L'auteur a cru qu'il était à propos de donner à cette variété de sommeil le nom de sommeil par congestion (le sommeil produit par l'ivresse confirme notre théorie).

Il existe une autre variété de sommeil, appelée par le docteur Libermann sommeil par anémie cérébrale. Il a, en effet, observé que le premier besoin des blessés qui ont perdu beaucoup de sang, sur le champ de bataille ou dans les hôpitaux, était toujours le sommeil. Par des expériences très nombreuses, il a constaté, en outre, en opérant sur lui-même, qu'un bain d'électricité statique d'une demi-heure faisait disparaître l'insomnie et procurait un sommeil paisible, toujours exempt de rêves. Or, ce bain d'électricité statique a pour effet de décongestionner le cerveau; pris pendant un temps trop considérable, il pourrait amener une syncope.

C'est à cette variété de sommeil, le sommeil par anémie, que l'on pourrait rattacher le sommeil des artisans, des laboureurs, de tous ceux qui passent la journée dans un travail où les membres jouent le plus grand rôle. Ce travail produit nécessairement un afflux de sang dans les membres qui sont en jeu, et cela aux dépens de la quantité de sang envoyée au cerveau, qui se trouve en quelque sorte anémié.

En admettant ces deux variétés de sommeil, basées sur le système purement expérimental et inductif, on s'expliquera sans peine la cause réelle du réveil, sur laquelle la philosophie n'a donné jusqu'à présent que les hypothèses les plus problématiques.

Dans le sommeil par congestion, l'absence de pensées et de travail cérébral amène la décongestion lente et graduelle du cerveau et, par suite, le réveil.

Dans le sommeil par anémie, la position horizontale favorise la propulsion du sang au cerveau; quand l'apport en est suffisant pour produire la stimulation cérébrale à un degré convenable, le réveil survient.

Cette théorie, basée sur des expériences et des faits purement physiologiques que tout le monde peut constater, donne la clef de tous les phénomènes du sommeil.

M. Libermann détruit aussi une légende trop répandue sur la nature voluptueuse des rêves produits par la fumée d'opium ; ces rêves n'ont pas ce caractère exclusif, mais correspondent aux préoccupations habituelles des fumeurs.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Paris, le 27 mai 1887.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Je vous serai très obligé de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro la note suivante, qui intéresse le corps médical des hôpitaux :

« L'administration de l'Assistance publique vient de décider qu'il ne serait plus accordé de congé à MM. les internes des hôpitaux pendant l'absence de leurs chefs de service. Les élèves internes ne seront autorisés, sauf les cas de force majeure, à s'absenter qu'avant le départ ou après le retour de ceux de MM. les médecins ou chirurgiens aux services desquels ils sont attachés.

« En même temps, M. le directeur de l'Assistance publique a fait appel au dévouement de MM. les membres du corps médical des hôpitaux, pour qu'ils veuillent bien restreindre autant que possible la durée de leurs congés et les échelonner de façon qu'un tiers au moins des médecins et chirurgiens attachés à chaque hôpital soit toujours présent. »

Veuillez recevoir, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'administration générale
de l'Assistance publique,
PEYRON.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

221. M. GOUZIEN. Topographie médicale de l'île de Sein (Finistère). — 222. Mme CONTA. Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants, et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement. — 223. M. FOURTOUL. Aperçu sur le climat de la pathologie de la Guyane. — 224. M. ALLOT. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire. — 225. M. ALLIN. L'eau potable et la fièvre typhoïde. — 226. M. BOUQUET. Le clou de Biskra. — 227. M. TSCHERNING. La loi de Listing.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 20 mai 1887, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 novembre 1887, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques;

2° Le 12 décembre 1887, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pharmacie et matière médicale, près l'École de médecine de Besançon.

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a voté la construction, à l'hôpital de Lourcine, d'une baraque-annexe au service de chirurgie de Pascal, pour salle d'opérations, salle de spéculum et chambre d'isolement.

Il a également voté la construction, à l'hôpital Lariboisière, d'un pavillon isolé pour les grandes opérations.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique microscopique ou guide pratique pour l'éude et le maniement du microscope dans ses applications à l'histologie humaine et comparée, à l'anatomie végétale et à la minéralogie, par M. le docteur Paul Latteux, 3e édition, avec introduction du professeur Trélat et 385 figures, in-8°, 1887. — Prix : 13 francs, Paris, Al. Coccoz.

La prostitution à Paris, par le docteur A. Corlieu. 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

M. Pasteur. Sa nouvelle méthode dite intensive peut-elle communiquer la rage ? — Réponse à cette question, par M. le docteur Constantin James, ancien collaborateur de Magendie. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lahure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21247

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance presque entièrement occupée par des élections pour le recrutement du personnel des correspondants, tant nationaux qu'étrangers. Cinq scrutins successifs ont enrichi ce personnel de cinq nouveaux correspondants nationaux, deux dans la première division, MM. Mauricet (de Vannes) et Ossian Bonnet (de Rio-Janeiro); d'un correspondant national dans la deuxième division, M. Surmay (de Ham); et de deux correspondants étrangers dans la deuxième division, M. Spencer Wels (de Londres) et M. Kosloff (de Saint-Pétersbourg).

L'Académie avait entendu, avant de procéder à ces élections, la communication d'une lettre de M. Damaschino relative au bacille de la diarrhée des enfants en bas âge et une lecture de M. Terrillon sur quatre cas de laparotomie pratiquée avec succès dans des cas d'inflammation des annexes de l'utérus et des ovaires. On trouvera l'analyse de ces deux communications dans le compte rendu de la séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Fibrome interstitiel de l'utérus, antéflexion et métrite purulente. — II. Déchirure du périnée, périnéorrhaphie.

I. La première des deux malades, dont je veux vous parler aujourd'hui, est partie hier après un séjour de deux mois et demi dans mon service. Il s'agit d'un cas intéressant, d'une affection utérine profonde qui mérite de nous arrêter quelques instants.

La malade est une femme de cinquante-sept ans qui, bien que mariée pendant très longtemps avec un homme bien constitué, n'a jamais eu d'enfants, n'a jamais été enceinte. C'est à l'âge de quarante-huit ans que la ménopause a eu lieu chez elle, et c'est il y a deux ans qu'elle a commencé à être incommodée par des écoulements d'un liquide tout d'abord clair, limpide et inodore, puis devenant peu à peu grisâtre et, dans ces derniers temps, jaunâtre, séro-purulent et même purulent. De plus, depuis un an ou dix-huit mois environ, elle se plaignait de douleurs assez vives et allait consulter successivement plusieurs médecins. Enfin, n'éprouvant aucun soulagement, elle s'est décidée, bien que n'appartenant pas à la classe qui d'habitude vient ici, à entrer à la Charité il y a deux mois et demi.

A cette époque elle était quelque peu amaigrie, la coloration de la peau était d'un jaune pâle, légèrement cachectique; les douleurs lombaires, gravatives, avaient augmenté d'intensité et l'écoulement purulent était aussi plus continu, plus abondant. Bref, elle venait avec la conviction qu'elle avait un cancer de l'utérus.

Dans un premier examen, nous ne trouvâmes rien d'autre qu'un col utérin, presque virginal, présentant un très petit orifice, lequel laissait s'écouler un liquide séro-purulent. J'essayai de cathétériser l'utérus, l'hystéromètre le plus petit ne put pénétrer au delà de deux centimètres et demi, c'est-à-dire sans dépasser la longueur du col. D'où, si nous restions fort incertain quant au diagnostic à émettre, nous étions toutefois assuré qu'il ne s'agissait pas de cancer, du moins d'un cancer développé dans les conditions ordinaires, mais, je le répète, aucun diagnostic ferme n'était possible tant que nous ne connaîtrions pas l'obstacle qui s'opposait à la pénétration de l'hystéromètre dans la cavité utérine. D'autre part trouvions-nous quelque chose qui dénotât une augmentation de volume de l'utérus? Non. D'ailleurs, il faut bien le dire, ces difficultés de diagnostic se trouvaient encore augmentées par une exagération involontaire de la sensibilité générale de notre malade, femme nerveuse à ce point que, si on cherchait à palper le ventre, celui-ci se tendait immédiatement, et que si on touchait à la vulve pour l'examiner, ses cuisses se contractaient et se serraient de façon à rendre tout examen fort difficile.

Ne pouvant donc pénétrer au delà du col utérin, je dus chercher à dilater graduellement l'utérus à l'aide de bourrages du canal cervical puis du corps utérin avec des tampons de gaze iodoformée, dont on augmenterait peu à peu le volume. Toutes nos tentatives répétées de dilatation échouèrent devant un obstacle qu'il nous fut impossible de franchir. Cependant, un peu plus tard, j'arrivai à dépasser l'orifice supérieur du canal cervical et à constater que cet obstacle n'était autre qu'une antéflexion utérine prononcée.

Cette antéflexion reconnue, je divisai par une incision l'anneau postérieur du col, sa lèvre postérieure et, avec un bistouri boutonné, j'allai entamer un peu l'angle de la muqueuse utérine qui formait la coudure, afin de me créer enfin un accès dans la cavité de l'organe. Désormais la dilata-

tion complète devenait possible, nous l'obtînmes suffisante, en effet, pour, la malade ayant été préalablement chloroformée, pratiquer le toucher utérin et reconnaître ainsi avec le doigt un fait très simple, c'est-à-dire l'existence, dans la partie profonde de l'utérus, d'un petit fibrome dont l'origine, très ancienne, se perdait dans la nuit des temps. Il occupait le lieu même de l'antéflexion et son volume ne dépassait pas celui d'une noisette.

Le diagnostic fait ainsi par l'examen digital, nous avons cessé toute dilatation de l'organe, nous bornant à traiter la métrite purulente par des soins de propreté et des lavages antiseptiques. Bientôt tout écoulement a cessé et la malade, impatiente de rejoindre ses pénates, a quitté l'hôpital hier même.

C'est là un cas intéressant par les difficultés de diagnostic, rendues plus grandes encore par la sensibilité et la résistance involontaire de la malade aux examens rendus nécessaires par son état morbide, intéressant aussi en ce sens que si aucun diagnostic ferme n'avait pu être fait, aucun traitement n'eût été possible.

En résumé, donc, il s'agissait chez cette femme d'une très ancienne antéflexion résultant de l'existence d'un petit fibrome interstitiel du corps de l'utérus ayant déterminé la stérilité de cette malade et sa métrite post-ménopausique, si je puis m'exprimer ainsi. Aujourd'hui cette femme peut être considérée comme guérie.

II. Quant à la malade dont j'ai maintenant à vous dire quelques mots, c'est une jeune femme de dix-neuf ans, chez laquelle nous allons pratiquer une périnéorrhaphie.

Accouchée chez elle au mois d'août dernier, elle a eu une déchirure du périnée ; le travail avait duré dix-huit ou dix-neuf heures et avait été suivi de l'expulsion d'un très gros enfant né un peu après terme, d'où cette déchirure périnéale. Ce n'est que cinq mois plus tard qu'elle est entrée à l'hôpital, venant réclamer une opération capable de remédier à l'infirmité dont elle souffrait.

A ce moment je jugeai indispensable de lui prescrire un traitement, préalable à toute intervention chirurgicale, en raison de sa constitution un peu ébranlée, affaiblie, et d'une métrite post-puerpérale caractérisée par la présence d'ulcérations du col avec écoulement muco-purulent. Grâce à la thérapeutique qui lui fut faite, tous ces accidents ont disparu, la santé générale s'est améliorée et aujourd'hui le vagin et l'utérus sont dans de bonnes conditions.

Quant à la déchirure du périnée, bien qu'elle intéresse la cloison recto-vaginale, elle est, en somme, médiocre puisqu'elle permet encore à la malade de retenir en partie les matières fécales, tout au moins les matières solides.

La périnéorrhaphie, après avoir été l'objet de longues discussions, est actuellement une question jugée, grâce aux moyens antiseptiques. Ainsi on peut, avec avantage, faire la suture du périnée presque aussitôt après que la déchirure s'est produite, c'est-à-dire au bout de quelques heures. C'est là une opération simple et non pas une opération plastique exigeant des avivements préalables, ce n'est pas une périnéorrhaphie. On peut encore faire cette suture simple pour ainsi dire lorsque les surfaces sont encore granuleuses, car il suffit alors d'un réavivement des parties à suturer.

Autrefois l'on disait, et j'étais de ceux-là, que toute femme ayant une déchirure du périnée devait tout d'abord guérir de sa couche et cinq ou six mois plus tard seulement on devait songer à l'opérer, car, n'ayant pas alors les agents antiseptiques dont nous disposons maintenant, toute opération précoce de ce genre était une opération menacée. Mais aujourd'hui où nous pouvons opérer nos malades sous une antiseptie rigoureuse, il n'en est plus de même et il nous est permis de dire : 1° que toute femme ayant son périnée déchiré par l'accouchement peut être suturée presque immédiatement après l'accident; 2° que la suture peut encore être pratiquée au bout de huit ou dix jours, lorsque nous trouvons encore des surfaces granuleuses que l'on peut réaviver ; enfin 3° que lorsque, pour une raison ou pour une autre, on n'a pas fait, dans les deux conditions que je viens d'indiquer, la suture des parties déchirées, la périnéorrhaphie deviendra une opération nécessaire, c'est-à-dire l'avivement, le rapprochement des parties avivées et leur suture. La différence entre ces diverses opérations, c'est que la périnéorrhaphie exige que l'on taille des surfaces pour les aviver, les rapprocher et les suturer.

Je ne décrirai pas ici tous les procédés opératoires auxquels on a eu recours dans la périnéorrhaphie, c'est là une question intéressante au point de vue historique que je ne veux pas traiter dans cette leçon. Je me bornerai à dire qu'aujourd'hui cette opération consistant : 1° dans un avivement convenable; 2° dans une coaptation régulière ; 3° dans une antiseptie bien faite, est suivie d'une guérison à peu près certaine, dans tous les cas, quelle que soit la façon dont on s'y prenne pour la pratiquer, que l'on se serve ou non de petites chevilles, que l'on emploie plus ou moins de fils de suture. Aujourd'hui tous les chirurgiens pratiquent la périnéorrhaphie avec succès, ce qui n'avait pas lieu il y a quinze ans.

L'opération que je vais pratiquer aujourd'hui est la vingt et unième. Les vingt précédentes ne m'ont donné que trois insuccès dans les conditions suivantes. La première a été un cas des plus malheureux, il se rapporte à une jeune femme qui est morte absolument septique au quatrième jour; le fait remonte à 1872 ou 1873.

Le second fait a été un échec absolu, mais il s'est produit dans des conditions bizarres et se reproduirait encore si les mêmes circonstances se représentaient. Il s'agit d'une grosse femme, jeune, née et élevée en Cochinchine où elle avait passé toute son enfance. Quoique femme du monde, elle mangeait n'importe quoi et à n'importe quelle heure, de même qu'elle allait à la selle quatre ou cinq fois par jour et à n'importe quelle heure aussi du jour, sans aucune régularité, quoi que j'aie fait pour tâcher d'obtenir d'elle des habitudes moins irrégulières et aussi contraires au succès de l'opération que je devais pratiquer sur elle. Bref, je fais la périnéorrhaphie et, dès le deuxième jour, survenaient ouragan, tempête, les vents soufflant de tous côtés, lames énormes déferlant dans la suture, au point que je dus défaire celle-ci de peur de quelque phlegmon.

Quant au troisième fait, je pourrais presque le considérer non pas comme un échec mais comme une demi-guérison, puisque, après l'opération, la malade conserva seulement une toute petite fistule oblique qu'on se bornait à cathétériser et qui ne laissait rien passer. Cette femme, morte aujourd'hui de tout autre chose, a eu une survie de vingt-quatre ou vingt-cinq ans.

En résumé, donc, nous avons eu, dans notre pratique, sur 20 opérations, 17 succès absolus, 1 succès incomplet, 1 mort et un échec absolu. D'ailleurs aujourd'hui nous pouvons dire que la périnéorrhaphie, si elle ne donne pas 100 pour 100 de guérisons, en donne au moins 95 sur 100.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations opérées en 1886 par M. Jaubert, médecin de colonisation de la circonscription de Duperré (département d'Alger), suivi de quelques observations sur la vaccination chez les indigènes et ses rapports avec les épidémies de variole (Comm. de vaccine);

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au moyen du vaccin de génisse, au 63e régiment d'infanterie, en 1884 et 1885, par M. le docteur Forgues, médecin-major à l'hôpital militaire du camp de Châlons (Même comm.);

3° L'état des vaccinations du 89e régiment d'infanterie, à Sens, par M. le docteur Rouire, médecin-major (Même comm.);

4° Un travail de M. le docteur Cazenave de La Roche, intitulé : *De quelques formes de maladies de poitrine et de leur curabilité par les Eaux-Bonnes* (Comm. des Eaux minérales);

5° Une lettre de M. le docteur Bourgarel, médecin inspecteur de Pierrefonds, qui informe l'Académie des mesures que la municipalité vient de prendre pour assurer la salubrité de la ville;

6° Un travail de M. le docteur Guillaume Guelpa, intitulé : *Contribution au traitement de la diphthérie* (Comm. des épidémies);

7° Une lettre de M. le docteur H. Napias, qui prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale (Section d'hygiène).

Diarrhée verte des jeunes enfants. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Damaschino, au nom de M. Clado et au sien, en réclamation de priorité relativement à la découverte d'un microbe spécial dans la diarrhée verte des jeunes enfants, dont M. Hayem a entretenu l'Académie dans sa dernière séance.

Qu'il nous soit permis, disent les auteurs de cette lettre, de faire observer que la découverte du microbe, attribuée à M. Lesage, avait été faite par nous, il y a plus de deux ans. Le 6 décembre 1884, nous avons présenté, M. Clado et moi, à la Société de biologie, avec préparations microscopiques et microphotographiques à l'appui, un travail sur les microbes en bâtonnets de la diarrhée infantile. En voici le résumé :

Ces bacilles, de forme et de dimensions caractéristiques, constituent un important élément morphologique des selles dans cette maladie du premier âge; ils sont d'autant plus nombreux que l'affection est plus sérieuse. Dans trois cas graves de diarrhée verte, ils se montraient dans les préparations microscopiques avec l'apparence de cultures à peu près pures. A l'état frais, ils sont animés de mouvements rapides qui semblent avoir pour centre la partie moyenne du microbe. Ces bacilles disparaissent à mesure que la maladie diminue d'intensité et que les selles perdent la teinte verte pour devenir jaunâtres.

Quelle est la valeur clinique de notre découverte du bacille spécial à la diarrhée des enfants à la mamelle? En voyant que, postérieurement à nos recherches, elle a été confirmée en Amérique et qu'elle l'est encore aujourd'hui par M. Lesage, et en lisant le beau mémoire qu'elle a provoqué de la part de M. Hayem, nous croyons que notre trouvaille microscopique n'est pas sans quelque valeur.

M. HAYEM monte à la tribune pour répondre à cette réclamation; mais, sur l'observation de M. le président que l'ordre du jour est très chargé, M. Hayem consent à remettre sa réponse à la séance prochaine.

Nouvelle aiguille à vacciner. — M. VILLEMIN présente, au nom de M. le docteur Schoull, médecin aide-major, une nouvelle aiguille à vacciner, qui aurait pour avantages de donner une plus grande chance de succès, une plus grande rapidité et facilité de l'opération, avec douleur moindre et absence d'écoulement sanguin, enfin économie de vaccin. (L'examen de cet instrument est renvoyé à la comm. de vaccine.)

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division, d'un correspondant national dans la deuxième division et de deux correspondants étrangers dans la deuxième division.

Le premier scrutin donne les résultats suivants : classement des candidats; en première ligne M. Mauricet (à Vannes); en deuxième ligne M. Ossian Bonnet (à Rio-Janeiro); en troisième ligne ex æquo M. Barallier (à Toulon), M. Gibert (au Havre), M. Poincarré (à Nancy), M. Riembault (à Saint-Étienne).

Nombre de votants 65, majorité 33.

M. Mauricet, ayant obtenu 44 voix, est proclamé élu.

Le deuxième scrutin ayant donné sur 68 votants, majorité 35, 39 voix à M. Ossian Bonnet, M. Bonnet est élu.

Troisième scrutin, classement des candidats : en première ligne M. Surmay; en deuxième ligne ex æquo M. de Closmadeuc, M. Demons, M. Dezanneau, M. Jouon, M. Queirel.

Nombre de votants 63, majorité 32.

M. Surmay, ayant obtenu 48 voix, est proclamé élu.

Quatrième scrutin, pour la deuxième division des correspondants étrangers, classement ex æquo : M. Hamilton (de New-York), M. Kosloff (de Saint-Pétersbourg), M. Spencer Wels (de Londres).

Sur 49 votants, M. Spencer-Wels obtient 48 voix (élu).

Cinquième scrutin (pour la même division), même nombre de votants : M. Kosloff obtient l'unanimité des suffrages (élu).

LECTURES

Inflammation des annexes de l'utérus (salpyngite et ovarite), guérison par la laparotomie. — M. TERRILLON donne lecture, sous ce titre, d'un travail dans lequel il dit avoir eu l'occasion de pratiquer quatre laparotomies, pour remédier aux accidents produits par une affection inflammatoire des trompes et de l'ovaire. Il s'agissait d'une variété d'inflammation de la trompe connue sous le nom de salpyngite.

Cette opération étant encore peu connue en France jusqu'à ce jour, il lui a paru utile de faire connaître ces faits qui lui sont personnels et de les comparer à ceux dont la relation nous est venue par les travaux étrangers.

Après la lecture de ces quatre observations résumées, M. Terrillon en fait ressortir, en ces termes, les points principaux :

L'opération, dans les quatre cas, a été très difficile et délicate, mais suffisamment bien réglée pour permettre d'en donner une description d'ensemble.

Elle se divise en plusieurs temps :

1° Ouverture du péritoine sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction de trois doigts au moins.

2° Les anses intestinales et l'épiploon qui se présentent dans la plaie sont refoulés en haut, au moyen d'une éponge.

3° Le pouce, l'index et le médius introduits dans le bassin, d'abord d'un côté, puis de l'autre, en suivant exactement l'extrémité de la corne utérine, permettent de reconnaître facilement une tumeur plus ou moins volumineuse et bosselée, fluctuante ou dure, occupant une position variable sur les côtés de l'utérus. En la contournant avec les doigts, on a la notion que cette masse irrégulière est libre par une partie de sa surface, celle qui regarde du côté de l'axe du bassin, ou seulement munie de quelques adhérences qui l'unissent à l'intestin. L'autre ligament est intimement uni au fond du bassin, à la face postérieure du ligament large, ou au pourtour de la partie antérieure du bassin.

Les doigts, insinués entre la tumeur et la paroi du bassin, font sentir que, par la déchirure des adhérences qui les unissent, la tumeur se détache légèrement.

En continuant cette séparation, on arrive à isoler toute la masse qui bientôt ne tient plus à l'utérus que par un pédicule qui se continue avec la corne, lequel n'est autre que l'origine de la trompe et le ligament de l'ovaire. La tumeur est alors extraite de l'abdomen et il suffit de poser deux ligatures sur le pédicule pour l'enlever.

4° La déchirure des adhérences, la rupture de la trompe remplie de sang, de liquide séreux ou quelquefois de pus, nécessitent un nettoyage parfait de la partie profonde du bassin.

L'opération se termine par la suture abdominale comme dans toute laparotomie.

M. Terrillon résume en ces termes l'examen anatomo-pathologique et histologique ainsi que la pathogénie qui en ressort.

Il s'agit ici d'une inflammation de la muqueuse de la trompe utérine propagée à la suite d'une inflammation semblable de la muqueuse utérine.

Cette inflammation a gagné le pavillon, a atteint le péritoine voisin où elle a provoqué une péritonite locale adhésive. L'oblitération de la trompe en est la conséquence.

Ces lésions rendent compte des phénomènes éprouvés : accidents péritonitiques locaux, douleur principalement dans la région des ovaires, métrorrhagies et retentissement grave sur les fonctions digestives.

Comme ces organes ainsi altérés sont devenus inutiles, comme, de plus, ils deviennent un danger permanent, il ne faut pas hésiter à les enlever, quand tous les autres moyens de guérison ont échoué. La bénignité relative de la laparotomie et surtout les succès nombreux publiés par Lowson et beaucoup d'autres chirurgiens en Amérique et en Allemagne ne laissent aucun doute sur l'efficacité et sur l'innocence de cette opération.

(Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Duplay et Cornil.)

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre de nouveaux rapports de candidature.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Angine de poitrine sans lésion des coronaires. — M. BALL a donné ses soins à un homme atteint d'angine de poitrine. Cet homme avait eu une attaque de rhumatisme généralisé à douze ans, une fièvre intermittente en Algérie à vingt-trois ans, et, peu de temps après, une deuxième attaque de rhumatisme, avec complications cardiaques. A vingt-neuf ans, troisième attaque.

Les crises angineuses ont commencé cinq semaines avant le décès; le premier accès était survenu au moment où le malade venait de faire un grand effort en soulevant une porte. L'accès dura deux minutes, fut suivi de quelques instants de repos; puis nouvel accès, qui se prolongea plus d'une heure; dix jours plus tard, nouvelle attaque, plus violente.

A partir de ce moment, il eut de très fréquents accès d'étouffement. Deux jours avant son entrée à Laënnec, il eut un crachement abondant de sang noir. Il est fumeur.

A l'examen, M. Ball constate un souffle léger au second temps, à la base, à peine suffisant pour diagnostiquer une insuffisance aortique; il n'y a d'ailleurs aucune dyspnée. Il donna 25 centigrammes de sulfate de spartéine; quelques jours après, mal de tête, faiblesse générale; il attend huit jours, puis, la céphalalgie persistant, il ordonne six ventouses aux apophyses mastoïdes; le malade semble soulagé, mais, trois jours après, nouvel accès pendant la nuit et mort au bout de trois heures.

A l'autopsie, on trouve des lésions tuberculeuses aux deux sommets. Au cœur, hypertrophie notable du ventricule gauche. Les valvules aortiques sont épaissies et indurées; les sigmoïdes sont insuffisantes, les orifices des deux coronaires sont manifestement dilatés, aucun obstacle ne bouche leur lumière; ils sont très perméables; l'aorte est également dilatée. Le ventricule droit est écrasé par le gauche et très réduit de volume; mais il ne paraît présenter aucune lésion d'orifice. Le cœur offre une surcharge graisseuse; cependant la striation reste parfaite; aucune lésion appréciable dans le plexus cardiaque.

Cette observation montre un cas d'angine de poitrine offrant le cadre clinique habituel sans qu'il y ait la moindre lésion des artères coronaires, dont le calibre est plutôt exagéré.

Peut-être l'aplatissement du cœur droit pourrait-il expliquer plusieurs des signes observés? Le fonctionnement du cœur droit était très gêné; on peut supposer que, la quantité de sang revenant par les veines pulmonaires au cœur gauche étant amoindrie, il y a eu ischémie cardiaque et défaut de circulation dans les parois, non par rétrécissement des artères coronaires, mais malgré leur dilatation.

M. HUCHARD signale une lacune dans cette autopsie; il fallait disséquer les artères coronaires, dans tout leur parcours.

Cette recherche est importante; il a, en effet, parlé d'un malade mort dans le service de M. Robin, chez lequel il y avait aussi dilatation de l'orifice des coronaires, mais rétrécissement peu après leur origine.

Quand même on ne trouverait pas de rétrécissement, cette observation ne viendrait pas à l'encontre des nombreux faits qui tendent à démontrer que l'angine vraie est le résultat d'une ischémie cardiaque. Du reste, M. Ball, lui-même, cherche à l'expliquer par ce mécanisme.

Il signale aussi l'âge du malade; il est exceptionnel que chez un homme de trente-quatre ans il y ait artério-sclérose ou rétrécissement des coronaires. Sur sa prière, M. Ball a fait une enquête qui a établi que son malade avait des habitudes de tabagisme invétérées.

Donc, cette observation viendrait à l'appui des cas d'angine tabagique dans lesquels les malades meurent sans lésion des coronaires, mais par spasme de ces artères, mécanisme indiqué par Cl. Bernard lui-même.

M. BALL n'a pas disséqué les coronaires dans leur trajet intracardiaque pour présenter une pièce intacte, montrant bien la dilatation de l'orifice, mais l'omission est facile à réparer.

M. HUCHARD a remarqué dans l'observation de M. Ball qu'il a donné 25 centigrammes de sulfate de spartéine dont on connaît mal l'action sur la circulation; il est probable toutefois qu'il augmente la tension artérielle : or, c'est un fait démontré pour lui que tous les médicaments sans exception qui augmentent cette tension, surtout la digitale, sont tous capables de provoquer des accès d'angor pectoris.

L'angine, d'ailleurs, s'accompagne presque toujours d'augmentation de la tension artérielle; c'est précisément pour cela que tous les médicaments qui diminuent cette tension : iodure de potassium, nitrite d'amyle, trinitrine, sont indiqués.

M. GUYOT ne peut admettre que la digitale ne doive pas être employée. Il a eu à soigner un malade auquel M. Sée ne voulut pas donner de digitale et cependant ce n'est qu'après avoir employé ce médicament que les accès disparurent.

Il a encore un malade qui ne peut supporter l'iodure de sodium, et ce n'est que grâce à la digitale qu'il n'a plus d'accès depuis deux mois.

M. HUCHARD dit que dans l'artério-sclérose il y a deux périodes qu'il ne faut pas confondre : une première où il y a augmentation de la tension artérielle; une seconde où il y a diminution.

A cette seconde période, si vous donnez la digitale, vous traitez les malades en cardiaques et non en angineux : vous relevez le pouls et vous obtenez un bon résultat; mais il croit qu'à l'origine la guérison des accès ne s'effectuera qu'à l'aide des médicaments dépresseurs de la tension artérielle.

Étiologie de la fièvre typhoïde. — M. CHANTEMESSE présente, au nom de MM. Chibret et Augieras, un travail sur les rapports des chutes de pluie avec les recrudescences de la fièvre typhoïde.

On sait qu'une grave épidémie de fièvre typhoïde a fait de nombreuses victimes l'année dernière à Clermont-Ferrand. L'enquête, faite par MM. Brouardel et Chantemesse, a démontré que la cause de l'épidémie était la souillure de l'eau contenant des bacilles typhiques et des matières fécales. L'eau potable bue à Clermont était en effet captée, dans des conditions très défectueuses, au-dessous du village de Royat. MM. Chibret et Augieras, médecins de Clermont, convaincus de cette cause d'infection, ont étudié très soigneusement la marche de l'épidémie parmi les troupes de la garnison de la ville. Ils ont pu se convaincre que la période d'incubation était parfois plus longue qu'on ne l'admet ordinairement et que dans cette épidémie elle avait atteint souvent trente et trente-cinq jours.

D'après les deux médecins de Clermont-Ferrand, les pluies abondantes avaient pour effet de laver le sol contaminé de Royat où il n'existe pas de fosses étanches et d'entraîner dans la source mal captée, dans l'aqueduc mal protégé, les germes de la fièvre typhoïde. Les pluies étaient dans la majorité des cas suivies, au bout de trente à trente-cinq jours, d'une recrudescence de la maladie.

Cette règle n'a pas été absolue et l'exception a été de deux cas sur six.

MM. Chibret et Augieras concluent que dans les conditions présentes — où l'on ne souille pas l'eau potable en y jetant l'eau d'un ruisseau, comme cela se faisait autrefois à Royat — les chutes de pluie n'amèneront pas toujours la fièvre typhoïde, mais que chaque recrudescence de la maladie sera précédée un mois auparavant d'abondantes pluies.

Traitement de la syphilis. — M. MAURIAC fait une communication sur ce sujet. La syphilis, dit-il, possède deux spécifiques, le mercure et l'iodure de potassium.

Chacun d'eux est doué d'une *action curative* puissante qui ne fait que bien rarement défaut dans l'ordre des manifestations que chacun d'eux est plus spécialement appelé à combattre.

Leur *action préventive* est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe — ce qui est probable, mais difficile à démontrer d'une façon positive. Toujours est-il qu'elle est fort *incomplète*, puisque les poussées successives de la maladie s'effectuent à peu près fatalement chez ceux qui sont traités et chez ceux qui ne le sont pas.

Il ne faut donc pas diriger systématiquement la médication spécifique contre la diathèse, en dehors de ces manifestations, car, sans cela, on serait condamné à traiter les syphilitiques toute la durée de leur existence. On doit attaquer les accidents par l'un ou l'autre spécifique, ou par les deux, suivant la durée et la mesure qu'exigent leur intensité, leur généralisation, leur nature, leur date et leurs localisations.

En un mot, la source des indications se trouve, non pas dans l'idée forcément hypothétique qu'on se fait de la diathèse à l'état virtuel, mais bien dans les effets matériels de cette diathèse, dès qu'elle commence à passer du repos à l'action. Quand elle est absolument à l'état de latence, c'est le moment qu'il faut choisir pour ne pas troubler l'organisme par une médication qui s'émousse et qui attaque vainement une chose invisible et insaisissable.

La meilleure manière d'introduire le mercure dans l'organisme, la plus usuelle, la plus commode, et celle qui se plie le mieux à toutes les indications, c'est la méthode stomacale.

Les frictions, et surtout les injections hypodermiques, ne sont que des méthodes exceptionnelles, qui ne répondent qu'à un nombre restreint d'indications, et auxquelles on ne doit recourir que lorsque les voies digestives sont intolérantes, ou qu'il est indispensable d'obtenir très rapidement la saturation hydrargyrique.

Ces deux méthodes, surtout l'hypodermique, ont plus d'inconvénients et exposent à plus de dangers que la méthode stomacale, et elles n'ont pas plus qu'elle le privilège de prévenir les poussées successives qui se font, malgré le traitement, pendant la période secondaire.

Quoique la syphilis puisse se guérir spontanément dans un certain nombre de cas, il est d'une bonne pratique de toujours la traiter.

Il faut commencer l'administration des spécifiques à partir du moment précis où on a la certitude absolue que le chancre est syphilitique.

Le traitement de la phase primitive est tout aussi logique et tout aussi indiqué que celui des phases consécutives.

L'excision du chancre ne prévient pas l'infection. Peut-être en atténue-t-elle les conséquences, mais le fait n'est pas péremptoirement démontré.

Il est indispensable de suspendre de temps en temps l'administration des spécifiques pour laisser reposer l'organisme et éviter l'accoutumance.

Aucune règle fixe et surtout mathématique ne peut être établie d'avance, ni pour la durée, ni pour la suspension du traitement spécifique. Toute chronologie uniforme qu'on tenterait de lui imposer serait illusoire, dangereuse et antimédicale.

Il faut traiter la syphilis comme toutes les autres maladies constitutionnelles, non pas d'après un type abstrait et immuable, mais d'après les nombreuses indications qu'elle présente, suivant ses formes, ses degrés, ses tendances, etc., et aussi suivant les individus.

L'intervention des deux spécifiques est utile dans presque tous les cas, mais pas au même degré. Dans les formes légères, le mercure suffit et prime l'iodure. Dans les formes graves, soit par la profondeur des lésions, soit par leur siège, soit par les déterminations viscérales, il faut recourir au mercure et à l'iodure.

La spontanéité curative de l'organisme, qui existe dans les premières phases, décroît peu à peu et disparaît presque après l'invasion du tertiarisme. Aussi, plus on se lance dans la diathèse, et plus ses accidents réclament l'emploi des deux spécifiques.

L'organisme ne consent pas toujours à développer, dans toute leur plénitude, les effets curatifs des spécifiques. En pareil cas, il faut se résigner à en suspendre l'usage momentanément pour le reprendre plus tard et chercher ailleurs que dans le mercure et l'iodure les résultats favorables qu'ils ne peuvent donner.

Aussi est-il nécessaire, dans presque tous les cas, et surtout dans les plus sévères, de faire marcher de front le traitement spécifique et le traitement général, l'hygiène et la thérapeutique.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 29 mai 1887.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

J'ai lu dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 mai, à l'article CORRESPONDANCE, un appel à un concours pour une œuvre scientifique et nationale qu'entreprend M. le docteur Paul Topinard. Il s'agit d'une *Carte de la répartition de la couleur des cheveux et des yeux*, pour aider à l'étude si vaste de l'anthropologie.

Depuis longtemps, moi-même, j'ai pensé à une distribution d'une autre nature, pouvant éclairer le mélange à notre population franchement ou ethniquement française, de diverses autres races qui leur sont étrangères comme point de départ. Pour bien rendre ma pensée, j'emploierai une analogie : il s'agirait, par exemple, de retrouver, dans un grand fleuve, les divers affluents, même les plus petits, qui versent leurs eaux dans les siennes. Il ne me paraît pas impossible de retrouver des traces numériquement exactes des diverses races ethniques étrangères qui sont venues se confondre dans notre race radicale.

Ces traces nombreuses, variées et saisissables, ce sont les noms patronymiques. Les noms de famille, en effet, se transmettent chez nous, en vertu de nos usages, et surtout en vertu de nos lois, avec une constance et une exactitude parfaites. La fortune, les titres,

les positions sociales, sont aussi mobiles que les flots de la mer; mais le nom patronymique résiste à toutes les causes de modification. Chacun de nous porte réellement le nom de son aïeul, de son bisaïeul, de son trisaïeul, etc., etc.; donc, si quelqu'un a eu pour ascendant un Allemand, un Hollandais, un Norwégien, un Anglais, etc., etc.; il porte sûrement un nom qui révèle une pareille origine ethnique; car, en général, les noms patronymiques sont spéciaux aux diverses langues, aux divers dialectes.

Or les documents administratifs peuvent fournir la distribution de ces noms patronymiques, par groupe régional, soit départément, soit arrondissement, soit communal. Les listes électorales me paraissent propres à fournir cette distribution géographique des noms patronymiques; on pourrait faire une liste de ces noms, et chaque mairie serait invitée à mettre en regard le nombre des électeurs qui, dans la commune, portent ces noms. Est-ce une utopie? Je laisse à d'autres le soin de le penser ou de le dire. Je ne m'étends pas davantage; j'ai posé les bases de mon plan; cela me suffit.

Voyez, monsieur le directeur, si mon idée est digne d'intérêt, soit en théorie, soit en pratique, et veuillez me croire votre tout dévoué

Dr Marmisse (de Bordeaux).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

228. M. de Nesslern. Contribution à l'étude de l'influence de l'alcool sur la pepsine. — 229. M. Camus. Du traitement radical du cancer du gros intestin, par la colotomie avec entérorrhaphie après laparotomie. — 230. M. Grenet. De la sarcomatose rectale. — 231. M. Martel (Félix). Éther iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — 232. M. Rouffet. De l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde à l'hôpital maritime de Cherbourg. — 233. M. Nicoletis. Opération de Récamier. Indications et contre-indications. — 234. M. Martel (Charles). De la phlébite dans le rhumatisme blennorrhagique. — 235. M. Gaud. De la rétinite brightique sans albuminurie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mai 1887, M. Spuller, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Berthelot, dont la démission est acceptée.

— Par décret, en date du 28 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Metge, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 28 mai 1887, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. les aides-pharmaciens de la marine, démissionnaires, Reille et Laligne, pharmaciens universitaires de première classe.

— Par décret, en date du 29 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Gouzien, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 29 mai 1887, M. Vian, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Le jury du concours, qui doit s'ouvrir demain, jeudi 2 juin 1887, pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, se compose définitivement de MM. les docteurs Humbert, Lucas-Championnière, Théophile Anger, Pozzi, Félizet, Guyon et Brth.

— La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale sur un sujet de pathologie interne) : MM. les docteurs Babinski, Béclère, Béringier, Buzot, Capitan, Chouppe, Dalché, Delpeuch, Dreyfous, Duflocq, Duplaix, Galliard, Gauchas, Gilles de la Tourette, Havage, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Legendre, Leroux (Henri), Lorey, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Petit, Richardière, Siredey et Thibierge.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1887, M. Gosselin, interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hospice des Incurables.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Thomas, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de chimie.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Gaudin, suppléant, est maintenu dans l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques.

— Une souscription est ouverte parmi MM. les étudiants en médecine pour venir en aide aux familles des victimes de l'incendie de l'*Opéra-Comique*.

On est prié de vouloir bien s'inscrire de *une heure à quatre heures* à la caisse de la Faculté.

Les listes seront closes le samedi 4 juin à quatre heures.

— M. L. Guignard, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 5 juin 1887, à Lardy-Bouray.

Le rendez-vous est à la gare du chemin de fer d'Orléans, à onze heures du matin, pour le train partant de Paris, à onze heures vingt-cinq minutes, pour la station de Lardy.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 5 juin 1887, à Grignon, Thiverval et Beynes.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à sept heures très précises du matin, le train pour Plaisir-Grignon. On sera rentré à Paris à six heures du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi à quatre heures.

— M. le docteur Fournel commencera un nouveau cours d'accouchements complet en quarante leçons, le lundi 6 juin 1887. — S'inscrire 4, rue Suger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique de l'urine, des sédiments et des calculs urinaires, par M. le docteur L. Gautier, Paris, 1887, avec 90 gravures dans le texte, 1 volume in-18 de 250 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique, et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique extra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'Ecole pratique. Une brochure grand in-8° de 70 pages, avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21255

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Anesthésie et trachéotomie

Par R. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris.

La question de la trachéotomie avec le secours des agents anesthésiques est à l'ordre du jour depuis que M. Le Dentu a lu, à la Société de chirurgie, un intéressant rapport sur quatre trachéotomies avec anesthésie pratiquées par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

Les recherches bibliographiques du rapporteur l'avaient tout d'abord conduit à déclarer que la pratique de la trachéotomie sous le chloroforme était peu connue, du moins en France.

Plusieurs chirurgiens s'inscrivent en faux contre cette assertion. MM. Lucas-Championnière, Terrier, Verneuil, Le Fort affirmèrent qu'à plusieurs reprises ils avaient employé le chloroforme pour faire la trachéotomie. L'un des membres de la Société de chirurgie fit savoir à ses collègues que toutes les bronchotomies se faisaient à l'aide de l'anesthésie, à l'hôpital Bichat, et que le chloroforme était administré d'une façon courante à l'étranger pour pratiquer l'ouverture de la trachée.

L'impression qui dut rester dans l'esprit de ceux qui assistèrent à cette première discussion, c'est que non seulement la question de la chloroformisation dans la trachéotomie n'était pas une nouveauté en France, mais que cette opération exécutée pendant le sommeil anesthésique était une pratique vulgaire. Quatre chirurgiens ne venaient-ils pas affirmer qu'ils avaient, sinon toujours, du moins souvent donné le chloroforme pour faire la trachéotomie ?

Grande fut la surprise de ceux qui ont acquis, dans les hôpitaux d'enfants, une expérience consommée de cette opération si souvent indiquée dans le croup.

M. de Saint-Germain, un des maîtres dont la compétence est indiscutable en pareille matière, se fit l'écho de l'étonnement de ses élèves dans une leçon originale qu'il publia, dans le *Bulletin médical* (1). Cependant, dans la séance du 6 avril, M. Terrier lut à ses collègues un court travail, dans lequel il disait que l'anesthésie chloroformique, appliquée à la trachéotomie, était loin d'être une chose nouvelle, ainsi que le prouvaient les nombreuses citations recueillies dans les auteurs étrangers.

(1) *Bulletin médical*, 6 avril 1887, p. 163.

M. Le Dentu vint à son tour faire connaître le résultat de ses nouvelles recherches, il insista à nouveau sur le silence des livres classiques publiés en France et l'opposa à la pratique courante des chirurgiens anglais, allemands et américains qui ne craignaient pas d'ouvrir le conduit laryngo-trachéal après avoir endormi les malades.

Ces différentes communications devaient avoir pour résultat d'appeler l'attention sur une pratique peu connue en France. MM. Broca et Hartmann ont, en effet, publié, ces jours derniers, un mémoire sur la question (1) et ils ont bien voulu nous communiquer, avec une complaisance dont nous ne saurions trop les remercier, quelques notes bibliographiques qui avaient servi à la rédaction de leur excellent travail.

I

Historique. — Que des trachéotomies eussent été pratiquées avec le secours du chloroforme par certains chirurgiens français, le fait est avéré. Et s'il était nécessaire d'en fournir une nouvelle preuve, nous citerions volontiers l'exemple de notre cher maître, M. Le Dentu, qui eut deux fois l'occasion, l'an dernier, d'employer l'anesthésie pour ouvrir la trachée. Mais cette dérogation aux règles admises en France n'avait pas reçu la sanction d'un débat contradictoire et aucune discussion dans les sociétés savantes n'avait fixé l'attention sur un procédé qui allait à l'encontre de ce qui se faisait si souvent par des hommes rompus aux détails de la technique de la trachéotomie.

Que l'on fouille dans les documents si nombreux qui ont été publiés par Trousseau et par ses nombreux élèves sur la trachéotomie, que l'on interroge les ouvrages classiques, les articles des deux grands dictionnaires de médecine, le résultat est le même : l'on constatera que la question de l'anesthésie, dans la trachéotomie, n'est pas nettement posée, qu'elle n'est pas discutée. La trachéotomie était faite sans chloroforme. Les procédés opératoires se succédaient, mais ne simplifiaient nullement l'opération; ceux qui ne l'avaient jamais pratiquée, redoutaient les difficultés d'une intervention délicate qui devait se faire plus ou moins rapidement, au milieu des angoisses et des mouvements désor-

(1) *De l'anesthésie dans la trachéotomie*, par A. Broca et Hartmann *Revue de chirurgie*, mai 1887, p. 400.

donnés du patient, avec la crainte d'hémorrhagies parfois fort gênantes.

Cependant, en cherchant avec soin, on trouve, noyées dans la masse des documents sur la trachéotomie, quelques traces de la question qui nous occupe dans quelques publications françaises.

En 1852, le *Bulletin de Thérapeutique* (1) reproduit une observation de Snow, le chirurgien anglais, qui avait essayé sur l'homme l'action anesthésique de l'amylène. Snow avait anesthésié un enfant atteint de croup pour le trachéotomiser. La chloroformisation avait été complète et rapide, et l'opération avait pu s'achever sans la moindre difficulté.

Trois ans plus tard, Chassaignac (2) s'occupe de l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie et le condamne pour deux raisons principales :

La première, c'est que l'opération n'est ni longue, ni douloureuse; la deuxième, c'est que, dans des affections qui portent un trouble profond dans l'exercice de la fonction respiratoire, l'usage des anesthésiques peut rendre définitive une difficulté de respiration qui, de sa nature, n'est que momentanée. Il conclut en disant *que, dans l'opération de la trachéotomie, on ne doit jamais avoir recours aux agents anesthésiques*.

Ce jugement n'était pas sans appel, et dans la *Gazette médicale de Paris* (3) Chassaignac publie, deux ans après, une observation de trachéotomie avec chloroformisation, chez un enfant de cinq ans et demi, en proie à des accès de croup. Il fit respirer le chloroforme en se conformant aux principes de la tolérance anesthésique. L'assoupissement fut bientôt complet sans aggravation aucun des symptômes. L'opération se termina heureusement et la guérison eut lieu après quelques accidents. Ce fait avait frappé le chirurgien de Lariboisière, et dans son traité clinique des opérations chirurgicales, en 1862, il transcrit son opinion telle qu'il l'avait émise en 1855, dans la *Gazette des hôpitaux*, et ajoute (4) « après avoir cru que l'emploi des anesthésiques ne devait point avoir lieu dans la trachéotomie, j'ai acquis, par ma propre expérience, la certitude qu'ils pouvaient, administrés avec beaucoup de douceur et de précaution, rendre des services réels ».

Malheureusement la dernière opinion de Chassaignac n'eut pas beaucoup de retentissement. Elle ne fit pas oublier la condamnation qu'il avait portée jadis sur l'emploi des anesthésiques dans la bronchotomie.

Dans la thèse de Saleh Choukry (5), on trouve quelques faits qui peuvent nous intéresser. En 1872, Voltoni soumit un malade à l'action du chloroforme, pour faire une laryngotrachéotomie. Comme le patient manqua de mourir, dès le début de l'anesthésie, l'opération fut pratiquée sans chloroforme.

Au congrès international des sciences médicales, tenu à Genève en 1877, Revilliod fit une communication sur la diphthérie.

Dans une de ses conclusions, il posa en principe, que la chloroformisation dans la trachéotomie est inutile et peut être dangereuse (1). Une discussion prit naissance sur cette question. Miran (du canton de Vaud) se montra partisan de l'anesthésie, mais M. Millard s'éleva contre cette pratique, attaquée du reste par la plupart des orateurs. Un vote consacra ce débat et la chloroformisation, mise aux voix, fut repoussée.

Khrisaber n'a jamais anesthésié ses malades et, dans un cas, cet auteur, examinant la question de la chloroformisation, déclare (2) qu'il n'y avait pas lieu d'ajouter, aux dangers d'une opération, ceux de l'anesthésie.

Astier (3) pense que, quand le malade est sous l'influence de spasmes violents, qu'il s'agisse simplement de le soulager, ou au contraire de pratiquer la trachéotomie, le chloroforme doit être mis en avant.

Duret (4), dans sa thèse d'agrégation, s'exprime ainsi : « Lorsqu'on exécute cette opération (la trachéotomie) pour une affection croupale, on s'abstient généralement d'endormir les malades, parce qu'ils sont déjà insensibles; mais il est possible, en toute autre circonstance, croyons-nous, d'accorder aux malades le bénéfice de l'anesthésie. Nous ferons cependant une exception, pour les cas où il existe des symptômes d'asphyxie assez prononcée et dans les affections qui s'accompagnent de congestion et d'inflammation pulmonaire étendue. »

Malgré sa réserve, on voit que Duret n'est pas très éloigné d'admettre les bienfaits de l'anesthésie dans la trachéotomie.

La *Gazette médicale de Strasbourg* de 1883 renferme une communication faite à la Société de médecine, le 8 novembre 1883, par J. Bœckel. Dans cette note qui porte sur 85 trachéotomies, pratiquées sur des enfants en bas âge atteints de diphthérie, Bœckel agite la question de la chloroformisation. Si le sujet a les extrémités froides, le pouls imperceptible, la respiration stertoreuse, la voix éteinte et surtout la sensibilité abolie, il est inutile, imprudent même, de le soumettre aux inhalations du chloroforme. Tout autre peut être la conduite, lorsque la suffocation est moins intense : « Je dis peut-être, car je ne voudrais pas ériger la chloroformisation en règle absolue. C'est affaire d'habitude et de tempérament. » Il donne le chloroforme parce que celui-ci supprime la douleur et facilite l'opération, qui exige dans ce cas moins d'aides. Il pousse la chloroformisation, jusqu'à la résolution complète. D'après la statistique qu'il publie, le chirurgien de Strasbourg a opéré indistinctement, sous le chloroforme, tous les enfants (le plus âgé avait onze ans, et le plus jeune onze mois), même ceux qui étaient en pleine période d'asphyxie, *in extremis* comme il est mentionné. Il eut vingt-sept guérisons et trente et une morts, sur cinquante-huit trachéotomies avec anesthésie. Plusieurs malades opérés *in extremis* guérirent. M. Bœckel affirme, dans une lettre adressée à M. Le Dentu (5), qu'il a fait, depuis la publication de son travail, trente trachéotomies, pendant la narcose chloroformique, ce qui porte à quatre-vingt-huit le nombre des trachéotomies avec anesthésie. Ce

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLIII, p. 94.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, jeudi 12 avril 1855, n° 43. « De l'emploi des anesthésiques dans l'opération de la trachéotomie. »
(3) *Gazette médicale*, Paris, 5 décembre 1857, p. 767.
(4) Chassaignac, *Traité clinique des opérations chirurgicales*, 1862, tome II, p. 579.
(5) *De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-tyroïdienne au moyen des contondants*, Saleh Choukry. Thèse Paris, 1878.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1877, p. 509. — *Progrès médical*, 1877, p. 729. — *Gazette des Hôpitaux*, 1877, p. 1037.
(2) Choukry, *loc. cit.* Obs. XII.
(3) Astier, thèse Paris, 1880.
(4) Duret, *Contre-indications de l'anesthésie chirurgicale*, thèse agrégat. 1880.
(5) Communication orale de M. Le Dentu.

chirurgien dit n'avoir jamais observé le moindre accident, par l'emploi du chloroforme, et il est d'avis que, grâce à l'anesthésie, l'opération est plus facile, plus rapide et plus sûre.

La *Gazette médicale de Paris* (1) et la *France médicale* de 1883 (2) font mention d'une trachéotomie pratiquée, sur un adulte, par M. Gouguenheim. Le médecin de l'hôpital Bichat avait anesthésié son malade.

L'année suivante, Soyer (3), interne de M. Gouguenheim, soutient sa thèse inaugurale, sur l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie.

L'auteur publie sept observations, parmi lesquelles six sont prises dans le service de son maître et la septième empruntée à Chassaignac. Tous les opérés de M. Gouguenheim étaient des adultes (laryngite tuberculeuse, paralysie des muscles dilatateurs du larynx, végétations et polypes du larynx).

Cette thèse, écrite d'une plume peut-être trop rapide, n'eut pas toute la portée et le retentissement que méritait un tel sujet. Quoique la chloroformisation n'eût été pratiquée que sur des adultes, et que la question de l'intervention dans le croup eût été laissée dans l'ombre, ce travail aurait frappé davantage l'attention si l'auteur avait apporté, à l'appui de sa pratique et de celle de son maître, le témoignage d'illustres opérateurs étrangers.

Mais, Soyer n'écrivait-il pas (4), que si l'idée n'était pas nouvelle (celle de l'anesthésie dans la trachéotomie), il n'en était pas moins vrai qu'elle n'avait jamais été mise sérieusement en pratique? Et plus loin « les quelques auteurs qui se sont occupés de la question, sont en petit nombre. Nous avons parcouru à peu près toute la littérature française et étrangère, ayant trait à la trachéotomie, mais nous avons dû nous convaincre qu'à peu près personne ne s'en était occupé. »

Cette citation de l'élève de M. Gouguenheim, prouve bien que, même à l'hôpital Bichat, la question était mal connue.

Dubar, dans l'article trachéotomie du Dictionnaire Jaccoud (5), se demande si on doit avoir recours à l'anesthésie. Son avis est que l'anesthésie augmente les dangers de l'opération, et qu'elle a donné plusieurs fois la mort. Aussi conclut-il en déclarant « qu'il est prudent de s'en abstenir ».

En 1886, M. Gouguenheim (6) publie une assez longue étude, sur un cas de paralysie dite des crico-aryténoïdiens. Les accès de suffocation de son malade avaient été traités par des inhalations chloroformiques, et quand l'opération fut décidée « le malade fut anesthésié par le chloroforme, sous les yeux du docteur Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat; sous cette influence, la respiration devint moins difficile et moins bruyante au moment de la résolution. »

G. Poyet (7) écrit, dans le sixième volume de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, que « jamais, en France, on n'a anesthésié le malade pour le trachéotomiser ».

Tels sont les documents que nous avons pu réunir en feuilletant les publications françaises.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1883, p. 575.
(2) *France médicale*, 1883, t. II, p. 778.
(3) *De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie*, Soyer, thèse Paris, 1884.
(4) *Loc. cit.* p. 9.
(5) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Trachéotomie*, tome XXXVI, p. 50.
(6) *Annales des maladies du larynx*, 1886, p. 347.
(7) *Encyclopédie internationale de Paris*, 1886. Tome VI, p. 91. Note de G. Poyet à l'article de Solès Cohen.

On le voit, l'application de l'anesthésie à la bronchotomie n'est pas de pratique courante en France. Et, pour notre part, nous avouons que nous n'étions nullement fixé sur les avantages, les dangers, les indications et les contre-indications de l'anesthésie dans la trachéotomie, quoique nous eussions assisté, l'année dernière, à deux incisions du conduit laryngo-trachéal, exécutées avec succès par notre maître, M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis. Notre incertitude à ce sujet nous empêcha d'administrer le chloroforme, dans des circonstances particulièrement dramatiques, à un malade qui mourut asphyxié en notre présence et qui aurait peut-être pu attendre, sous le chloroforme, l'arrivée des instruments indispensables dont nous étions privé par un vice de l'organisation hospitalière.

II

Tout autre apparaît l'état de la question si on l'étudie dans les ouvrages et les publications parus à l'étranger. Par un contraste frappant, l'anesthésie semble être employée fréquemment en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. Nous avons vu que Snow, en 1832, avait anesthésié un malade pour faire la trachéotomie.

En 1864, dans un rapport du comité de la Société médico-chirurgicale de Londres (1), on discuta la question du chloroforme et particulièrement son action locale sur le larynx. Par le fait du contact des vapeurs chloroformiques sur la muqueuse du larynx, les cordes vocales se resserrent et se dilatent; mais bientôt la respiration se fait régulièrement. Le rapport conclut en admettant que les anesthésiques peuvent être employés en toute sécurité et avec avantage pour faire la laryngotomie et la trachéotomie.

En 1867, Howard Marsh (2) conseille de donner le chloroforme pour empêcher les mouvements de la trachée et les efforts que fait l'enfant qui se débat. L'agent anesthésique, donné *avec soin* et *lentement*, donne des bénéfices sérieux. L'anesthésie est surtout utile quand la dyspnée est récente, quand l'enfant est encore vigoureux et sensible. Au contraire, il faut opérer sans le secours du chloroforme, lorsqu'il y a perte de connaissance et que le malade ne se débat plus. Du reste, cette pratique est celle de West, Jenner, Paget, Holmes, Smith et Gée.

John Eric Erichsen (3), dans sa quatrième édition, dès 1864, proclamait les avantages de l'anesthésie. Quand la sensibilité a disparu, il se passe du chloroforme; mais, comme les inflammations et les rétrécissements du larynx sont souvent accompagnés d'un état spasmodique marqué, surtout chez les enfants, le chloroforme calme ce spasme, de sorte que le malade respire mieux sous l'influence du chloroforme qu'avant le début de l'anesthésie.

Celle-ci facilite le manuel opératoire en supprimant les contorsions et les luttes de l'enfant; il y a toujours recours quand il trachéotomise un enfant. Mais le chloroforme ne lui semble pas nécessaire chez l'adulte.

A. Durdham (4) emploie le chloroforme plutôt que l'éther. L'anesthésie diminue le spasme et facilite la respiration. La

(1) *Med. chir. transactions*, 1864, p. 373.
(2) On tracheotomy in children, in *Saint Bartholomew's hospital Reports*. London, 1867, tome III, p. 331 et suiv.
(3) John Eric Erichsen. *The science and art of surgery*, 7e édition. London 1877, t. II, p. 561.
(4) *In a system of surgery*, by Holmes, 3e édition. London, 1883, t. I, p. 771.

suffocation extrême et l'insensibilité par le fait de l'asphyxie sont des contre-indications.

Llewelyn M. Thomas (1) est très net et très affirmatif; sa conviction est qu'il est à peu près impossible d'opérer avec efficacité sans anesthésie.

Le traité d'Ed. Owes (2) expose les règles de l'administration du chloroforme, que l'on donne toujours, sauf quand l'enfant est mourant ou moribond. L'anesthésie est rapide.

Mentionnons la pratique de Buchanan, qui est partisan de la chloroformisation (3).

Cependant l'emploi des agents anesthésiques est combattu par Evans (4). Morell Mackensie (5) est presque l'adversaire de la chloroformisation. Il nous faut citer quelques passages de l'ouvrage classique de Morell Mackensie, qui reproduit les principaux arguments formulés par plusieurs auteurs contre l'usage du sommeil chloroformique dans la trachéotomie.

« L'administration du chloroforme (6), dit Morell Mackensie, augmente les risques de l'opération, parce que, si le sang pénètre dans la trachée, la suffocation est plus à redouter quand le malade est anesthésié. J'ai vu cet accident se produire deux fois pendant le sommeil chloroformique et les patients succomber; par contre, d'autres malades ont été sauvés, en rejetant le sang qui avait pénétré dans la trachée. On devra donc, en général, éviter l'anesthésie qui, chez l'adulte, est rarement nécessaire; elle pourrait cependant être utile chez l'enfant, pour l'empêcher de se débattre, quand l'opérateur est seul ou que les aides sont insuffisants. »

En Amérique, les documents sur la question ne manquent pas.

Dans une discussion à l'Académie de médecine de New-York, en 1884, Jacobi (7) s'étonne de l'opposition que les vieux chirurgiens font à l'emploi de l'anesthésie dans la trachéotomie. Il est convaincu de l'utilité des agents anesthésiques dans cette opération, et déclare que, grâce à eux, la mort est beaucoup plus rare au cours de la trachéotomie. *Ne pas se servir du chloroforme et l'hémorrhagie, voilà les deux principaux dangers de cette opération.*

Pour ne citer que quelques opérateurs, nous dirons que Jennings (8), H.-H. Lee (9), J.-E. Winters (10), Packard (11), soumettent les malades à la narcose chloroformique pour ouvrir la trachée. Cependant cette pratique n'est pas générale, et Solès Cohen, professeur à la policlinique de Philadelphie (12), discute la question de l'anesthésie, qu'il déclare être d'une haute importance.

Quoique l'anesthésie facilite l'opération, son opinion est qu'il faut éviter la chloroformisation, surtout quand on a affaire à un sujet chez lequel la respiration est très gênée. La guérison est plus probable quand on n'a point fait d'anesthésie, et l'on ne s'expose pas à des dangers immédiats. Il est utile que le malade conserve sa connaissance, de façon qu'il puisse tousser et expectorer volontairement, ou donner une inspiration profonde, lorsqu'on l'y invite. L'anesthésie supprime cet avantage, qui sert quelquefois à prévenir l'asphyxie. Du reste le malade, insensibilisé par l'état pathologique, ne sent pas l'atteinte du bistouri. Enfin, quand on a recours aux agents anesthésiques, il ne faut pas pousser leur action plus loin que la perte de connaissance et la suppression de la sensibilité cutanée.

Robert W. Lewett (1) analyse 77 trachéotomies faites contre le croup. L'anesthésie fut employée dans plus de la moitié des cas. Il y eut peu de douleur quand on se passa des agents anesthésiques. L'éther produisait du spasme et une augmentation de la gêne respiratoire. Le chloroforme était, au contraire, bien supporté. Mais, l'usage du chloroforme, et surtout de l'éther, déterminait une tendance très marquée au collapsus, à la suite de l'opération, et on dut plusieurs fois recourir à des soins attentifs et à des stimulations énergiques pour combattre cet accident.

De l'autre côté du Rhin, c'est Langenbeck qui, le premier, dès 1859 (2), recommanda l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. Busch (3), Simon (de Rostock) (4), se servirent de l'anesthésie avec succès, pour opérer les malades atteints de croup, quand ceux-ci n'étaient pas insensibilisés déjà par l'asphyxie.

Simon qui, pendant trois ans, s'était abstenu de donner le chloroforme, se félicite vivement de l'avoir employé. Auparavant, la suffocation, la douleur opératoire, mettaient l'enfant en danger de mort considérable, et le chirurgien avait constamment à se préoccuper des mouvements du patient; grâce à la narcose, celui-ci respire facilement, et l'opérateur peut agir tranquillement et en toute sécurité.

Bosc (5) suit l'exemple de Langenbeck, de Roser, de Fock, de Simon, et insiste sur les avantages de la chloroformisation. Il est persuadé que les individus à moitié asphyxiés supportent mieux le chloroforme que ceux qui peuvent respirer librement, car il n'a jamais observé, chez les premiers, les narcoses agitées si fréquentes chez les autres.

La chloroformisation débute par un arrêt de la respiration, le visage devient rouge et les veines du cou surgissent; mais cela tient à la résistance de l'enfant et non à l'agent anesthésique, car on observe tout autant quand on opère sans le chloroforme. Tout cela cesse dès que le chloroforme commence à agir, et la respiration devient plus libre qu'elle ne l'était avant la narcose. Et l'on n'a aucun des obstacles si souvent décrits : stase des veines du cou, déplacement du larynx et de la trachée.

En résumé, il n'y a aucun motif pour se passer des facilités considérables que l'anesthésie procure.

Gerhardt (6) ne craint pas de donner le chloroforme, même quand la dyspnée est très marquée, car l'asphyxie

(1) *Remarks on tracheotomy*, by Llewelyn M. Thomas, in *Lancet* 27 septembre 1872, t. II, p. 446.

(2) *Surgical diseases of children*, 1885.

(3) Tracheotomy in croupous diphtheria, by G. Buchanan in *Lancet*, 20 novembre 1886.

(4) *Edimb. med. Journ.* d'après Bosc. — Zur technik der tracheotomie, *Arch. f. Klin. chir.* 1872, t. XIV.

(5) *Traité des maladies du larynx*, traduction française. Paris, 1882.

(6) *Loc. cit.*, p. 739.

(7) *Med. rec.* New-York, 13 décembre 1884, p. 666.

(8) Jennings. *Arch. of pediatric.* 15 septembre, 1885, t. I, n° 9.

(9) *Med. record.* New-York, 1885, t. XXVII, p. 123.

(10) Joseph E. Winters, in *Med. record.* New-York, 1885, t. XXVII, p. 594.

(11) Packard. *Med. record.* New-York, 1886, t. XXIX, p. 687.

(12) *Encyclopédie internationale de chirurgie.* Paris, 1886, tome VI, p. 91.

(1) Robert W. Levett, in *Med. rec.*, New-York, 3 avril 1886, p. 385.

(2) Cité par Gerhardt in *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 6e vol., 1880.

(3) Busch. Statistische Bericht ueber das Kœnigl. chir. Univ. Klinikum zu Berlin f. das Jahr. 1869, in *Arch. f. klin. chir.* 1869, t. XI, p. 6.

(4) Simon (de Rostock). Tracheotomie bei croup, in *Deutsche klinick*, 1866, pp. 378 et 379.

(5) Bosc. Zur Technik der Tracheotomie, in *Arch. f. klin. chir.* 1822, t. XIV, p. 142.

(6) Gerhardt, *loc. cit.*

chloroformique n'est pas plus à craindre chez les malades qui ont beaucoup de difficulté à respirer que chez ceux qui n'en ont aucune. Maintenant, ajoute l'auteur, on opère presque exclusivement sous le chloroforme.

Max Schuller (1), G. Passavant (2), Ranke (3), louent les avantages de l'anesthésie pour pratiquer cette opération.

Krœnlein (4), dans un tableau statistique comprenant 567 bronchotomies, nous montre que, sauf chez les malades complètement asphyxiques, l'anesthésie chirurgicale fut toujours employée. Les avantages de la chloroformisation, au point de vue de la rapidité et de la sécurité de l'opération, sont tels qu'*aucun chirurgien qui s'en est servi ne consentira volontiers à s'en passer*.

Cependant, l'enthousiasme des opérateurs précédents ne doit pas faire oublier les résistances que certains auteurs opposent à cette pratique. Parmi ceux-ci il faut citer. Szymanowski (5). Si sa statistique est meilleure que celle d'Adelmann et d'Œttingen, c'est que ceux-ci, contrairement à ce qu'il fait, ont employé les agents anesthésiques pour opérer. L'anesthésie, ordinairement inutile, augmente les risques de l'opération. Uhde (6) et Kuhn (7) rejettent l'anesthésie.

En Italie, Novaro a opéré un adulte sous le chloroforme (8). Dans une monographie importante publiée à Buenos-Ayres, Melchor Torres (9) discute la question de l'anesthésie, admet la chloroformisation dans les cas de corps étrangers des voies respiratoires, mais semble bien disposé à la repousser dans toute autre occasion. Sauf une fois, il n'a jamais rencontré de la part du patient une résistance capable de lui faire désirer le sommeil chloroformique.

En Belgique, le docteur Capart (de Bruxelles) endort toujours ses malades (10) et n'a jamais eu aucun accident.

Après ce long exposé, il nous semble qu'il ressort une vérité, c'est que, si l'anesthésie est rarement employée en France, pour faire la trachéotomie, il n'en est pas de même à l'étranger. En Allemagne, en Angleterre, en Amérique, des hommes considérables ont adopté cette pratique dont ils se louent dans des termes tels qu'ils font presque oublier l'opposition de certains chirurgiens.

Il y a donc lieu d'examiner les causes qui ont empêché l'anesthésie dans la trachéotomie de pénétrer en France et de s'y acclimater. Nous allons essayer de montrer les avantages que les partisans de cette méthode ont mis en lumière, puis nous discuterons les inconvénients et les dangers qui ont été mis en avant par ceux qui se refusent systématiquement et de propos délibéré à donner du chloroforme pour ouvrir les voies aériennes.

III

DIFFÉRENTES CAUSES QUI ONT EMPÊCHÉ D'EMPLOYER L'ANESTHÉSIE DANS LA TRACHÉOTOMIE.

A. *La tradition*. — Nous laisserons dans l'ombre les différentes tentatives qui ont été faites pour mettre en honneur la bronchotomie et nous arrivons directement à Bretonneau. C'est en 1825, que le célèbre médecin de Tours, après des essais malheureux, réussit sa première trachéotomie sur un enfant atteint de diphthérie. En 1833, l'illustre élève de Bretonneau, Trousseau, enregistrait son premier succès. Dès lors, la trachéotomie avait trouvé son apôtre qui, par l'éclat de son enseignement, allait répandre rapidement la pratique de cette opération dans le monde savant. « L'enthousiasme illimité de ce dernier médecin, son immense renommée et l'attention scrupuleuse qu'il apportait aux moindres détails avant, pendant et après l'opération, firent bientôt entrer la trachéotomie dans le domaine de la chirurgie moderne (1). »

Cette opération, entre les mains de Trousseau et de ses élèves, avait déjà arraché à la mort bien des victimes, quand la découverte de l'anesthésie produisit cette profonde sensation qui présageait l'importance de la conquête que la chirurgie venait de faire.

Nous ne nous arrêterons pas aux origines de cette découverte à laquelle restent attachés, à des titres divers, les noms d'Horace Wells (1844), de Jackson et de Morton (1846). A Malgaigne revient l'honneur d'avoir le premier, en France, vérifié et promulgué les merveilles de l'éthérisation (12 janvier 1847). Quelques jours après, Velpeau faisait, à l'Institut, une communication sur cette question. En 1847, Flourens substitua le chloroforme à l'éther dans ses expériences sur les animaux et, à la fin de cette même année, Simpson d'Edimbourg, après avoir donné cinquante fois le chloroforme à l'homme, annonça la supériorité de cet agent sur l'éther.

A la même époque ou quelques mois plus tard (1848), Trousseau prenait un service à l'hôpital des enfants malades. Que les bienfaits de l'anesthésie n'eussent pas frappé un esprit aussi ouvert que le sien, nul n'osera le prétendre. Et cependant Trousseau, qui avait consacré une partie de son activité à la vulgarisation de la trachéotomie, ne parla aucunement de la possibilité de se servir de l'anesthésie pour ouvrir la trachée. D'autres avaient-ils été plus perspicaces que Trousseau? Nous ne le pensons pas. Et cependant, enthousiasmés par les résultats merveilleux de la chloroformisation, les chirurgiens essayaient fiévreusement la méthode anesthésique pour toutes les opérations longues, difficiles, douloureuses. Ce n'est guère qu'en 1855, comme nous l'avons dit, que Chassaignac s'occupe de l'anesthésie dans la trachéotomie et encore est-ce pour la repousser.

Il est inutile d'insister sur l'influence profonde que Trousseau exerça sur la pratique de la trachéotomie. Ses élèves, ses admirateurs adoptèrent religieusement sa manière d'opérer et, depuis 1848 jusqu'à nos jours, malgré les transformations qu'a subies le manuel opératoire, les nombreuses générations qui ont passé dans les hôpitaux d'enfants ont toujours fait la trachéotomie comme l'avait enseignée et pratiquée le maître, c'est-à-dire sans le secours du chloroforme. Or, comme il n'est pas douteux que le plus souvent la trachéotomie est dirigée contre le croup et exécutée par des médecins ou des chirurgiens élevés dans la tradition du grand clinicien français, il en résulte qu'il est facile de comprendre pourquoi la bronchotomie fut toujours pratiquée sans anesthésie.

La tradition contribua donc, dans une certaine mesure, à empêcher l'opérateur d'étendre les bienfaits de l'anesthésie à la trachéotomie.

(1) Max Schuller, in *Deutsche chir. von Billroth and Lucke*, 1880, livraison 37, chap. IV, p. 59.
(2) Passavant, in *Deutsche zietschsch. f. chir.* 1883, p. 352.
(3) Ranke, in *Semaine médicale*. Paris, 1885, p. 333,
(4) Diphtheritis und tracheotomie, in *Arch. f. klin. chir.* 1877, t. XXI, p. 253.
(5) In *Vierteljahrsch. f. die prakt. Heilkund*, 1863, t. LXXIX, p. 12.
(6) Uhde in *Arch. f. klin. chir.* 1869, tome XI, p. 742.
(7) Kuhn, cité par Bosc, in *Arch. f. klin. chir.* 1872, p. 142.
(8) *Arch. ital. di laryngologia*, 1882-1883, p. 20.
(9) *Contribucion al estudia de la traqueotomia y laryngotomia*. Melchor Torres, Buenos-Ayres, 1880.
(10) Note de G. Poyet, in *Encyclopédie internationale, loc. cit.*

(1) Morell Mackensie, *loc. cit.* p. 736.

Mais il existait d'autres raisons plus sérieuses qui ont agi dans le même sens. Parmi elles nous en retiendrons deux, la première prend son origine dans le problème de l'opportunité de la trachéotomie; la deuxième dépendra de la solution de la question suivante : la trachéotomie n'est-elle pas une opération si facile et si rapide que les avantages de l'anesthésie ne se présentent même pas à l'esprit?

Nous sommes donc amené à parler des indications de la trachéotomie et du moment qu'il faut choisir pour ouvrir la trachée.

PROPRIÉTÉS ET DIGESTIBILITÉ

DES LAITS DE FEMME, DE VACHE ET DE LA CASÉINE.

Par M. le docteur Dogiel.

Dans une série de recherches, faites au laboratoire de Prague, M. Dogiel a étudié la question de la digestibilité du lait et de la caséine. Il a constaté que le lait de femme se digère incomparablement mieux que le lait de vache, en donnant presque deux fois plus de peptone que ce dernier. Ainsi, la quantité moyenne de peptone obtenue avec le lait de femme étant 79,45 celle du lait de vache ne dépasse guère 53,11.

Pour savoir combien la présence et la quantité de la caséine influencent la digestibilité du lait, l'auteur a institué une série de recherches sur la digestibilité de la caséine même. Il a trouvé que, dans les mêmes conditions de digestion artificielle, la caséine du lait de la femme donne une quantité de peptone égale à celle du lait de la vache, ce qui démontre que la digestibilité différente du lait de femme et de vache ne dépend nullement de la caséine, mais bien d'autres substances albuminoïdes contenues dans les deux genres de lait. (*Revue des travaux slaves de physiologie.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil à injections gazeuses, du docteur Faucher.

Cet appareil, construit chez M. Collin, se compose :

1° D'un flacon A, qui reçoit l'eau sulfureuse et un paquet de bicarbonate de soude;

2° D'un réservoir B, que l'on emplit de bisulfate de soude; ce



réservoir est fixé à un tube de dégagement qui traverse un bouchon de caoutchouc fermant l'appareil;

3° D'un tube de caoutchouc terminé par une canule.

Pour faire fonctionner l'appareil, on fait plonger la partie inférieure du réservoir dans l'eau alcaline, en poussant la tige T. Le dégagement du gaz s'opère lentement; il pénètre dans l'intestin, lorsque la pression est devenue suffisante.

Si l'on veut arrêter le dégagement du gaz, on soulève le réservoir hors de l'eau, en tirant sur la tige T.

Le fonctionnement de l'appareil est donc automatique; le dégagement du gaz est assez lent pour ne pas donner de distension; la quantité en est réglée par la dose des sels employés. Les malades peuvent facilement manœuvrer eux-mêmes l'appareil.

Cet instrument a été essayé dans le service du docteur Lecorché, où un malade s'en est servi pendant près de trois mois et a présenté une notable diminution de la toux et de l'expectoration.

M. Cornil a constaté aussi, à l'hôpital, combien était facile la manœuvre de cet appareil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion de la réunion des Sociétés savantes, M. Spuller, ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, recevra, le samedi 4 juin, à l'hôtel du ministère, 110, rue de Grenelle-Saint-Germain.

— Dans sa séance de lundi dernier, l'Académie des sciences a élu, par 33 voix sur 38 votants, M. de Dechen (de Bönn), correspondant pour la section de minéralogie, en remplacement de M. Abich, décédé.

— Les questions données jusqu'à ce jour aux candidats du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour la seconde épreuve d'admissibilité, — épreuve orale sur un sujet de pathologie interne, — ont été : 1° « Diagnostic différentiel des hémianesthésies »; 2° « Diagnostic différentiel des angines ulcéreuses »; 3° « De la varicelle ».

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira, le mardi 12 juillet 1887, à huit heures du matin. — Pour les conditions, s'adresser au secrétaire de la Faculté.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera, le lundi 6 juin prochain, à cinq heures, rue de l'Odéon n° 10, et les continuera les lundis suivants, à la même heure, une série de cinq conférences publiques sur « Les divers modes de traitement qui lui ont le mieux réussi, dans sa pratique, contre la syphilis et autres maladies spéciales aux organes génito-urinaires ».

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique de l'urine, des sédiments et des calculs urinaires, par M. le docteur L. Gautier, avec 90 gravures dans le texte. 1 volume in-18 de 250 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Savy.

M. Pasteur. Sa nouvelle méthode dite intensive peut-elle communiquer la rage? — Réponse à cette question, par M. le docteur Constantin James, ancien collaborateur de Magendie. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lahure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21263

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

I. Du vomissement chez les enfants (1). — II. Fièvre typhoïde, perforation intestinale, péritonite, mort.

III

J'ai terminé ma dernière leçon sur l'étiologie des vomissements chez les enfants par l'étude des affections spinales et de la fièvre intermittente comme pouvant être la cause de ces vomissements, et j'en suis arrivé maintenant aux vomissements dus à un empoisonnement quelconque.

Que l'empoisonnement ait pour point de départ, par exemple, l'urémie, qu'il reconnaisse pour origine des substances toxiques ingurgitées, le vomissement est constant. Je vous rappellerai le fait que je vous ai déjà cité dans ma première leçon sur ce sujet, c'est-à-dire le cas de cet enfant que sa mère avait empoisonné, en lui faisant prendre, pendant six jours de suite, des biscuits à la santonine, pour des vers intestinaux, et auprès duquel j'avais été appelé en consultation avec M. le docteur Guyot.

Les vomissements sont encore souvent le résultat d'aliments mal préparés ou qu'on a laissés séjourner dans des vases dangereux par leur fabrication. J'ai été mandé, ces jours-ci, dans une famille, pour trois enfants rendus ainsi très malades, avec vomissements, tranchées, coliques, etc., mais sans mouvement fébrile.

Vous citerai-je aussi certains aliments, certains bonbons dans lesquels on a fait entrer, fraude des plus dangereuses, des substances dérivées de la houille? Mais je préfère en arriver tout de suite à certains médicaments eux-mêmes, capables en soi ou par les doses auxquelles ils ont été administrés de déterminer des vomissements.

C'est ainsi que nous voyons l'opium surtout amener chez les enfants des vomissements, alors même qu'il n'a pas été prescrit à des doses bien élevées. Il en est de même de la belladone administrée, comme dans la coqueluche, par exemple, à doses toxiques, aussitôt après un vomitif. Les baies de belladone déterminent aussi le vomissement, ainsi qu'une grande agitation.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 485.

Chez quelques enfants, les antimoniaux tels que le kermès donné contre la bronchite quinteuse, tels que l'émétique prescrit contre la chorée, sont si mal supportés que le médecin est forcé de les supprimer.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux médicaments les plus inoffensifs qui sont parfois mal tolérés par les enfants et donnent lieu à des vomissements plus ou moins considérables, sans que cependant ils soient accompagnés d'un appareil fébrile, comme d'ailleurs dans tous les cas d'empoisonnement dont je viens de vous parler.

Dans les maladies aiguës, le vomissement, au début, est la règle. J'ai déjà parlé des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, des fièvres intermittentes, je n'y reviendrai pas. J'ajouterai seulement que, dans certains cas, le début d'une pneumonie, d'un rhumatisme aigu, surprend à tel point l'enfant que des vomissements, parfois compliqués de convulsions, surviennent, comme des accidents de nature réflexe, sans qu'on puisse les attribuer, en quoi que ce soit, à une méningite commençante. Enfin, je ne dois pas oublier la coqueluche, où les vomissements sont quelquefois d'une si grande fréquence, non plus que l'adénopathie bronchique.

Mais lorsque, appelé auprès d'un jeune enfant malade, vous avez successivement passé en revue toutes les causes possibles des vomissements pour lesquels vous avez été mandé, quel parti pouvez-vous tirer de votre enquête ? Le suivant, c'est-à-dire tout d'abord faire rentrer ledit vomissement dans l'une des deux catégories suivantes établies au point de vue clinique : 1° le vomissement sans appareil fébrile concomitant; 2° le vomissement compliqué d'appareil fébrile.

Si le vomissement s'accompagne d'un mouvement de fièvre, il est alors symptomatique d'une affection aiguë quelconque : fièvre éruptive (rougeole, variole, varioloïde, scarlatine), fièvre typhoïde, bronchite, pneumonie, etc.

S'il n'existe pas de fièvre, le vomissement peut être considéré comme un simple acte réflexe, sans importance, comme le résultat d'une de ces indigestions si fréquentes chez les jeunes enfants, et 80 fois sur 100 vous serez certain de ne pas vous tromper, surtout s'il ne s'accompagne d'aucun appareil spécial. Mais souvent, dans ce cas, le diagnostic est plus difficile. Il y a dix jours, j'avais perdu, dans une famille, un enfant atteint d'une méningite consécutive à un mal de Pott, lorsque dimanche dernier, dans la soirée, je fus appelé dans la même maison pour un autre enfant, une petite sœur, prise de vomissements. Au premier moment, vous auriez peut-être songé au début d'une affection sem-

blable à celle qui venait d'emporter, quelques jours auparavant, l'un des enfants. Vous vous seriez grandement trompés, car, en interrogeant les parents, j'apprenais que la petite malade, pour être distraite de la mort de son frère, avait été conduite, aussitôt après son déjeuner, à une petite représentation théâtrale chez Robert Houdin. Un peu souffrante vers la fin de la représentation, elle avait été prise, dès son retour à la maison, de nausées et de vomissements avec efforts. Il s'agissait, par suite, tout simplement d'une indigestion.

Dans certains cas, vous verrez des enfants auxquels, tout en étant à la mamelle, on a donné des aliments solides que l'absence de dentition n'a pas permis de mâcher et qu'ils ont avalés tels qu'ils les avaient pris ou qu'on leur avait donnés. Ici encore il s'agit d'une simple indigestion.

Du reste, la nature des matières vomies indiquera le plus souvent la cause des vomissements; s'agit-il de vomissements bilieux, le foie est en cause; de vomissements fécaloïdes, nous avons affaire à une obstruction de l'intestin; à des matières mélangées de pus, vous êtes probablement en présence de quelque abcès de la gorge, dont le pus s'est écoulé dans l'estomac; de vomissement sanguin, informez-vous si l'enfant n'a pas eu quelque épistaxis, dans ce cas, la plupart des petits enfants, ne sachant pas cracher, auront dégluté le sang qui leur sera tombé dans la gorge; enfin, si vous apercevez quelque corps étranger au milieu des matières vomies (bille, bouton, jouet, etc.), le corps du délit vous renseignera sur l'origine des vomissements.

L'examen de ces matières est donc des plus importants et vous devez toujours vous efforcer d'y procéder.

Enfin, étant donné un enfant qui a des vomissements et votre enquête étant faite sur leur nature et leur étiologie, quel traitement devez-vous lui appliquer? S'il est le symptôme de début d'une pneumonie, d'une fièvre éruptive, etc., c'est à la maladie elle-même que vous aurez à vous adresser. Si, au contraire, le vomissement existe seul comme phénomène réflexe, c'est lui directement que vous devez combattre. A cet effet, vous aurez recours à un médicament excellent entre tous, je veux parler de la potion de Rivière que vous administrerez par tiers de cuillerée à café chez un enfant nouveau-né, par demi-cuillerée chez un enfant de six mois, par cuillerée chez un enfant d'un an. Si cela ne suffit pas, vous ferez prendre au petit malade de la glace rapée saupoudrée de sucre; enfin, si sous l'influence de ces moyens les vomissements persistent, vous ferez appliquer sur le creux de l'estomac un petit vésicatoire volant que vous panserez ensuite avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre.

J'ajoute que si ces vomissements se compliquaient de diarrhée — sans qu'il y ait une affection stomacale ou intestinale particulière — vous prescrirez avec avantage l'opium sous la forme de laudanum à la dose d'une goutte, chez des petits enfants âgés de moins d'un an, et de deux gouttes au-dessus de cet âge.

Enfin, chez les sujets nerveux, chez les petits hystériques, la valériane, soit par la bouche, soit en lavement, et le bromure pourront vous rendre des services et arrêter les accidents.

Voilà ce que je voulais vous dire au sujet du vomissement chez les enfants, de son étiologie et de son traitement.

II. Je voudrais vous parler maintenant d'un enfant qui a succombé avant hier et dont l'autopsie est des plus intéressantes et des plus importantes au point de vue de la rareté des lésions qu'elle va vous montrer, rareté, bien entendu, chez les enfants.

Il s'agit d'une petite fille, âgée de neuf ans, qui était entrée dans mes salles pour une fièvre typhoïde, la maladie avait eu une évolution régulière — comme toutes celles que nous observons en ce moment, du reste, ceci soit dit en passant — sans aucun incident. La malade était parvenue au dix-septième jour, lorsque, tout à coup, brusquement, elle fut prise de coliques vives, d'un malaise général, de lipothymies et d'hémorrhagies intestinales. Les accidents persistèrent, malgré les moyens thérapeutiques auxquels nous eûmes recours, pendant trois jours, au bout desquels la malade succombait à une péritonite aiguë.

C'est là un fait tellement rare chez les enfants que, pour ma part, dans l'espace de vingt et un ans, je n'en ai observé que trois cas, deux dans la clientèle de la ville, un dans ma pratique hospitalière.

Ces hémorrhagies intestinales ont eu lieu, dans ces trois cas, chez des enfants de huit à neuf ans. Chez l'une des deux malades que j'ai soignées en ville, la quantité de sang rendue par l'intestin équivalait à plus d'un demi-verre; elle a été pour ainsi dire un phénomène critique; une véritable détente dans son état général s'en est suivie aussitôt, l'enfant a été très notablement améliorée et a parfaitement guéri. La seconde malade a également bien guéri, elle eut de nombreuses hémorrhagies qui persistèrent pendant huit ou dix jours, mais la quantité de sang ne fut pas en somme très abondante.

En résumé, vous le voyez, l'hémorrhagie intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde chez les enfants est un phénomène absolument exceptionnel; il est d'autant plus rare que, chez eux, les exulcérations des plaques de Peyer sont, en général, peu considérables, peu profondes.

Le cas d'aujourd'hui est donc une véritable exception; il existe, en effet, une plaque de Peyer fortement congestionnée, d'un rouge vineux, violacé, ulcérée et perforée. Il y a là, comme je vous le disais tout à l'heure, péritonite aiguë, consécutive à ladite perforation, et mort. Et c'est pourquoi je tenais à appeler votre attention sur un fait que vous n'aurez peut-être jamais plus l'occasion de rencontrer, ou peut-être seulement une fois ou deux dans le cours de votre pratique médicale.

PHTHISIE PULMONAIRE ET ATMOSPHÈRE SULFUREUSE (1).

Par M. le docteur Ed. Sollaud,
Médecin de première classe de la marine.

II

Vers la fin du mois de juillet, le sergent F..., que le service, pénible en somme, qu'il venait de faire pendant soixante-cinq jours, avait un peu fatigué, me demanda à aller passer à l'hôpital quelques jours de repos. Les symptômes dont il se plaint encore à ce moment sont : de l'essoufflement à la suite d'efforts un peu prolongés, une douleur vague au côté droit de la poitrine, en arrière, avec irradiations vers l'épaule et l'aisselle correspondantes, des sueurs nocturnes, de la toux matin et soir, et enfin une expectoration facile mais toujours abondante.

Je ne trouve à la percussion qu'un peu de submatité dans la fosse sus-épineuse droite et à l'auscultation qu'une respiration rude, soufflante, avec une expiration prolongée, sans trace de râles d'aucune sorte.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 519.

Quelques rares bacilles seulement dans les produits de l'expectoration. Tels sont également les seuls signes physiques relatés par la feuille de clinique à l'hôpital où le malade ne passa d'ailleurs que quatre jours.

Les bacilles disparaissent complètement des crachats vers le milieu d'août.

Enfin, le 18 septembre, je ne sais trop pour quel motif, F... réussissait à se faire envoyer par un des aides-majors et pour la troisième fois de l'année à l'hôpital, sous prétexte qu'il toussait et ressentait toujours sa douleur de côté. Entré dans le service de mon collègue et ami M. le docteur Ambiel, il en sortait, le surlendemain, avec cette mention spéciale : « Exeat illico. — Accuse un léger point douloureux à droite. — Aucun symptôme, si léger qu'il soit, de lésions pulmonaires. — Si ces lésions ont jadis existé, elles sont actuellement introuvables. »

Depuis cette époque, le sergent F..., rentré définitivement au service de sa compagnie, n'a cessé de jouir d'une santé parfaite. La percussion et l'auscultation des deux poumons, pratiquées avec le plus grand soin, n'ont rien révélé d'anomal. L'appétit est excellent et le poids du corps n'a pas cessé d'augmenter. (Poids actuel, 67 kil. 500.)

Périmètre thoracique actuel, 85 centimètres.

Il s'agit donc bien dans cette observation d'une véritable *restitutio ad integrum* et d'une cure que j'ai tout lieu de croire aussi complète et définitive que possible.

Obs. II. — Bronchite chronique datant de trois mois. — Disparition de tous les symptômes après deux semaines de séjour dans l'atmosphère sulfureuse.

M. P..., sous-lieutenant au premier régiment d'infanterie de marine, âgé d'une trentaine d'années, avait, en sa qualité d'officier de casernement, la haute surveillance sur toutes les opérations d'assainissement. Il souffrait, depuis le mois de février, d'une bronchite chronique persistante, véritable catarrhe humide, sans dyspnée ni gêne aucune de la respiration, caractérisé par une toux fréquente et par une expectoration abondante, le matin surtout, de crachats épais et muqueux.

Percussion normale dans toute l'étendue de la poitrine.

Auscultation. — Râles muqueux et sous-crépitants, à la base des deux poumons, principalement en arrière.

Malgré un traitement approprié (révulsifs, vomitifs, toniques, eaux sulfureuses, etc.), il ne s'était jusqu'alors produit aucune amélioration, quand, cinq à six jours environ après le début des fumigations, M. P..., qui passait, lui aussi, la plus grande partie de son temps au milieu des vapeurs sulfureuses, constata, non sans surprise, que la toux diminuait de fréquence et l'expectoration d'abondance. Moins de dix jours après, ces divers symptômes qui continuaient sans cesse à s'amender avaient, tout autre traitement cessant, entièrement disparu et M. P..., complètement guéri, ne présentait plus, soit à la percussion, soit à l'auscultation, aucun signe physique de la bronchite chronique dont il était précédemment atteint.

Les chances de guérison du sergent F... étaient en somme d'autant plus favorables, que le sujet était plus jeune, que la maladie était plus récente et qu'en raison des antécédents héréditaires douteux, il ne s'agissait peut-être que d'une diathèse acquise. En outre, le traitement tonique institué antérieurement à l'hôpital et continué plus tard à l'infirmerie, plaçait, au commencement de la nouvelle médication sulfureuse, notre sous-officier dans des conditions d'expérimentation relativement favorables.

Malgré ces circonstances que je suis le premier à faire entrer en ligne de compte, je ne pense pas que l'influence curative du traitement par le séjour prolongé dans une atmosphère sulfureuse, puisse être contestée.

On a vu avec quelle rapidité et quelle énergie ce mode de traitement avait réussi : l'affection, qui durait depuis plus d'un an, disparaît en deux mois. F..., très intelligent, se rend parfaitement compte de l'action bienfaisante exercée par l'acide sulfureux sur l'ensemble des divers symptômes de sa maladie et attribue lui-même à ce gaz la disparition de ces mêmes symptômes et enfin sa guérison définitive.

Les accidents de suffocation du début une fois surmontés, le mieux qui survient est presque instantané et va s'accentuant de jour en jour. Nous assistons d'abord à un arrêt, puis à une régression continue du travail pathologique au sommet des deux poumons, pour constater, bientôt après, une cicatrisation complète de toutes les lésions pulmonaires, y compris les lésions caverneuses du sommet droit en même temps qu'une restauration parfaite du processus nutritif.

Enfin la diminution d'abord, la disparition complète ensuite des bacilles pulmonaires primitivement constatés, en nombre considérable, dans les crachats du malade, permettent de suivre pas à pas, pour ainsi dire, le retour graduel de l'état pathologique à l'état de santé parfaite.

Voyons en terminant quelle part spéciale il convient d'attribuer à l'acide sulfureux dans cette guérison.

Les vapeurs sulfureuses ont bien évidemment agi comme nécrophytiques, mais de quelle façon et sous quelle forme?

Est-ce l'acide sulfureux gazeux, qui, en pénétrant dans l'appareil respiratoire, a simplement exercé son action destructive diminuée par son mélange avec l'air sur les organismes inférieurs?

En raison de leur affinité pour l'eau, les vapeurs sulfureuses se sont-elles transformées en acide sulfurique hydraté, agissant comme caustique à réaction légère mais continue?

Ces mêmes vapeurs, au contact de la chaux chlorurée dont les murs, boiseries, etc., étaient badigeonnés peu après les fumigations, ont-elles été absorbées sous forme de sulfite ou d'hyposulfite de chaux, c'est-à-dire sous forme de médicaments, que, depuis longtemps, Polli et l'école italienne ont préconisés, à la suite de nombreuses expériences, comme des agents préventifs et curatifs de la phthisie pulmonaire?

Ou bien, enfin, y a-t-il eu, à la suite d'une oxydation plus complète, transformation de l'acide sulfureux en sulfate de chaux, d'où guérison par arrêt dans l'évolution des produits morbides, par la persistance et l'augmentation progressive des dépôts calcaires?

Ce ne sont évidemment que de simples hypothèses, l'explication réelle de cette action curative me paraissant d'autant plus difficile que l'organisme humain n'est pas, comme on l'a dit souvent, un vulgaire creuset à réactions chimiques ordinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Suture des nerfs avec retour de la fonction. — M. Polaillon, à l'occasion de la communication qu'il a faite dans la dernière séance et des objections qui lui ont été présentées, fait observer que les expériences de Vulpian sur la section du nerf grand hypoglosse et le retour ultérieur de la fonction de ce nerf n'ont pas été infirmées, qu'il y a là un fait incontestable et que, ne peuvent détruire les données les plus récentes de l'histologie. M. Ranvier, après avoir examiné le bout périphérique d'un nerf sectionné, a déclaré que ce bout périphérique était définitivement mort, que ce n'était plus que du tissu fibreux. Cette assertion est

absolument contraire aux données de la physiologie et de la clinique. En effet, au point de vue chirurgical, ce bout périphérique est parfaitement un nerf, avec son névrilème et tous ses caractères. Si l'on réunit ce nerf au bout central, la fonction peut se rétablir, ainsi que le prouvent surabondamment les faits de MM. Tillaux, Polaillon et bien d'autres.

M. TRÉLAT dit que ce rétablissement des fonctions, extrêmement rapide, se trouve en contradiction avec toutes les données de l'histologie. Bien que ces faits ne puissent être contestés, il faut bien reconnaître qu'ils sont en complet désaccord avec les données de l'histologie.

M. RECLUS ajoute qu'un morceau du bout périphérique, dans l'un de ces cas, a été envoyé à MM. Vulpian et Ranvier, et l'un et l'autre ont constaté que le chirurgien avait réuni du tissu fibreux au bout central du nerf.

M. SEGOND cite le cas d'une jeune fille qui avait eu une section complète du médian et du cubital. M. Segond a fait la suture de ces deux nerfs une heure après l'accident. La sensibilité a reparu immédiatement dans toute la zone innervée par les deux nerfs.

Cette sensibilité récupérée n'a jamais varié depuis un an. Mais tous les muscles innervés par le médian et le cubital sont atrophiés et sont restés impuissants.

M. POLAILLON fait observer que M. Ranvier lui-même a trouvé dans le bout périphérique des réactions propres au tissu nerveux.

Obstruction intestinale, laparotomie. — **M. TERRIER** communique une observation de laparotomie pour obstruction intestinale.

Toutes les fois que l'on peut faire un diagnostic, ce qui, le plus souvent, est impossible, on trouvera les indications de la laparotomie et de l'anus artificiel. Pour les autres cas, deux opinions très différentes ont été émises : celle de M. Le Fort, en faveur de la laparotomie, et celle de M. Verneuil, favorable à l'anus artificiel. M. Terrier n'hésite pas, dans ces cas, à préférer la laparotomie.

Il cite l'observation d'un homme qui avait eu des troubles gastriques; on lui avait fait des lavages de l'estomac, à la suite desquels il avait eu des hématémèses. On avait diagnostiqué un cancer. M. Terrier a recherché la présence de l'acide chlorhydrique après lavage de l'estomac par les procédés nouveaux. Il en avait trouvé à plusieurs reprises, ce qui était également en faveur de l'existence d'un cancer. Cet homme avait eu, à plusieurs reprises, des phénomènes d'obstruction intestinale. Il en eut de nouveau et tellement accentués, que M. Terrier dut faire la laparotomie. Il arriva, à la réunion du côlon ascendant avec le côlon transverse, sur une tumeur qu'il ne pouvait songer à enlever. Il fit un anus contre nature du côté droit, du côté du cœcum. Il créa cet anus de dedans en dehors.

Il dut pratiquer des ponctions intestinales pour rentrer l'intestin; puis il dut l'inciser pour le vider des matières solides; il sutura ensuite cette ouverture intestinale. Il avait suturé l'intestin à la paroi abdominale, sans l'ouvrir; il n'ouvrit cet anus artificiel que le lendemain. Il ne sortit aucune matière intestinale.

Pendant neuf jours, l'état du malade fut très bon. Le neuvième jour, il eut du délire et se leva; le lendemain, il présenta des phénomènes de péritonite, et succomba dix jours après l'opération.

L'autopsie a montré les signes d'une péritonite suppurée et généralisée. Cette péritonite fut attribuée à deux petites ouvertures de l'intestin au niveau des ponctions. Il y avait un cancer de l'estomac adhérent au côlon transverse, et, par suite, pénétration de ce cancer et des matières alimentaires de l'estomac directement dans l'intestin adhérent.

En pareils cas, M. Terrier pense qu'il vaut mieux faire la laparotomie que de créer d'emblée un anus contre nature, qui ne peut servir à rien.

M. BOUILLY rapproche le fait suivant de ceux qui ont été communiqués. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui avait eu des phénomènes de ténesme rectal, de dénutrition générale et de douleur. M. Bouilly pensa qu'il s'agissait d'un cancer en voie d'évolution.

Cet homme fut pris de phénomènes d'étranglement subaigu, avec distension abdominale telle qu'il fallut faire des ponctions. Après un mois de temporisation, M. Bouilly établit un anus contre nature. Il repoussa la laparotomie à cause de la marche lente des accidents et de la presque certitude de l'existence d'un cancer.

De parti pris, il pratiqua l'anus dans la fosse iliaque droite, sur le cœcum. Il y eut une véritable inondation fécale, qui amena un grand soulagement. Du mois d'août 1886 au mois de mai 1887, cet homme se porta très bien. Il finit par succomber aux progrès de son cancer. Il a été, en somme, très soulagé par la cœcotomie.

Donc, dans ces cas d'obstruction lente, l'anus artificiel paraît à M. Bouilly devoir être préféré à la laparotomie.

M. TERRIER fait observer que M. Bouilly a subi une situation qui lui a été faite par la temporisation. Au début des accidents, il eût été rationnel de faire la laparotomie.

Traitement des fractures par le massage. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** lit un rapport sur plusieurs observations de traitement des fractures par le massage.

La première est de M. Ovion (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit d'une fracture de la malléole interne, avec luxation partielle de l'astragale en haut et en avant. Le blessé fut chloroformé, la réduction s'opéra facilement; on appliqua un appareil plâtré. Le dixième jour, M. Ovion leva l'appareil et pratiqua le massage sur les deux malléoles. Il y eut ainsi plusieurs massages successifs. En cinq à six semaines le malade était guéri et marchait sans appareil. Le vingt-huitième jour, le malade se tenait sur ses jambes et faisait quelques pas. Le trente-huitième jour, il reprenait son service d'infirmier.

M. Lucas-Championnière fait ressortir les avantages du traitement suivi dans ce cas. Il n'aurait pas attendu, quant à lui, le dixième jour; il aurait commencé le massage le jour même, sous le chloroforme.

Le massage fait disparaître la douleur et favorise la formation du cal au lieu de l'entraver. Il communique une observation de fracture des deux os de la jambe, traitée par le massage, et dans laquelle le malade marcha le trente-cinquième jour.

Deux autres observations ont été adressées par M. Frantz.

Il s'agit, dans la première, d'une fracture du tibia. La première séance de massage fut faite le troisième jour. Le dixième jour, la malade demande à se lever et à marcher. Elle marche le quinzième jour. Ving-cinq jours après l'accident, elle peut entreprendre un voyage long et pénible.

M. Lucas-Championnière, avec M. Frantz, insiste sur la nécessité de faire des séances prolongées de massage, de une heure à une heure et demie.

Il faut, dans le début, procéder avec douceur; on éteint ainsi la douleur et on peut ensuite faire des pressions énergiques. Il faut surtout éviter le foyer de la fracture.

M. Lucas-Championnière a étendu ce mode de traitement à toutes sortes de fractures et en a toujours obtenu de très bons résultats. Le massage fait cesser la douleur et le gonflement, il n'empêche pas la consolidation et permet de conserver intactes toutes les fonctions des membres.

M. BERGER fait observer que la durée du traitement, dans les faits signalés par M. Lucas-Championnière, n'a pas été inférieure à celle des cas traités sans massage. Pour ce qui est, en particulier, des fractures diaphysaires, il ne paraît y avoir aucun avantage.

M. MARC SÉE déclare qu'il a obtenu absolument les mêmes résultats, à l'aide de la bande élastique. L'explication, donnée par M. Lucas-Championnière, de l'efficacité du massage est celle que M. Sée a donnée depuis longtemps, de l'effet de la bande élastique. Il ne voit aucun avantage du massage sur l'emploi de la bande élastique, qui est un moyen simple et facile.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'est pas de l'avis de M. Berger : une fracture du tibia, guérie en vingt-cinq jours, n'est pas un fait commun, même chez les personnes jeunes.

Il répond à M. Sée, que la bande élastique est très douloureuse. M. Sée n'a du reste convaincu personne.

Ouverture des abcès du bassin par la laparotomie. — M. TERRILLON fait une communication sur l'ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie. Il est de ces abcès qui se développent dans la cavité du bassin. Ils s'ouvrent le plus souvent dans le rectum.

Ils donnent lieu généralement à des récidives et passent à l'état chronique. M. Terrillon a eu l'occasion de traiter trois de ces abcès par la laparotomie, l'évacuation et l'excision de la poche.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, souffrant depuis deux ans. Quand M. Terrillon l'examina pour la première fois, elle était pâle, amaigrie, avait le facies grippé, de la fièvre et des sueurs abondantes. Il y avait évidemment, dans le petit bassin, un abcès tendant à s'ouvrir dans le rectum. Pendant le trajet que fit cette femme en voiture, pour se rendre à la Salpêtrière, l'abcès se rompit dans le péritoine et la malade eut une péritonite suppurée foudroyante. M. Terrillon fit, aussitôt que possible, la laparotomie, l'ablation de la poche, le lavage du péritoine et plaça deux gros tubes à drainage. La malade fut soulagée, mais la péritonite reprit de plus belle, et elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on ne trouva pas la péritonite dans la partie qui avait été lavée, mais elle s'était développée au-dessus de ce point et avait envahi presque toute la partie supérieure.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, mariée à seize ans et demi qui, ayant eu une fausse couche, fut prise, en 1880, d'accidents péritonéaux. Depuis 1883, cette malade ressent dans le ventre des douleurs et souffre parfois d'accidents de péritonite. Un premier abcès s'ouvrit et se vida dans le rectum; deux mois après, nouvel abcès, nouvelle ouverture dans le rectum. Il y en eut ainsi plusieurs; la malade était affaiblie et ne mangeait plus. Ayant attendu que l'abcès fût rempli, M. Terrillon fit la laparotomie, trouva les intestins un peu adhérents entre eux, arriva sur la poche qu'il vida et dont il amena et sutura les bords à la paroi abdominale. Il avait tiré, par la ponction, 250 grammes de pus. Il sutura la plaie et fit un drainage. La malade, le 22 avril, va aussi bien que possible.

Troisième cas : femme de trente-cinq ans; a fait plusieurs fausses couches, elle a eu une pelvi-péritonite, en 1883, et antérieurement plusieurs poussées de péritonite partielle. Elle s'était rétablie, quand, en 1886, elle eut une nouvelle poussée qui se termina par l'ouverture d'un abcès dans le rectum. Pendant quelque temps elle rendit ainsi 200 grammes de pus tous les jours. Elle s'affaiblissait notablement; on sentait dans le côté droit une masse volumineuse. M. Terrillon fit la laparotomie, il trouva une tumeur grosse comme les deux poings, adhérente au côté droit de l'utérus, derrière le ligament large. Il ponctionna cette tumeur et retira 500 grammes de pus, il sutura la poche à la paroi abdominale et plaça deux gros tubes à drainage. La malade, opérée le 19 avril, va actuellement aussi bien que possible.

M. Terrillon pense qu'il y a, pour ces cas, dans la laparotomie une ressource précieuse qui a déjà été mise en pratique en Amérique et en Angleterre.

Hystérectomie vaginale. — M. MONOD présente un utérus cancéreux qu'il a enlevé par le vagin. Cet utérus, dans le cul-de-sac du côté gauche, était complètement adhérent à la paroi vaginale de ce côté; il fallut appliquer de ce côté un grand nombre de pinces hémostatiques.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales (1), par M. le docteur Albert ROBIN.

Les études que publie M. Albert Robin portent sur des sujets différents : le traitement de la fièvre typhoïde, basé sur les recherches urologiques; la congestion rénale primitive, la pyélonéphrite primitive, le rhumatisme de surmenage, la syphilis amygdalienne, à forme diphthéroïde; les indications fournies par la chimie biologique, dans le diagnostic et le pronostic des affections cérébrales, et, enfin, la myocardite interstitielle, la dégénérescence calcaire et la rupture du cœur.

(1) In-8°, prix : 8 francs. — Paris, 1887. G. Masson.

Les plus caractéristiques de ces leçons sont celles qui ont trait à la fièvre typhoïde, à la congestion primitive du rein, au rhumatisme de surmenage et aux applications de l'urologie au diagnostic des affections cérébrales.

La microbiologie fixe les causes spécifiques des maladies infectieuses : à ces causes, elle assigne en quelque sorte un corps. La chimie biologique recherche les modifications du processus nutritif, elle montre comment il est vicié, comment il se fait, par exemple, des auto-intoxications, par rétention des déchets organiques, qui peuvent expliquer tout un ensemble de symptômes et faire comprendre, dans bien des cas, la gravité de l'état général. On sait combien, dans ces derniers temps, les leçons du professeur Bouchard, les publications de MM. Brouardel et Gautier ont donné d'actualité et d'importance à la question des auto-intoxications.

A ce point de vue, M. Albert Robin a droit de se considérer comme un ouvrier de la première heure. Ses recherches d'urologie clinique, poursuivies avec persévérance depuis plus de dix ans (1), lui ont permis d'éclairer d'un jour très vif, en particulier, la pathogénie de certains symptômes de la fièvre typhoïde. On lui est redevable de connaître la fièvre typhoïde à forme rénale.

Dans les leçons qu'il vient de publier, il démontre que ses découvertes ne sont pas seulement intéressantes au point de vue de la nosographie et de la physiologie pathologique, mais, ce qui est la plus précieuse des consécrations, qu'elles peuvent avoir pour conséquence des indications et des contre-indications thérapeutiques.

1° Les déchets organiques sont augmentés dans la fièvre typhoïde. Cela résulte de l'ensemble des recherches et surtout des recherches urologiques. La nature de ces déchets montre que c'est surtout à la dénutrition du système musculaire qu'ils sont attribuables.

2° Une partie des déchets produits pendant la période fébrile est retenue dans l'organisme. Si la totalité des déchets est augmentée, cette rétention doit se traduire par une répartition particulière dans les éliminations. En effet, diminuées pendant la période fébrile, ces éliminations augmentent beaucoup, dès que baisse la fièvre. Il se fait une véritable crise. Le degré de cette rétention augmente avec la gravité de l'état général. Il est particulièrement élevé dans les formes ataxo-adynamiques : rien de plus légitime que d'attribuer les phénomènes de dépression et d'incitation à ces auto-intoxications par rétention.

3° Contrairement à ce qu'on croit généralement, les oxydations, loin d'être augmentées, sont diminuées au cours de la fièvre typhoïde. En effet, l'urée diminue; elle est remplacée par des produits moins oxydés; l'acide carbonique diminue également dans l'air expiré. Chose importante, ces produits d'oxydation inférieure sont moins solubles que l'urée, leur rétention est d'autant plus facile.

De ces données dérivent des indications thérapeutiques des plus nettes; il faut favoriser l'oxydation organique, et l'élimination des produits solides de cette oxydation. D'autre part, tout médicament qui diminue les oxydations et tend à abaisser le taux de la diurèse, peut être considéré comme nuisible. Toute méthode thérapeutique doit résister à ce double contrôle. L'acide phénique, impuissant comme antiseptique aux doses possibles, diminue les oxydations : il doit être rejeté. L'acide benzoïque et le benzoate de soude, au contraire, favorisent et l'oxydation et l'élimination. M. Albert Robin recommande leur usage à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Il convient, pour favoriser la dépuration urinaire, de donner des boissons en suffisante abondance : le régime lacté est

(1) *Essai d'urologie clinique : La fièvre typhoïde*, Paris, 1877.

particulièrement précieux, à ce point de vue comme à d'autres. L'espace nous manque pour entrer dans les détails, comme il conviendrait à propos du traitement de la fièvre typhoïde. Nous ne pouvons donner que des indications plus rapides encore sur les autres sujets exposés dans ces leçons.

La congestion rénale primitive constitue un complexus symptomatique qui est sans doute assez fréquent, confondu tantôt avec la néphrite épithéliale et le mal de Bright, tantôt avec l'embarras gastrique ou la courbature fébriles. A des phénomènes de gastricité, de courbature plus ou moins accentués, quelquefois typhoïdes, se joignent des douleurs lombaires, spontanées et provoquées par la pression, de l'albuminurie passagère.

Il y a dans l'urine des cylindres hyalins ou épithéliaux, des globules sanguins. Parfois on songe à la fièvre typhoïde; de là deux formes : l'une simple, l'autre typhoïde. Mais la fièvre, peu élevée, tombe bientôt. L'albuminurie disparaît et la guérison a lieu. M. Albert Robin explique cet ensemble symptomatique par la congestion du rein. Il était, en tout cas, intéressant de le séparer du banal embarras gastrique et du mal de Bright, plus profond et plus dangereux.

Signalons encore le parti que l'on peut tirer des analyses urologiques pour le diagnostic des affections cérébrales. Les lésions destructives inflammatoires augmentent les déchets phosphorés; les autres, les simples compressions, les laissent intactes ou même les diminuent.

On voit que les maladies chroniques diathésiques ne sont pas les seules qui puissent profiter, dans un sens pratique, des enseignements de la chimie biologique. Il faut savoir gré aux médecins auxquels leurs études spéciales permettent d'aborder ce genre de recherches, de grouper logiquement les données acquises, d'augmenter ainsi nos connaissances cliniques, et surtout de faire servir ces données au diagnostic, au pronostic et au contrôle des médications et des médicaments. Parmi ces médecins, M. Albert Robin a su se faire une place éminente.

L'année scientifique et industrielle (1), par Louis FIGUIER.

Pour la trentième fois, M. Louis Figuier nous adresse son *Année scientifique* et pour la trentième fois nous la présentons à nos lecteurs. Digne de ses aînées, ce répertoire si intéressant de nos diverses conquêtes annuelles de la science nous remet sous les yeux tous les événements, grands ou petits, qui ont occupé ou préoccupé le savant ou l'industriel ou l'artiste, pendant l'année écoulée.

On ne saurait, en quelques lignes, reproduire la masse de faits que contiennent ces 600 pages, consacrées à l'astronomie, à la météorologie, à la physique, à la mécanique, à la chimie, à l'art des constructions, à l'histoire naturelle, aux voyages scientifiques, à l'hygiène publique, à la médecine et à la physiologie, à l'agriculture, aux arts industriels, aux expositions, aux académies et sociétés savantes, et qui se termine, comme de coutume, par la nécrologie scientifique. — Et que longue est cette dernière liste où nous comptons tant des nôtres! C'est toutefois l'année des centenaires : Parmentier, Arago, Scheele, Chevreul — mais pour ce dernier, notre vénéré maître est présent! — et M. Louis Figuier a placé, en tête de son volume, la reproduction de la statue, qui a été inaugurée au Muséum, le 31 août 1886, pendant la célébration du centenaire de la naissance de l'illustre professeur.

Quand une idée est juste, elle fait son chemin : et l'*Année scientifique*, dont la collection est si précieuse, mérite une place sur les rayons de la bibliothèque de tout esprit éclairé.

Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique de l'urine, des sédiments et des calculs urinaires (2), par M. le docteur L. GAUTIER.

Ce livre est un simple *Guide pratique* dans lequel l'auteur n'a admis que les indications strictement nécessaires sur les propriétés générales de l'urine, à l'état normal et pathologique, et sur les éléments normaux et pathologiques que ce liquide tient en dissolution ou à l'état insoluble (sédiments). Quant aux méthodes de dosage, M. L. Gautier ne décrit que les plus exactes ou celles qui se distinguent par leur facilité ou leur rapidité d'exécution et peuvent servir au lit du malade.

Les quatre premiers chapitres, qui forment le livre presque tout entier, sont consacrés à l'exposé de ces différentes notions; et, dans le cinquième et dernier, l'auteur décrit les méthodes à l'aide desquelles on peut retrouver dans l'urine certaines substances toxiques ou médicamenteuses qui, à la suite de leur administration, sont éliminées par ce liquide.

De nombreuses gravures représentent les formes microscopiques des principaux éléments normaux et pathologiques de l'urine et les appareils employés pour les recherches et dosages. En résumé, excellent livre, clair et pratique.

(1) In-16. — Prix 3 fr. 50. — Paris, 1887, Hachette et Cie.

(2) In-18 jésus avec 90 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, F. Savy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 juin 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Dubois et Bonnain.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 juin 1887, M. Delpeuch, agrégé des lettres, professeur au lycée Charlemagne, est délégué dans les fonctions de chef de cabinet du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

— MM. les docteurs Sauvage, directeur de la station agricole de Boulogne-sur-Mer, et Trouessart, membre de la Société des études scientifiques d'Angers, sont nommés officiers de l'instruction publique.

— Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Collignon, médecin-major au 25e de ligne, Manouvrier et Roustan (de Cannes).

— *Faculté de médecine de Paris.* — La date du mercredi 8 juin 1887, indiquée sur l'affiche relative à la limite des consignations, est reportée au samedi 11 juin, pour les candidats aux examens qui ont consigné, au plus tard, le mardi 24 mai dernier.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Carrieu, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'histologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Aronssohn, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Paris, à l'âge de cinquante-cinq ans, de M. le docteur Rochas, secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône et de M. le docteur Le Turck, décédé à Gray. Notre vénérable confrère était né à Nancy, le 11 novembre 1797.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21263

12

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.* »

« Professeur Bouchardat. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. Frère, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

15

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et, contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

39

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD À LA PEPTONE PHOSPHATÉ

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

10

EAU MINÉRALE DE BUSSANG

L'Eau de Bussang doit à sa composition d'être essentiellement **digestive** (gaz, acide carbonique, sels alcalins), **tonique** et **reconstituante** (fer, manganèse, arsenic et phosphate calcique), en même temps qu'**antinéphrétique, antigraveleuse** et **antigoutteuse** (soude, lithine, silice et borate calcique).

Elle est souveraine contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, la **Gastralgie**, la **Dyspepsie**, la **Diarrhée chronique** avec engorgement des viscères abdominaux, le **Catarrhe vésical**, les **coliques néphrétiques**, la **Gravelle** et la **Goutte**.

Ses propriétés toniques et reconstituantes en font un adjuvant précieux dans le traitement de l'**Albuminurie**, du **Diabète** et des maladies qui proviennent de la **décomposition du sang**.

Elle est indiquée dans toutes les convalescences.

95

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macntosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

15

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les Toux nerveuses, les Gastrites, Gastralgies, les Vomissements de la grossesse, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

22

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

35

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

Le Perdriel et Cie, 11, rue Milton, Paris.

92

SIROP DE BOUBÉE

ANTIGOUTTEUX ET ANTI-RHUMATISMAL

sudorifique, diurétique, stimulant, Dépuratif, Antispasmodique.

Le plus puissant remède employé depuis 1825 contre la *Goutte* et les *Rhumatismes.*

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dose : de **2** à **4** cuillerées à bouche par jour, suivant la gravité de la maladie.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. Mazier, 264, boul. Voltaire, Paris.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : **2** FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

32

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 francs.

Phie Limousin ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Au cours de la discussion qui a été soulevée devant l'Académie sur la dépopulation actuelle de la France, l'Académie, justement émue de l'effroyable mortalité qui sévit sur les enfants hérédo-syphilitiques et de l'insuffisance notoire des mesures administratives qui sont censées nous protéger contre la syphilis, a nommé une commission à l'effet d'étudier quelles seraient les réformes ou les innovations à introduire dans la prophylaxie publique de cette maladie, et de préparer à ce sujet le projet d'un rapport qui pût être adressé aux autorités compétentes.

C'est au nom de cette commission que M. Alfred Fournier a rédigé l'important rapport dont il a commencé la lecture dans cette séance pour la terminer dans la séance prochaine.

HOPITAL NECKER. — M. PETER

Arthrite rhumatoïde; rhumatisme articulaire aigu et goutte chez le même sujet.

Je voudrais vous entretenir, aujourd'hui, de l'arthrite rhumatoïde à propos de certain malade du service, dont je vous rappellerai brièvement l'histoire.

Cet homme a eu, en 1872, une première attaque d'arthrite rhumatoïde, laquelle lui a laissé, sur les doigts des deux mains, des traces ineffaçables. Sept ans plus tard, en 1879, il fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, et un peu après il fut en proie à une attaque de goutte. Cette dernière s'est manifestée sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied gauche. Aujourd'hui, il présente, sur l'hélix de l'oreille gauche, un petit dépôt tophacé qui s'est formé comme tous les dépôts de ce genre, c'est-à-dire dans les conditions suivantes : douleur, développement d'une petite vésicule qui, en crevant, laisse s'écouler un liquide d'aspect huileux, composé de sérosité et d'urate de soude, dessiccation, concrétion d'une petite quantité d'urate de soude formant un petit tophus, gros comme un grain de millet, circulaire, dur et situé à fleur d'épiderme.

Un jour, que je montrais ce dépôt aux personnes qui suivent la visite des malades, l'un de mes auditeurs me demanda pourquoi ces tophus affectaient les cartilages de l'oreille, comme siège de prédilection. Je lui répondis, et je vous dirai tout de suite, que c'est là une affaire toute mécanique.

Il en est de ces dépôts, comme du sel marin que l'on voit, au bord de la mer, se déposer là où la vague meurt, c'est-à-dire dans les points où elle laisse quelques gouttelettes d'eau salée, dont l'évaporation favorise le dépôt de chlorure de sodium qu'elles renfermaient. En effet, dans l'organisme humain, les cartilages de l'oreille sont un point où la circulation est la moins active, de même que les cartilages du nez (région où l'on rencontre aussi des tophus de même nature), non seulement en raison de leur éloignement du centre circulatoire, mais aussi par l'absence de contraction musculaire. Vous savez que la circulation veineuse s'entretient et par la *vis à tergo* et par la contraction musculaire.

Ces dépôts tophacés, qui se produisent chez les sujets dont le sang est surchargé d'urate de soude, se font donc, de préférence, là où la contraction musculaire n'existe pas, c'est-à-dire en des points où la vague sanguine vient mourir. C'est ainsi qu'ils se produisent également au niveau des tissus périarticulaires et notamment autour de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qui, d'une part, est un des points les plus éloignés du centre circulatoire, et, d'autre part, se trouve dans une situation de déclivité toute spéciale, enfin qui est exposée à des irritations pour ainsi dire continues, par la fatigue de la marche, par la pesanteur du corps et par le fait de la chaussure; aussi pourrait-on ajouter que ces dépôts tophacés ne s'y rencontent pas chez les va-nu-pieds.

Du reste, cette articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est celle qui fatigue le plus, le pied reposant sur le sol surtout par sa partie interne et toute la pesanteur du corps s'exerçant, par suite, sur cette région même du pied.

Que de goutteux ont une attaque de goutte à la suite de chaussures neuves !

En résumé, notre malade a donc eu successivement, à des époques éloignées, une attaque d'arthrite rhumatoïde, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, une attaque de goutte, mais toutes ces attaques au minimum. Je dis « au

minimum » car les déformations se sont produites seulement au niveau des doigts de la main, car toutes ces crises ont été de petites attaques et qu'au milieu d'elles le cœur est toujours resté indemne.

Les lésions que l'on observe dans l'arthrite rhumatoïde sont celles de l'arthrite chronique, c'est-à-dire une inflammation de la synoviale, une synovite, avec épanchement qui peu à peu se résorbe; puis la synoviale s'épaissit, s'altère, devient le lieu de formation de corps étrangers, elle s'érode et disparaît; c'est alors que l'arthrite sèche est constituée. Puis, la maladie continuant à évoluer, on observe les phénomènes suivants : usure, inflammation des cartilages, prolifération des corpuscules cartilagineux, aspect velouté auquel on a donné le nom de cartilage hirsute, enfin disparition du cartilage. Les os sont mis à nu, ils s'enflamment : ostéite avec gonflement au niveau des surfaces articulaires, de la tête des os, bruit sec et douleur plus ou moins vive, lorsqu'on cherche à imprimer des mouvements à l'articulation; enfin les accidents s'accentuant de plus en plus, les ligaments se tuméfient à leur tour et s'allongent, de là une tendance plus ou moins marquée aux subluxations et à des déformations de plus en plus prononcées.

Chez notre malade, il suffit de jeter un regard sur ses mains, pour voir combien elles sont difformes, recroquevillées sur elles-mêmes, dans le sens cubital, ainsi que cela a presque toujours lieu, tandis qu'il est rare que ce soit dans le sens radial.

Voilà pour la succession des phénomènes que l'on peut observer dans l'arthrite rhumatoïde. Dans la goutte, au contraire, les dépôts ne se font pas dans l'articulation, mais bien autour d'elle, de sorte qu'il n'y a ni gonflement de l'os proprement dit, ni ostéite. Mais les cartilages peuvent aussi s'incruster d'urate de soude.

J'ajoute que dans l'arthrite rhumatoïde, les gaines tendineuses, les tendons participent à l'inflammation, de là une ténosite, une téno-synovite de voisinage, ténosite des tendons des fléchisseurs et des extenseurs. Enfin, la maladie peut aller jusqu'à l'atrophie des muscles, par suite de l'immobilité où les condamnent les douleurs éprouvées par les malades, dans les moindres mouvements.

Il y a donc, dans l'arthrite rhumatoïde, à la fois des lésions nécessaires des articulations et des lésions musculaires, dues à l'immobilité, à l'impossibilité des mouvements, c'est-à-dire l'atrophie.

Les symptômes de l'arthrite rhumatoïde sont subjectifs ou objectifs. Les symptômes subjectifs sont limités à la douleur, sans rien autre, douleur qui, une fois survenue, ne disparaît jamais et ne cesse qu'avec la vie, les articulations restant toujours malades. Et les douleurs entraînent fatalement l'impotence fonctionnelle. Le malade veut-il chercher à secouer cette impotence, bien vite une nouvelle attaque aiguë se produit, qui aggrave l'évolution de la maladie et augmente l'importance des lésions. Le fait s'observe aussi sous d'autres influences, parmi lesquelles je citerai, par exemple, le froid.

Les symptômes objectifs sont caractérisés d'abord par la déformation de l'articulation malade, puis plus tard par la subluxation, de sorte que, à un moment donné, les malades en sont réduits à l'immobilité forcée de l'articulation atteinte. Les malades, chez lesquels les jointures envahies sont celles des membres inférieurs, ne peuvent plus marcher, et dans l'ordre de succession ces articulations sont celles du pied, du cou-de-pied, du genou, de la hanche, puis, gagnant le membre supérieur, celles des doigts de la main, du poignet, des avant-bras, si bien que les malades sont, pour ainsi dire, passés à l'état de momies, devant recourir à des artifices plus ou moins ingénieux pour se servir de leurs membres. Bref, leur existence est alors des plus misérables.

Cette immobilité forcée des articulations malades devient une cause de sédentarité. Par suite, l'absence des mouvements amène une diminution plus ou moins grande des contractions musculaires, une diminution aussi des échanges organiques, un affaiblissement des combustions, une diminution dans la nutrition.

C'est alors que les malades tombent dans une véritable déchéance physique, jusqu'au jour où ils sont emportés par une tuberculisation pulmonaire. Ce n'est pas par le cœur que ces malades finissent leurs jours, sauf dans quelques cas, absolument exceptionnels (M. Charcot n'a rencontré que deux cas, où le cœur était malade, sur quarante et un), mais par la poitrine.

La vie, chez eux, se termine aussi quelquefois par épuisement, soit comme le résultat de la douleur longtemps prolongée, soit comme étant la conséquence d'insomnies de longue durée, suite des douleurs éprouvées par les malades, sous l'influence des moindres mouvements. Cet état d'épuisement ne peut que tendre à diminuer encore, à altérer la nutrition.

Ceci dit, ajoutons quelques mots, avant de finir, sur le traitement.

Au début, on aura recours aux révulsions, puis aux préparations iodées. En pareils cas, je prescris : 1° l'iodure de potassium, à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour, pendant trois ou quatre jours par semaine; 2° la teinture d'iode, à la dose de dix gouttes par jour, administrées à l'intérieur en deux fois, doses que l'on peut arriver à élever progressivement, quelquefois jusqu'à 4 ou 5 grammes, ce médicament étant ordinairement assez bien supporté par la plupart des malades.

Dans le cas de douleurs très vives, empêchant le malade de prendre un peu de repos, même la nuit, j'ai recours à l'antipyrine, de préférence à la morphine, et je l'administre à la dose de 1 gramme par jour. Ce médicament a le grand avantage de calmer ces douleurs, de faire cesser les insomnies prolongées et d'assurer aux malades un peu de sommeil, des nuits bonnes, un repos, en réalité, bien nécessaire.

Je le répète, l'antipyrine, dans ces cas d'arthrite rhumatoïde très douloureuse, est de beaucoup supérieure à la morphine.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

Par M. le professeur A. Fournier.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de placer une remarque préalable. Ce qui va suivre, ce que vous allez entendre, messieurs, constitue moins un rapport aux autorités administratives qu'un rapport de nos travaux à l'Académie. Et, en effet, votre Commission ne se fait pas illusion sur son œuvre. Le sujet qu'elle avait à envisager est si vaste, si fécond en questions de tout genre, en problèmes médicaux, administratifs, sociaux, etc., qu'elle ne saurait se flatter d'avoir tout dit et tout fait, non plus que d'avoir abouti à des conclusions qui satisferont tout le monde. Il est vraisemblable, il est même certain, que l'Académie ajoutera de son chef et de par la discussion qui ne peut manquer de sur-

gir ici, quelques propositions à celles que nous avons formulées, ou bien qu'elle modifiera, amendera, exclura même, peut-être, quelques-unes des nôtres. De sorte que la rédaction définitive et le ton général du rapport à présenter aux autorités administratives nous ont paru devoir rester subordonnés à l'ensemble des résolutions qui seront, en dernier ressort, accueillies et votées par l'Académie, ce qu'actuellement nous ne saurions préjuger.

Sous le bénéfice de ces réserves, j'aborde aussitôt notre sujet.

I

Votre Commission a pensé tout d'abord que l'exposé des réformes ou des innovations à proposer aux pouvoirs publics devrait être précédé, en forme de préface, de deux déclarations majeures, expliquant et justifiant la nécessité, l'urgence de mesures prophylactiques plus sérieuses, plus complètes et, au total, plus efficaces que celles qui composent le système actuellement en vigueur.

De ces deux déclarations, l'une serait relative au pronostic vrai, aux dangers véritables de la syphilis; l'autre viserait ce préjugé funeste qui a souvent retenu ou attiédi le zèle des pouvoirs publics, en ce qui touche la prophylaxie de la syphilis, à savoir que cette maladie ne constituerait un danger que pour ceux-là seulement qui s'y exposent.

L'une et l'autre, nous semble-t-il, pourraient être présentées de la façon suivante :

« Monsieur le ministre,

Un danger menace en permanence la santé publique.

Ce danger réside dans une maladie qu'on pourrait appeler la peste moderne, et qui n'est autre que la syphilis.

Ce danger est grave, très grave. La syphilis, en effet, n'est pas ce qu'on se la représente en général, ce que la jugent notamment nombre de gens du monde qui ne la connaissent que de nom ou de renom, à savoir une maladie simplement passagère, à la façon d'autres maladies qui n'ont qu'un temps, simplement constituée par quelques accidents extérieurs et curable, au total, par un traitement de quelque durée. En réalité, c'est tout autre chose. C'est une infection stable, permanente, ultra-féconde en manifestations de tout genre, les unes légères, d'autres importantes, d'autres des plus sérieuses, quelques-unes mortelles. C'est une diathèse qui s'empare de tout l'être, qui peut l'affecter dans toutes ses parties, dans tous ses organes, et qui n'est réduite au silence que par un traitement très prolongé, auquel s'astreignent bien peu de malades. En réalité, c'est une maladie désastreuse, néfaste, par les dangers multiples qu'elle comporte, dangers *individuels*, dangers *héréditaires*, et nous ajouterons aussi dangers *sociaux*.

Ses dangers individuels — qu'il n'est pas rare, on le sait, de voir entrer en scène à des échéances démesurément lointaines, c'est-à-dire dix, vingt, trente ans et plus à la suite de l'infection première — ses dangers individuels, disons-nous, on croyait les connaître de vieille date et les avoir tous démasqués. Mais voici que les investigations de la science contemporaine en ont singulièrement élargi le cercle et étendu la portée. Car, plus on a étudié cliniquement et anatomiquement la syphilis, plus on a vu reculer les limites de son domaine pathologique par une série d'annexions inattendues. C'est ainsi que nombre d'affections cérébrales, spinales, oculaires, articulaires, laryngées, hépatiques, rénales, vasculaires et autres, qu'autrefois on laissait indéterminées comme origine, ont pu, ont dû même être rattachées à la syphilis comme autant de manifestations de cette diathèse si singulièrement polymorphe. A n'en citer qu'une seule, par exemple, la syphilis cérébrale, dont on ne parlait guère, il y a une trentaine d'années, qu'un pathologiste éminent ne consentait à accepter qu'au titre d'un « appendice conjectural » au cadre classique de la maladie, est devenue de nos jours une affection particulièrement commune, d'observation courante. L'appendice est devenu partie principale, et la conjecture réalité. Quantité de syphilitiques meurent par le cerveau, du fait de leur syphilis; c'est là un fait qui s'impose, une vérité qui n'est actuellement ni contestable ni contestée.

Plus désastreuses encore sont les conséquences *héréditaires* de la maladie. Une mortalité énorme, effroyable, pèse sur la progéniture des sujets syphilitiques. Cette mortalité, des statistiques récentes l'ont évaluée (en ce qui concerne l'hérédité maternelle, la plus grave, à la vérité) à 71 p. 100 du nombre des grossesses : et l'on a vu ce chiffre, déjà si navrant, s'élever, dans certains milieux hospitaliers, jusqu'à 84 et 86 p. 100. Est-ce assez dire quelle part prend la syphilis dans la mortalité générale de l'enfance?

Et ce n'est pas tout; car il est acquis actuellement que l'influence hérédo-syphilitique peut se prolonger bien au delà de la première enfance et constituer jusque dans l'adolescence, si ce n'est même plus tard encore, une cause d'affections graves, susceptibles d'aboutir à la mort. On sait, à n'en plus douter aujourd'hui, que nombre de lésions jusqu'ici vaguement imputées à la scrofule ne sont en réalité que des manifestations d'hérédo-syphilis tardive.

Quant aux conséquences *sociales* de la maladie, elles se résument en ceci, à ne parler même que des principales : infirmités diverses pouvant résulter de lésions multiples et aboutir à l'incapacité de travail, avec son corollaire habituel, la misère; — surcharges budgétaires pour l'Assistance publique (à Paris, par exemple, quatre hôpitaux spéciaux ne suffisent pas au service des vénériens, qui pullulent dans les hôpitaux généraux); — non-valeur permanente, dans l'armée, d'un grand nombre d'hommes sous les drapeaux; — contaminations innombrables répandues dans la population; — dangers afférents au mariage; introduction de la syphilis au foyer conjugal, d'où désunion des ménages, séparations, divorces, avec toutes les calamités sociales qui en dérivent; — contamination fréquente des nourrices; — stérilisation d'un certain nombre d'unions, ou, ce qui est pis encore, étiolement, abâtardissement et dégénération de la race; — puis, enfin, polymortalité des jeunes, reparaissant ici, au point de vue social, comme facteur actif de dépopulation, etc., etc.

Aussi bien la syphilis, monsieur le ministre, peut-elle, doit-elle être dite, à des titres divers, une maladie grave, très grave, beaucoup plus grave qu'on ne se la représente généralement, nous le répétons à dessein. C'est une maladie qui porte un préjudice considérable à la santé publique. Elle et l'alcoolisme constituent ce qu'on peut appeler les deux plaies sociales de l'époque actuelle.

Aussi bien, en ce qui la concerne, les médecins et les hygiénistes ont-ils jeté de vieille date le cri d'alarme, en la signalant aux pouvoirs publics comme un fléau qu'il est de l'intérêt général de réprimer le plus énergiquement possible. « De toutes les maladies, écrivait déjà Parent-Duchâtelet, il y a une cinquantaine d'années, de toutes les maladies qui peuvent affecter l'espèce humaine, il n'en est pas de plus grave, de plus dangereuse que la syphilis. Sous ce rapport, je ne crains pas d'être démenti en disant que les désastres qu'elle entraîne l'emportent sur les ravages qu'ont exercés toutes les pestes qui, de temps en temps, sont venues porter la terreur dans la société. » Et de même Michel Lévy : « L'extirpation de cette *lèpre de nos temps* qu'on appelle la syphilis n'est pas au-dessus des pouvoirs des États. La séquestration et les léproseries ont fait justice de la lèpre ancienne; la peste est l'objet d'un vaste et dispendieux appareil de préservation; tous les gouvernements font des sacrifices pour étouffer les germes de la variole. Or, la syphilis fait plus de mal que toutes ces maladies ensemble. Elle détériore sourdement les générations; sa contagion est plus évidente que celle de la peste; pourquoi donc ne lui oppose-t-on pas dans tous les pays les mêmes barrières, les mêmes moyens d'extinction? Telle est l'espèce humaine : la foudre des épidémies insolites qui passent sur sa tête, comme le nuage électrique, l'étourdit et la frappe de terreur; tandis qu'elle se familiarise avec les pestes lentes et continues qu'elle porte dans son flanc. »

A fortiori, que diraient aujourd'hui ces deux grands hygiénistes, avec une connaissance plus complète de toutes les conséquences possibles de la maladie?

Une seconde considération, monsieur le ministre, sur laquelle nous désirons appeler votre attention est la suivante.

Un préjugé a toujours nui à la cause de la prophylaxie publique de la syphilis. On se désintéresse volontiers de cette prophylaxie, on la juge de peu de prix, parce qu'on se la représente comme exclusivement destinée à préserver des gens qui pourraient tout aussi bien se protéger eux-mêmes; et peu s'en faut même qu'on ne la considère quelquefois comme un encouragement à la débauche par la sécurité qu'elle offrira. « Et, en effet, dit-on, il n'en est pas de la contagion syphilitique comme de la contagion de la variole, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, etc. La syphilis ne va chercher personne; il faut s'y exposer — et l'on sait comment — pour en être victime. Donc, à quoi bon des règlements administratifs et policiers, entravant toujours plus ou moins la liberté individuelle, difficiles d'application, dispendieux et parfois mal vus de ceux mêmes qu'ils ont pour visée de protéger, à quoi bon de tels règlements pour réaliser ce que réaliserait bien mieux et plus sûrement l'observance personnelle ? »

Aux yeux des gens du monde, la syphilis serait, disons le mot, une maladie *méritée*. Et même, certaines personnes la considèrent moins comme l'effet d'une contagion isolée que comme une sorte de résultante d'une série de contagions itératives, comme le témoignage de toute une vie de débauche.

Tout cela est erroné.

En fait, la syphilis est une maladie contagieuse à la façon de toutes les maladies contagieuses. Comme celles-ci, elle résulte, non de plusieurs contagions accumulées, mais d'une seule. Elle se prend en une fois. Si bien même qu'il n'est pas rare de rencontrer de malheureux jeunes gens, presque des enfants parfois, qui ont contracté la terrible maladie dès leur premier écart.

Donc la syphilis est bien loin d'être l'équivalent d'un certificat de débauche. Elle ne signifie rigoureusement que ceci : contagion dans une rencontre malheureuse.

D'autre part, s'il existe des syphilis *méritées*, au sens strict, mais peu charitable, du mot, et même si les syphilis de cet ordre constituent (nous ne le dissimulons en rien) le groupe de cas les plus communs, de beaucoup les plus communs, il n'est pas moins équitable de reconnaître qu'il en existe une foule d'autres d'un caractère tout différent, une foule d'autres qui dérivent de contagions licites, si nous pouvons ainsi parler, morales, honnêtes, ou purement accidentelles.

Sont-elles *méritées*, par exemple, ces syphilis, en si grand nombre, que les femmes mariées et honnêtes reçoivent de leur mari, soit que ce mari, syphilisé dans sa vie de garçon, se soit présenté prématurément au mariage, soit qu'il ait contracté la maladie après le mariage?

Sont-elles *méritées*, aussi, ces syphilis, en si grand nombre, que les nourrices reçoivent de leurs nourrissons, pour transmettre ensuite soit à leurs enfants, soit à leurs maris, soit à d'autres nourrissons ?

Sont-elles *méritées*, encore, ces syphilis — moins nombreuses à la vérité que les précédentes — que les nourrissons reçoivent de leurs nourrices ?

Sont-elles *méritées*, ces syphilis — en nombre infini, pour celles-ci — que les enfants apportent en naissant et qui les tuent pour la plupart ?

Sont-elles *méritées*, enfin, toutes ces syphilis d'origine non vénérienne, telles que, par exemple, celles qui résultent de l'inoculation vaccinale, celles qui frappent les médecins, les élèves en médecine, les sages-femmes, dans l'exercice de leur profession, celles qui résultent d'un simple contact accidentel, etc., etc.?

Et de même pour tant d'autres que nous aurions à citer.

Or, se désintéresser de la prophylaxie publique de la syphilis, sous prétexte que cette prophylaxie ne fait que servir de sauvegarde à des gens qui ont un plus simple moyen de se préserver eux-mêmes et ne profite qu'à ceux-là seuls, c'est commettre un contre-sens en hygiène, c'est aller à l'encontre de toutes les connaissances acquises relativement à la propagation et à la dissémination de la maladie. Et, en effet, toutes les syphilis méritées ou imméritées sont rigoureusement solidaires, et celles-ci sont les filles de celles-là. L'expérience clinique nous montre chaque jour la syphilis rebondissant du bouge le plus abject au foyer le plus honnête. Si bien que la contamination de l'épouse honnête et la contamination de l'enfant ne sont le plus souvent que le produit de la syphilis d'une prostituée. Conséquemment, poursuivre la syphilis de la prostituée, c'est protéger *ipso facto* la femme honnête et l'enfant.

Et d'ailleurs, pourquoi ces distinctions ? La syphilis n'est-elle pas assez grave, ne cause-t-elle pas à la société un préjudice assez considérable pour que la société ait le droit — disons mieux, le devoir — de se défendre contre elle, de défendre contre elle tous ses membres, sans se préoccuper des diversités possibles d'origine d'un fléau aussi redoutable ? N'est-il pas d'intérêt public qu'un tel fléau soit réprimé par des mesures générales, susceptibles de l'atteindre dans toutes les sources dont il dérive ?

Aussi bien, monsieur le ministre, l'Académie de médecine, prenant en considération, d'une part, l'excessive fréquence de la syphilis dans la population et, d'autre part, l'insuffisance plus que manifeste du système actuel de prophylaxie anti-syphilitique, s'est-elle occupée de rechercher comment ce système pourrait être modifié, amendé, étendu, de façon à sauvegarder plus efficacement la santé publique.

De l'enquête qu'elle a instituée sur ce point, il est résulté pour elle que diverses réformes ou innovations pourraient être introduites dans le système en question; et c'est le résumé de ses délibérations qu'elle a l'honneur, monsieur le ministre, de soumettre à votre attention dans la note ci-jointe. »

Suivrait alors ici, dans notre projet de rapport, l'énumération des propositions adoptées par l'Académie et présentées par elle à l'examen des pouvoirs publics.

Maintenant, messieurs, c'est à vous que s'adresse votre Commission pour vous soumettre le résultat de ses travaux.

Les questions relatives à la prophylaxie de la syphilis sont à la fois si multiples et si diverses que le besoin d'une classification s'impose au début de cette étude, sous peine de laisser la discussion s'égarer ou d'aboutir à des omissions regrettables.

Votre Commission a donc réparti sous trois chefs principaux, avec quelques annexes de second rang, les nombreux sujets qu'elle avait à examiner, et elle vous propose de la suivre dans cette voie.

C'est qu'en effet, à bien considérer les choses, il est et il n'est que trois façons d'attaquer la syphilis. Je précise.

On peut la combattre, d'abord, par un ensemble de mesures administratives et policières ayant pour visée, par exemple, d'entraver la provocation sur la voie publique, de soumettre les prostituées au régime de ce qu'on appelle l'*inscription*, de surveiller les établissements qui, sous les noms déguisés de brasseries ou de débits de vin, ne sont en réalité que des maisons de prostitution libres, etc., etc.

On peut, en second lieu, s'attaquer à la syphilis *en la traitant*, en l'hospitalisant, en la guérissant, c'est-à-dire au total, en éteignant les germes de contagion.

On peut enfin, et non moins efficacement, la combattre en initiant plus complètement qu'on ne l'a fait jusqu'alors les jeunes générations médicales à tout ce qui concerne les symptômes de la maladie, ses formes diverses, ses dangers sociaux, son traitement, etc.

A des degrés différents, ces trois ordres de moyens, comme vous allez le voir, peuvent concourir au résultat cherché, c'est-à-dire à la diminution de fréquence de la maladie et à l'atténuation de ses dangers divers.

Cela dit et accepté comme plan d'étude, abordons maintenant les questions groupées sous chacun de ces trois chefs.

II

Votre Commission n'a pas été longue à se mettre d'accord sur certains principes qui constituent la base d'une prophylaxie publique contre la syphilis. Elle a reconnu tout d'abord, et cela à l'unanimité de ses membres :

1° Que la prostitution crée un *danger public* par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population;

2° Qu'il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale, que la prostitution soit *surveillée* et, s'il y a lieu, *réprimée* par les pouvoirs publics;

3° Que le système de la *prostitution libre*, c'est-à-dire non surveillée, est désastreux pour la santé publique;

4° Que la *provocation publique*, qui constitue le seul mode de manifestation extérieure par lequel la prostitution puisse être atteinte légalement, doit être combattue et réprimée sous ses diverses formes.

Ces principes généraux, messieurs, nous pensons qu'il suffira de les énoncer ici simplement, car ils ne sont pas de nature, nous semble-t-il, à trouver des contradicteurs parmi vous. Ce n'est pas devant des médecins que nous mettrons en discussion, par exemple, le système de la prostitution libre; car ce système est jugé par ses œuvres, et ses œuvres, c'est nous, médecins, qui les connaissons. Aussi bien passerons-nous sans commentaire sur ces divers points, réserve faite pour le dernier, qui, tout au contraire, en raison de son importance capitale en l'espèce, doit nous occuper longuement. Ce dernier est relatif à la *provocation*.

Ce qu'on appelle la *provocation publique* ne fait que constituer un scandale public et un exemple de démoralisation. Il s'y rattache un danger de plus, car cette provocation est l'origine d'une quantité incalculable de contaminations. Cette provocation est une invite permanente à la débauche et, conséquemment, une source ultra-féconde de contagions de tout ordre, notamment de contagions syphilitiques. Nous ne citerons ni exemples ni statistiques à l'appui d'une telle assertion, parce qu'ici, en vérité, l'évidence s'impose par elle-même. Quel médecin n'a pas entendu cent fois les doléances rétrospectives de tel ou tel de ses malades, lui disant ceci : « C'est une fatalité; je ne pensais à rien de mal, j'allais à mes affaires, ou je rentrais tranquillement chez moi, quand j'ai eu le malheur de rencontrer sur mon chemin une femme qui m'a accosté, m'a provoqué; j'ai eu la faiblesse de l'écouter, et voilà ce qu'il m'en coûte, etc.! »

La provocation crée l'occasion, la tentation, avec ce qui s'ensuit. Certes, elle a existé et existera de tout temps. Mais il faudrait fermer les yeux à l'évidence pour ne pas reconnaître qu'elle a pris de nos jours un développement supérieur à tout ce qui a existé jusqu'alors, à tous les tableaux que nous ont légués les récits de nos pères. Ce n'est que justice également que d'ajouter qu'elle s'est multipliée de nos jours sous les masques les plus divers et sous des formes d'autant plus dangereuses qu'elles sont moins grossières, qu'elles sont plus honnêtes d'apparence. Vous allez me comprendre par ce qui va suivre.

Chacun sait, d'abord, ce qu'est, à Paris, la *provocation de la rue* et ce qu'elle est devenue dans ces dernières années. Inutile de dépeindre ici l'aspect de nos grands boulevards, de huit heures du soir à une heure du matin, comme aussi celui des rues avoisinantes, qui, plus ténébreuses, se prêtent à des provocations d'ordre moins réservé. Les filles pullulent littéralement dans ces parages. L'un de nous, dans une promenade du soir, n'en a pas compté moins de cinquante-deux qui déambulaient du faubourg Montmartre au Grand-Hôtel, c'est-à-dire dans l'étendue de quelques centaines de mètres. — Et cette même provocation se continue dans les mêmes quartiers — à un degré moindre à la vérité — pendant toute l'après-midi. Sans parler encore de ce que j'allais oublier, c'est-à-dire de la *provocation matinale*, laquelle s'exerce sous la forme de *pseudo petites ouvrières* allant à leur ouvrage, un carton ou un paquet à la main. — Mais tout cela est trop connu pour nous arrêter. Constatons simplement.

Ne faisons de même que signaler à sa place une provocation plus brutale, plus ordurière, mais non moins active et non moins dangereuse, celle qui a pour théâtre la plus grande étendue des boulevards extérieurs.

N'accordons encore qu'une simple mention à la provocation dite *des boutiques*, celle qui s'exerce des boutiques vers la rue, notamment dans certains magasins ou pseudo-magasins de parfumerie, de ganterie pour hommes, de photographies, de librairie, de curiosités, etc., etc.

Passons sur toutes ces choses et d'autres encore, de notoriété commune. Mais, en revanche, signalons, comme moins connus et comme particulièrement dangereux, les trois ordres de provocation que voici :

1° Celle qui rayonne autour des collèges, des lycées, des externats, etc. De véritables agences de femmes s'organisent autour de ces établissements, et se recrutent là une clientèle spéciale, voire, paraît-il, assez fructueuse, parmi les lycéens, qu'elles guettent aux heures d'entrée ou de sortie, qu'elles attirent chez elles, dont elles se procurent même (je ne sais comment) les adresses, et qu'elles relancent parfois, par lettres, jusqu'au domicile paternel. J'ai vu, il y a quelques années, une de ces lettres, qui me fut présentée par le père d'un collégien de Condorcet, lequel collégien avait cédé à la tentation et en avait été puni par un début aussi malheureux que prématuré. Or, il paraît, d'après le dire de ce jeune homme, que tous les élèves de la classe avaient reçu la même circulaire, de la même femme, et que plusieurs avaient subi la même contagion.

2° La provocation des *brasseries à femmes*, des *brasseries à inviteuses*, etc. — Celle-ci est bien autrement grave et mérite une mention spéciale.

Inconnus encore il y a quelques années, les établissements de ce genre sont devenus, on peut le dire, la peste de nos jours. Répandus un peu partout, ils abondent surtout dans les quartiers d'affaires ou d'études, c'est-à-dire là où ils ont chance de recruter une clientèle de jeunes gens. On n'en comptait pas moins de 181 à Paris, en 1882, et depuis lors ils se sont singulièrement multipliés.

Ce qui se passe dans ces établissements, chacun le sait, on le devine; mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est qu'il en sort un nombre considérable de contagions syphilitiques. Tous les membres de votre Commission ont été unanimes pour déposer qu'ils avaient à leur connaissance maints exemples de syphilis contractées par des jeunes gens, notamment par des étudiants, au contact de filles de brasseries.

Et comment en serait-il autrement? Car ces maisons (pour un grand nombre tout au moins) ne sont que des *maisons de prostitution déguisées*, et des maisons à prostituées libres, j'entends non surveillées.

Or, ce qui fait précisément le danger de ces maisons, c'est qu'on y trouve la provocation avec ce qui s'ensuit sous le couvert d'une enseigne honnête, alors même parfois qu'on ne songeait pas à l'y chercher. Et comme la provocation s'y exerce par des filles libres, je le répète, c'est-à-dire par des filles non soumises à la surveillance médicale, il résulte de là qu'à double titre ces maisons sont infiniment plus dangereuses que les maisons publiques. Ainsi que le disait M. Leroy de Méricourt au sein de votre commission, « l'ancienne maison publique avait au moins l'honnêteté de l'enseigne. Pas de surprise avec elle. On savait, quand on en franchissait le seuil, ce qu'on allait y trouver. Aussi n'y allait-on guère que de nuit, à l'abri d'une ombre propice. Aujourd'hui les mœurs ont changé : des maisons de prostitution s'ouvrent sous l'enseigne de brasseries; on y va en plein jour et la tête haute; on ne se cache pas pour y entrer; et pourquoi se cacherait-on? n'est-ce pas une brasserie? et depuis quand n'est-il plus permis de se désaltérer? »

Eh bien, ces brasseries font le désespoir des familles, non moins que les délices des échappés de collège. Pourquoi les délices de ceux-ci? On le devine. Pourquoi le désespoir et la terreur de celles-là? Parce que leurs fils trouvent dans ces maisons les trois fléaux de la société actuelle, c'est-à-dire la flânerie, l'imbécile et énervante flânerie, l'alcoolisme et la vérole. Au moral comme au physique, ces brasseries à femmes, à *inviteuses*, de tout costume et de toute nationalité, sont des sentines de perdition physique et morale (1).

---

(1) Voir un remarquable travail sur ce sujet par MM. Barthélemy et Devillez (*Syphilis et alcool; les Inviteuses*, Paris, 1882).

THÉRAPEUTIQUE

Administration facile et à dose exacte des iodures en solution.

Par M. J. Warin, pharmacien à Joinville-le-Pont.

Les iodures ont une saveur désagréable.

Pour obvier à cet inconvénient, on a tenté d'administrer l'iodure de potassium en pilules, en dragées, même en perles gélatineuses; mais ces produits ne pouvaient se conserver, et, de plus, irritaient l'estomac, auquel ils abandonnaient le sel en nature. Il fallut donc revenir aux sirops et aux solutions, pures ou étendues de lait, de bière, etc.; mais alors reparut l'inconvénient de la saveur du sel, et aussi l'inexactitude du dosage, due à l'inégalité de contenance des cuillers qui servent généralement de mesure.

Par un procédé spécial, M. Cornu est arrivé à renfermer sous une mince couche de gluten les médicaments en solution. Il prit un brevet, et, pour distinguer ces capsules spéciales de celles existant déjà, il leur donna le nom de *bulles*.

J'appliquai son procédé à l'iodure de potassium, et, après quelques tâtonnements sous le rapport du volume, je m'arrêtai à la confection de bulles contenant chacune 25 centigrammes d'iodure de potassium en solution.

Sous son enveloppe, le sel se conserve bien et n'affecte plus l'organe du goût; de plus, le dosage est rigoureusement exact; enfin le sel, en solution, est moins irritant qu'en nature.

Toutefois il était à craindre que ce dernier inconvénient ne subsistât encore un peu, par suite de la concentration de la solution dans la bulle; les expériences cliniques ont démontré qu'il n'en était rien; ce qui se comprendra très bien, si nous observons comment se comporte le médicament pour sortir de son enveloppe glutineuse. Celle-ci ne se déchire pas, mais, par exosmose, se laisse traverser et ne livre que lentement son contenu à l'organisme; l'absorption commence dans l'estomac et se termine dans l'intestin.

Pour bien mettre en évidence ce fait dont le résultat était constaté dans la pratique, j'ai établi l'expérience suivante :

Dans un vase contenant un peu d'eau, j'ajoute quatre ou cinq gouttes de perchlorure de fer, une goutte d'acide sulfurique et un peu d'empois d'amidon. Je plonge une bulle iodurée dans ce vase. Au bout d'un instant, elle s'entoure d'une légère auréole bleue d'iodure d'amidon, témoin d'une petite quantité d'iodure de potassium qui est sorti de la bulle. Celle-ci se gonfle, l'auréole bleue augmente peu à peu d'intensité, et, après quatre ou cinq heures, on peut retirer la bulle, qui a doublé de volume, n'est pas déchirée, et ne contient plus que de l'eau. Tout le sel est passé, par exosmose, dans le liquide que colore complètement l'iodure d'amidon. Si l'expérience est effectuée à une température voisine de 25 degrés, le phénomène se produit plus rapidement (trois à quatre heures).

L'iodure de potassium des bulles est complètement absorbé par l'organisme, comme l'atteste le dosage de l'iode dans les urines; et, par son mode particulier d'absorption, le tube digestif n'est pas affecté.

Avec les bulles glutineuses, élastiques, à l'iodure de potassium en solution, on trouve donc toutes les conditions désirables pour l'administration de ce médicament :

1° Absence de saveur désagréable;

2° Dosage exact du médicament;

3° Absorption du sel sans irritation de l'estomac.

Ces résultats étant acquis pour l'iodure de potassium, je cherchai à parer aux désavantages du sirop de Gibert. Je préparai des bulles contenant 1/2 centigramme de bi-iodure de mercure et 25 centigrammes d'iodure de potassium. Chaque bulle correspond ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert.

Les résultats obtenus avec ce médicament ont été tout aussi heureux que ceux donnés par les bulles à l'iodure de potassium seul.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. les docteurs François Franck, Remy, Laborde, Gréhant, Albert Hénoque, pour la section d'anatomie et physiologie; et de M. le docteur Laugier, pour la section d'hygiène et médecine légale;

2° Une lettre par laquelle les membres du comité d'initiative de souscription pour un buste du professeur J. Béclard font appel aux membres de l'Académie;

3° Une lettre de M. le docteur Bodelio (de Lorient), relative à la vaccination animale (Comm. de vaccine).

LECTURES

Conservation des cadavres. — M. Bouchard lit une note sur le mode de conservation des cadavres à l'Institut anatomique de Bordeaux.

ÉLECTION

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Riban; en deuxième, M. d'Arsonval; en troisième, *ex æquo*, MM. Hanriot, Hardy, Pouchet et Robin.

Nombre de votants, 79; majorité, 40.

M. Albert Robin obtient . . . . . . 41 suffrages
M. Riban. . . . . 36 —
M. Hardy. . . . . 1 —
M. Pouchet. . . . . 1 —

M. Albert Robin, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

RAPPORT

Prophylaxie de la syphilis. — M. Fournier, au nom d'une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, Léon Collin, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort et Alfred Fournier, lit le rapport suivant : (Voir plus haut, p. 566.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, avant-hier, lundi 6 juin 1887, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1887, en remplacement de M. Janssen, qui passe président aux lieu et place de M. Gosselin, décédé.

Le nombre des votants étant 62, majorité 32, M. Hervé-Mangon est élu par 35 voix, contre 25 à M. Descloizeaux, 1 à M. de Lacaze-Duthiers, et 1 bulletin blanc.

— Le conseil de surveillance de l'Assistance publique a décidé, sur la proposition de M. le docteur Lannelongue, d'ajouter une place au concours du Bureau central de chirurgie de cette année. Cette solution donne satisfaction aux légitimes réclamations dont nous nous sommes fait l'écho.

— La décoration du Mérite agricole a été conférée à M. Crussart, docteur en médecine à Neufchâteau (Vosges).

— Depuis la clôture de l'exposition d'horticulture, le pavillon de la Ville de Paris, aux Champs-Élysées, est livré au comité de l'exposition d'hygiène de l'enfance.

Les architectes font de grands travaux pour que les visiteurs puissent trouver plaisir et profit en allant voir l'exhibition philanthropique, destinée à montrer tout ce qui a trait à la santé physique et morale des enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de douze ans.

L'ouverture de l'exposition aura lieu le 15 courant, sous la présidence de MM. Mesureur et Lockroy, députés de Paris.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 12 juin 1887, à Nemours, Glandelle et Souppes.

Le rendez-vous est à la gare des chemins de fer de Lyon, où l'on prendra, à sept heures vingt minutes du matin, le train pour Souppes. On sera de retour à Paris à neuf heures et demie.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la Compagnie des chemins de fer, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie (galerie de géologie du Muséum), et d'y verser le montant de la demi-place, avant samedi soir à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21286

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Anesthésie et trachéotomie (1).

Par R. PICHEVIN, interne des hôpitaux de Paris.

B. *Opinions sur l'opportunité de l'opération.* — Nous renvoyons aux ouvrages classiques pour l'étude des différentes indications de la trachéotomie. Il nous suffit de dire que cette opération est pratiquée pour combattre l'asphyxie amenée par un obstacle à la respiration quand cet obstacle est placé à la partie supérieure et accessible des voies respiratoires. Parmi les causes qui déterminent l'occlusion relative du conduit laryngo-trachéal, nous citerons les corps étrangers introduits dans les voies aériennes, l'œdème de la glotte, les laryngites nécrosiques, les rétrécissements du larynx et de la trachée, enfin et surtout le croup.

Dans des cas tout à fait différents, la trachéotomie est une opération préliminaire que Nusbauer conseilla, en 1869, pour éviter l'asphyxie au cours de certaines interventions sanglantes sur la face. Il faut laisser de côté la trachéotomie pratiquée comme premier temps d'une grave et laborieuse opération qui exige l'anesthésie, parce que personne n'a songé à ouvrir la trachée dans ces cas avant d'avoir endormi les malades.

Dans les autres circonstances que nous avons énumérées, il est une question qui se pose, c'est celle du moment où l'opération devient nécessaire.

Les auteurs ne sont pas d'accord pour déterminer avec précision ce moment. Les uns veulent attendre des phénomènes prononcés d'asphyxie avant de se déterminer à l'intervention chirurgicale, d'autres sont d'avis qu'il faut pratiquer la trachéotomie le plus tôt possible. Cette dernière opinion est celle de Trousseau, Millard, Thibaut, Archambaud, etc.

Ce qui, pour tout le monde, indique l'urgence de l'opération, c'est l'asphyxie. Mais où commence l'asphyxie? A quelle période de celle-ci faut-il intervenir? Quels sont les signes de l'asphyxie qui indiquent la nécessité d'ouvrir la trachée? Le mot asphyxie reste une de ces expressions scientifiques mauvaises qui nous ont été léguées par l'ancienne médecine et comme le dit Périn (1) « il n'existe aucun signe capable de faire connaître sciemment cet état »; ce que l'on sait c'est que l'asphyxie est due à la désoxygénation du sang et que les effets de l'anoxémie sont généraux et progressifs. Pour opérer, faut-il attendre l'apparition d'un des phénomènes asphyxiques, l'anesthésie, comme le veut Bouchut (2)? Doit-on admettre que l'*anesthésie seule montre l'imminence de la mort et la nécessité de la trachéotomie?*

Si cette formule était vraie, nous aurions du moins l'avantage d'avoir un signe facile à constater et qui servirait de criterium. Mais attendre l'imminence de la mort et l'anesthésie complète, c'est risquer fort de compromettre irrémédiablement une opération comme la trachéotomie, c'est enlever au patient les chances les plus sérieuses de guérison. Aussi opère-t-on plus tôt. Quoique l'examen des symptômes pendant l'asphyxie soit fort insuffisant (3) pour révéler le danger que court le malade du fait de la désoxygénation de son sang, certains auteurs ont accordé une grande importance à la constatation des accès de suffocation dans l'indication de la trachéotomie. Ainsi pour Archambaud il faut opérer quand les accès se rapprochent, dans la deuxième période du croup.

Et nous pensons qu'il a raison. Deux causes d'asphyxie sont en effet en jeu et menacent la vie du malade : la première, toute mécanique, c'est le rétrécissement du conduit laryngo-trachéal, la deuxième c'est le spasme des muscles du larynx.

C'est pour n'avoir pas assez tenu compte de l'élément spasmodique dans la production des phénomènes d'asphyxie que certains opérateurs ont déclaré qu'il fallait attendre l'aggravation progressive de l'asphyxie par l'occlusion de plus en plus étroite du conduit laryngo-trachéal. Mais ne sait-on pas que les malades sont souvent emportés avec rapidité par une crise de suffocation qui est due à un spasme glottique? Celui-ci crée un péril si sérieux qu'il est nécessaire d'établir sa réalité, son importance, afin de bien démontrer que, quand il vient compliquer un obstacle matériel à l'entrée de l'air, l'asphyxie peut franchir ses dernières limites et se terminer par la mort.

Rejeté par Home qui ne voyait que l'obstacle mécanique, le spasme est admis par Michaelis, Cullen, Lieutaud, Cheyne. Dans les mémoires couronnés lors du grand concours de

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 549.

(1) Maurice Perrin, *Dictionnaire Dechambre*, article ASPHYXIE, p. 59 *bis*.
(2) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 1878.
(3) Maurice Perrin, *Loc. cit.*

1807 sur le croup, l'élément spasmodique joue un rôle important et le rapporteur Royer-Collard insiste, lui aussi, sur le spasme.

La même opinion est soutenue par Valentin, Desruelle, Brichteau et surtout par Blaud et Lobstein.

Bretonneau, conséquent avec sa doctrine, porte atteinte à cet état spasmodique qui, pour lui, est loin d'exister. Mais Guersant, Piorry, Bouillaud, Hardy et Béhier, Bouchut, Trousseau, Rillet et Barthez s'accordent à reconnaître le rôle considérable que joue le spasme.

Lallement (1) étudie avec soin cet élément dans le croup, établit sa réalité et son influence : « Les accès de suffocation ne sont pas déterminés exclusivement par l'obstacle mécanique, mais ils sont dus à la contraction spasmodique des muscles du larynx, dont le résultat est l'occlusion de la glotte. Ces accès dépendent d'une action réflexe dont le point de départ est la muqueuse irritée et dont l'effet est la contraction des muscles animés par le pneumogastrique et le spinal. La trachéotomie a donc pour but de *combattre les effets asphyxiques déterminés par l'obstacle mécanique et par l'occlusion spasmodique de la glotte.*

Ch. West (2) s'exprime à peu près dans les mêmes termes et il ajoute : « Une ouverture peu considérable de la trachée, souvent plus étroite que l'orifice du larynx, diminuée encore par le gonflement ou envahie par les fausses membranes, suffit, au moins pendant un temps, pour laisser entrer tout l'air dont le malade a besoin et pour soulager la dyspnée. »

Ainsi donc les cliniciens avaient parfaitement constaté l'importance du spasme.

Cl. Bernard (3) avait démontré expérimentalement l'influence de l'élément spasmodique, mais une expérience de P. Bert (4) prouve d'une façon frappante que l'obstacle mécanique n'est pas toute la cause de l'asphyxie : il fixa dans la trachée d'un chien de forte taille un tube de verre de deux millimètres de diamètre par lequel l'animal respira uniquement. Après deux heures, le chien était fort vivace et sa température n'avait pas faibli ; la respiration lente et profonde était assez calme. Quand on considère ce fait, dit Paul Bert, il serait difficile de croire que la mort consécutive à l'introduction de corps étrangers dans le larynx, à la compression de la trachée, etc., puisse être fréquemment attribuée à la gêne mécanique de la respiration.

La constatation de cette influence du spasme dans la production de l'asphyxie, quand déjà il y a un obstacle mécanique dans la partie accessible des voies aériennes, nous était nécessaire pour légitimer la trachéotomie précoce, alors que les phénomènes asphyxiques ou ce qu'on regarde comme tels sont peu considérables et que le danger s'est manifesté par l'accès de suffocation.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que la trachéotomie est indiquée quand il y a un obstacle laryngo-trachéal et que les accès de dyspnée ont entraîné certainement la désoxygénation du sang des patients.

La dyspnée est-elle établie sans tendance à diminuer, l'inspiration est-elle longue et sifflante, les accès de suffocation sont-ils survenus, le tirage est-il bien marqué, il faut opérer, sans attendre l'anesthésie asphyxique. Évidemment, il existe une certaine latitude dans l'appréciation du moment précis où il faut prendre l'instrument tranchant, mais l'on peut dire avec Solis Cohen que le *moment le plus favorable à l'intervention est celui où le chirurgien commence à penser qu'elle est absolument nécessaire au salut de son malade.*

Et cela est si vrai que M. de Saint-Germain (1), après avoir affirmé que la seule indication de la trachéotomie est le tirage, raconte un fait fort intéressant qui prouve que l'on doit quelquefois ouvrir la trachée même quand le tirage n'est pas établi.

Il s'agit d'une petite fille qui était soupçonnée d'avoir avalé une perle. Elle avait eu, prétendait sa mère, des accès de suffocation. Quand M. de Saint-Germain vit l'enfant, elle était en parfaite santé et n'avait pas de tirage, de sorte qu'il avait des doutes sur l'existence du corps étranger dans les voies aériennes. A l'auscultation on constata que la respiration était plus faible à gauche.

Ce signe suffit pour convaincre que le corps étranger était dans la bronche gauche. La trachéotomie fut alors faite et quand la trachée fut ouverte, la perle tomba dans la main du chirurgien. « Dans ce cas, il n'y avait pas de tirage et pourtant l'opération était urgente. »

Nous sommes donc en présence de deux pratiques : la première a pour règle d'opérer de bonne heure, la deuxième de faire la trachéotomie tardivement, quand des phénomènes graves dus à l'anoxémie se succèdent, quand l'anesthésie indique l'imminence de la mort. N'est-il pas évident que pour tous ceux qui avaient adopté le critérium de Bouchut, les avantages de la chloroformisation dans la trachéotomie ne pouvaient même pas être discutés? L'opéré étant déjà sans connaissance, sans mouvements, comment pouvait-on songer à l'anesthésier?

C. La trachéotomie peut-elle être considérée comme une opération facile et rapide? Si l'on répond par l'affirmative, il va sans dire que la chloroformisation ne s'impose nullement.

Quand on assiste en simple spectateur à une trachéotomie faite par des hommes rompus à la pratique de cette opération, on est tenté de croire que celle-ci ne présente que de médiocres difficultés. A voir certain chirurgien pénétrer dans la trachée en un seul temps, placer rapidement la canule, on est tout disposé à considérer la trachéotomie, comme une intervention chirurgicale aussi facile que de courte durée. Mais s'il est permis à quelques privilégiés d'ouvrir ainsi la trachée, il n'en est pas moins certain que l'opération, pratiquée par ce procédé rapide, est infidèle et dangereuse, même quand celui qui l'exécute est déjà familiarisé avec la technique de la trachéotomie. Celle-ci, il est vrai, peut s'exécuter autrement, d'une façon relativement rapide, mais les opérateurs les plus habiles n'ont-ils pas éprouvé parfois des difficultés considérables? N'ont-ils pas laissé mourir des patients, sans avoir pu terminer l'opération? Les mouvements violents des malades qui se débattent, l'ascension désordonnée du larynx, la congestion des gros vaisseaux du cou, l'hémorrhagie si fréquente sont des causes qui gênent le chirurgien, et lui enlèvent forcément une partie de la précision, dont il a besoin pour faire une incision convenable à la trachée et introduire la canule. Aussi, n'est-on pas étonné d'apprendre que Billroth, malgré sa hardiesse et sa haute expérience, considère la trachéotomie comme l'opération la plus difficile qu'il ait jamais faite.

(1) Lallement, thèse 1864.

(2) Ch. West, *Maladies des enfants*, 2e édition française, 1881, p. 427.

(3) Cl. Bernard, *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*, Paris, 1858.

(4) P. Bert, *Leçons sur la respiration*, 1870, p. 411.

(1) *Progrès médical*, 18 février 1882.

Gross exprime la même opinion dans des termes à peu près identiques.

Nous devons donc conclure, que la trachéotomie n'est pas une de ces petites opérations, dont la facilité et la rapidité d'exécution sont telles qu'on est en droit de proscrire l'anesthésie.

IV

L'anesthésie, comme l'a dit M. Maurice Perrin, doit être la règle dans la pratique des opérations, mais elle doit toujours répondre à des indications précises, sérieuses, débattues à l'avance. Nous avons vu que la trachéotomie n'était pas exempte de douleurs, qu'elle n'était pas facile, qu'elle pouvait être de longue durée et que le chirurgien avait parfois de grandes difficultés à surmonter pour achever convenablement son opération. Le sommeil chloroformique lèverait certainement une grande partie des difficultés opératoires, si l'anesthésie ne présentait des dangers et des inconvénients multiples.

L'anesthésie chirurgicale venait à peine de soulever l'enthousiasme des chirurgiens, que des accidents mortels, survenus pendant la chloroformisation, avaient imposé une sage réserve dans l'usage des agents anesthésiques. L'arrêt de la respiration, la syncope, avaient frappé l'esprit de ceux qui avaient eu à déplorer la mort des patients sous le chloroforme. Dès lors, les lésions des organes respiratoires furent considérées, d'une façon générale, comme une contre-indication à la narcose. Et, comme la trachéotomie ne s'imposait, qu'avec une dyspnée plus ou moins considérable, la crainte d'augmenter l'asphyxie fit qu'en France au moins, les premiers opérateurs ne pensèrent pas à se servir de l'anesthésie. L'action des agents anesthésiques était, en effet, confondue avec celle des agents asphyxiants. Flourens et Cl. Bernard avaient cependant parfaitement montré les différences qui existent entre ces deux espèces d'agents. Dans l'anesthésie, le sang est rouge, l'hématose continue; l'agent anesthésique, porté par le liquide sanguin, agit directement sur les centres nerveux. Dans l'asphyxie, il y a suppression de l'absorption d'oxygène par le sang qui devient noir. L'insensibilité, dans l'asphyxie, n'arrive qu'après la désoxygénation du sang, alors que l'innervation périclite, l'anesthésie est donc consécutive. Elle est au contraire primitive avec le chloroforme et l'éther, car, au moment où elle apparaît, il n'existe aucune altération du sang. Si l'asphyxie se montre pendant la chloroformisation, c'est un accident qui est venu se mêler à l'anesthésie par suite du procédé défectueux qu'on a employé pour administrer le chloroforme, ou bien la composition de l'agent anesthésique est impure. N'est-ce pas pour avoir trop longtemps méconnu ces différences, entre l'anesthésie et l'asphyxie, qu'*a priori* on s'est abstenu du chloroforme dans la trachéotomie? L'on pensait qu'il était absolument illogique et dangereux d'ajouter une nouvelle cause d'asphyxie à celle qui existait déjà.

Un motif plus grave fut mis en avant par ceux qui refusaient le bénéfice de la chloroformisation à leurs malades, nous voulons parler de la suppression de la sensibilité de la muqueuse trachéale. L'absence de réflexe devait empêcher les efforts de toux de se produire et le sang, introduit dans les voies respiratoires, devait déterminer l'asphyxie complète. Cet argument n'est pas sans valeur. Mais nous dirons, tout d'abord, que la pratique des nombreux chirurgiens qui ont ouvert la trachée, pendant le sommeil chloroformique, démontre que l'asphyxie, par introduction du sang dans la trachée, n'est pas plus à redouter sous le chloroforme qu'en l'absence d'anesthésie.

La chloroformisation permet à l'opérateur de prendre son temps, d'éviter à coup sûr les gros vaisseaux, de faire l'hémostase aussi complètement qu'il le désire, jusqu'au moment où il pratique l'incision trachéale. L'hémorrhagie est donc sûrement évitée, sauf celle qui résulte de la section de la trachée elle-même. Or, celle-ci est ordinairement peu abondante et elle ne peut guère occasionner de suffocations graves. Comme un des partisans les plus convaincus de l'anesthésie dans la trachéotomie le disait, le réflexe trachéal est toujours suffisant pour débarrasser les voix respiratoires du sang qui y est tombé. Peut-être faut-il admettre l'explication que donne Soyer de ce fait. L'élève de M. Gouguenheim a remarqué, dans toutes ses trachéotomies, que le patient, même très anesthésié, reprenait connaissance immédiatement après l'ouverture de la trachée. Ce retour rapide de la sensibilité expliquerait peut-être les efforts de toux, qui permettent l'expulsion du sang engagé dans les voies aériennes.

V

Si nous cherchons à analyser l'action du chloroforme, dans la seconde période du croup, par exemple, quand les accès de suffocation sont établis, nous arriverons à expliquer l'amélioration qui se produit dans les phénomènes asphyxiques, après les premières inhalations de l'agent anesthésique.

Et d'abord le chloroforme n'augmente-t-il pas, dès le début de son administration, le spasme laryngé, et par suite les phénomènes d'anoxémie? M. Perrin dit bien que les premières inhalations chloroformiques peuvent, *dans des cas exceptionnels*, déterminer un resserrement de la glotte, un arrêt de la respiration. Mais ce petit orage initial est le plus souvent dû à l'opérateur, qui administre mal le chloroforme. Il est d'ordinaire possible, en pratiquant l'anesthésie d'une certaine façon, d'éviter cette action de contact sur les muqueuses respiratoires.

Si le chloroforme est bien administré, l'agent anesthésique, rapidement absorbé, pénètre dans la circulation et va agir sur l'élément nerveux. Or, du fait du spasme et de l'obstacle laryngés, le sang contient moins d'oxygène qu'à l'état normal. Ce changement dans la composition du sang a modifié les propriétés des éléments nerveux, dont l'action périclite. Dans ces conditions, il suffit de la pénétration d'une faible proportion de chloroforme, dans le sang, pour que les centres nerveux, déjà atteints, subissent les modifications intimes, dont le résultat est l'anesthésie.

L'axe cérébro-spinal est donc rapidement impressionné, les réflexes disparaissent très vite et le spasme laryngé, cause si importante de la dyspnée, cesse comme par enchantement.

Cet aperçu physiologique, fort incomplet, explique les résultats de l'anesthésie dans la trachéotomie : *la période d'excitation n'existe qu'à l'état d'ébauche, l'insensibilité et la résolution musculaire arrivent rapidement, en même temps que la respiration se régularise et que les vaisseaux de la face et du cou se décongestionnent*. Aussi la période chirurgicale ne tarde-t-elle pas à arriver.

VI

Avantages de l'anesthésie. — Il est inutile d'insister de nouveau sur les avantages que procure l'anesthésie. La respiration est moins difficile, les gros vaisseaux du cou sont moins congestionnés, et, par suite, ils sont moins exposés;

agitation du malade n'existe plus et le chirurgien peut faire une opération correcte, pendant laquelle il pincera, au besoin, les vaisseaux avant d'ouvrir la trachée. L'introduction de la canule sera plus facile et l'opérateur aura l'avantage inestimable de pouvoir se passer de plusieurs aides expérimentés. A la rigueur, un seul lui suffira, et cette considération est d'une importance capitale dans certaines circonstances.

VII

Dangers et inconvénients de l'anesthésie. — Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux dangers qu'entraîne fatalement l'usage des anesthésiques dans les opérations chirurgicales. Que ces dangers aient été exagérés à un moment donné, qu'ils soient peut-être trop négligés de nos jours, peu nous importe. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'anesthésie, même la plus prudente, est parfois la cause d'une catastrophe à laquelle le chirurgien est souvent loin de s'attendre. Si minimes que soient les risques de la chloroformisation, ils s'ajoutent donc toujours aux dangers de l'opération. C'est une vérité presque banale, mais il n'était peut-être pas tout à fait inutile de la rappeler à propos de la chloroformisation dans la trachéotomie. S'il est nécessaire de mettre en lumière les services que l'anesthésie peut nous rendre, il est indispensable de préserver certains esprits d'un engouement qui ne tendrait à rien moins qu'à soumettre à la narcose tous les malades que l'on doit trachéotomiser.

Dans le cas particulier, ce qu'il y a à redouter, c'est d'abord l'exagération du spasme laryngé par le contact des vapeurs anesthésiques; nous verrons plus loin comment on l'évitera, en administrant convenablement le chloroforme. Cette action irritante de l'agent anesthésique peut, si elle est exagérée, déterminer la syncope primitive ou laryngo-trachéale.

La pureté du chloroforme, la façon prudente de conduire les premières inhalations, éloigneront ces dangers, qui ont été signalés, mais qui sont exceptionnels, puisque les opérateurs qui ont donné du chloroforme indistinctement à tous les malades qu'ils allaient trachéotomiser n'ont pas eu de désastres à déplorer.

On a accusé l'anesthésie de faire perdre un temps précieux. Mais le chirurgien se laissera guider par l'état du malade; si les phénomènes dits asphyxiques sont prononcés, si l'anesthésie existe, si les mouvements sont à peu près abolis, il n'a que faire du chloroforme, et il se hâtera d'ouvrir la trachée.

Nous avons déjà parlé de l'introduction du sang dans la trachée et du danger que courait le malade dont les réflexes étaient sinon abolis du moins diminués. Ce grave inconvénient n'a jamais arrêté les chirurgiens partisans de l'anesthésie dans la trachéotomie, parce qu'ils n'ont pas eu d'accidents graves. Ils ont remarqué que, quand le sang tombait dans le conduit laryngo-trachéal, il était expulsé par des efforts de toux, preuve du retour des réflexes.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que, si une hémorrhagie abondante se faisait dans les voies respiratoires, l'anesthésie constituerait certainement une condition défavorable à l'expulsion des liquides et des mucosités hors de la trachée et des bronches. Ce danger est diminué par la possibilité de faire l'hémostase des gros vaisseaux avant l'incision trachéale proprement dite.

Quelques auteurs ont avancé qu'après la chloroformisation les malades étaient plus affaiblis que ceux qui avaient été opérés sans anesthésie. De nombreux chirurgiens déposent en sens contraire.

Que conclure de l'ensemble des considérations que nous avons exposées? C'est que les dangers de l'anesthésie dans la trachéotomie ont été exagérés et que la chloroformisation est bien supportée par un grand nombre de malades qui ont un obstacle laryngé. Le chirurgien devra donc, avant d'endormir son malade, mettre d'un côté de la balance les avantages que le chloroforme peut lui procurer, et, de l'autre, les risques, si minimes qu'ils puissent être, de l'anesthésie chirurgicale.

VIII

Indications de l'anesthésie. — La chloroformisation est indiquée dans la trachéotomie quand celle-ci n'est que le premier temps d'une opération sur la face.

Si l'on se décide à ouvrir la trachée d'un malade en l'absence de tout tirage, comme dans le cas de M. de Saint-Germain, l'anesthésie nous semble utile.

D'autres indications peuvent rendre fort avantageux l'emploi des agents anesthésiques. Le malade que l'on doit opérer est-il en proie à une vraie agitation, a-t-il des mouvements désordonnés et violents, le chirurgien prévoit-il qu'il aura de la peine à le maintenir dans une immobilité suffisante, il n'hésitera pas à se servir du chloroforme. L'épaisseur des parties molles situées en avant du conduit trachéal, les difficultés que l'on peut éprouver à bien déterminer les points de repère, sont des conditions qui doivent compliquer l'opération et qui justifient la chloroformisation. Enfin, si l'on ne peut disposer de l'assistance de plusieurs aides expérimentés, il est nécessaire d'employer le sommeil chloroformique, pour suppléer à l'insuffisance du personnel médical. Cette dernière indication est surtout à retenir. En effet, n'était-on pas porté à abandonner certains malades quand on n'avait pas un nombre suffisant d'aides? En retardant, dans ces cas, l'opération, on courait le risque ou d'arriver après la mort ou d'intervenir trop tardivement, au grand détriment du patient. Tandis que, si à l'avenir les opérateurs sont bien convaincus qu'ils ont le droit d'anesthésier, ils sauveront ainsi un grand nombre d'individus qui auraient succombé sans le secours des agents anesthésiques.

IX

Contre-indications. — Certains opérateurs, émerveillés des avantages de l'anesthésie dans la trachéotomie, n'ont pas hésité à donner du chloroforme aux malades qui étaient arrivés à ce que l'on a appelé, un peu arbitrairement, la deuxième période de l'asphyxie.

Cette pratique est repoussée par la grande majorité des opérateurs. H. Marsh, Ranke, Krœnlein, Simon, M. Schuller, Gerhardt, pour n'en citer que quelques-uns, professent que l'anesthésie est inutile et même dangereuse quand le patient cesse de lutter, quand sa sensibilité disparaît et que ses muscles sont relâchés.

Dans ces conditions, on ne comprend pas quels avantages on peut retirer de la chloroformisation. L'indication pressante est de faire, le plus tôt possible, une ouverture à la trachée, car tout retard apporté à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires peut être funeste.

Le relâchement des muscles, l'insensibilité, l'absence d'agitation, sont des contre-indications certaines à l'anesthésie dans la trachéotomie.

Age. — L'âge n'est pas une contre-indication à l'emploi des anesthésiques. Les enfants, on le sait depuis longtemps,

supportent merveilleusement l'anesthésie; aussi l'anesthésie sous le chloroforme a-t-elle été surtout pratiquée avec un plein succès sur des enfants, même quand ils avaient moins d'un an.

Quelques opérateurs (Barling, Morell Mackensie, Solis Cohen), ont voulu limiter les bienfaits de l'anesthésie à l'enfance. Les adultes ne devraient pas en bénéficier. Cette opinion, nous le ferons remarquer, est celle des partisans peu convaincus de l'anesthésie dans la trachéotomie. Les observations de Soyer, celles d'un assez grand nombre de chirurgiens, prouvent que l'âge n'influe en rien sur la marche régulière de la chloroformisation quand on s'en sert pour ouvrir le conduit laryngo-trachéal. L'anesthésie peut même être d'une utilité toute spéciale chez certains adultes qui se débattent avec violence pendant l'opération. C'est ainsi que M. de Saint-Germain (1), malgré sa remarquable dextérité, eut toutes les peines du monde à ouvrir la trachée d'un curé contre lequel il fallut longtemps lutter pour arriver à le maintenir. Il est certain qu'un homme courageux et convaincu de l'importance de l'opération délicate qu'il va subir peut, le plus souvent, être assez maître de lui pour ne pas gêner le chirurgien par ses mouvements. Quoiqu'il ne faille pas trop compter sur le stoïcisme des patients qui ne connaissent pas encore la douleur qu'ils vont subir ou qui seront exposés à un accès terrible de suffocation au moment même de l'incision cutanée, nous pensons que, si le chirurgien sait sciemment qu'il peut se fier à la force de volonté de son malade, il fera bien de l'opérer sans l'anesthésier.

Mais il existe un grand nombre de cas qui embarrasseront certainement l'opérateur. Le tirage existe, l'enfant a sa connaissance et toute sa sensibilité; il s'agite modérément, faut-il lui donner du chloroforme? « C'est affaire d'habitude et de tempérament », dit Bœckel. Est-ce suffisant pour déterminer le jugement d'un chirurgien? Nous ne le pensons pas. La chloroformisation expose toujours à un certain nombre de dangers, on ne saurait trop le répéter, si donc l'opérateur dispose d'un nombre suffisant d'aides, si surtout il a une grande expérience de la trachéotomie, si celle-ci se présente dans des conditions normales, il vaudra mieux qu'il s'abstienne de se servir de l'anesthésie.

Faut-il renoncer au chloroforme quand il existe des altérations graves du cœur ou des poumons? Si, avant l'apparition des phénomènes qui réclament l'intervention chirurgicale, on a eu l'occasion de constater une lésion importante dans l'appareil cardio-pulmonaire, il faut opérer sans le secours des agents anesthésiques. Et, en agissant ainsi, on se conformera à la règle généralement admise, en vertu de laquelle le chirurgien doit refuser le bénéfice de l'anesthésie aux malades qui ont des lésions sérieuses du cœur ou des poumons.

L'opérateur s'est décidé à endormir le malade; quel est l'agent anesthésique qu'il doit employer?

X

Choix de l'agent anesthésique. — Tous ceux qui se servent habituellement du sommeil anesthésique pour faire la trachéotomie ont reconnu les avantages du chloroforme sur l'éther. Ce témoignage a d'autant plus de valeur qu'il émane en partie de chirurgiens, qui, en général, font usage de l'éther pour endormir leurs malades. Les vapeurs d'éther sont, en effet, mal supportées et irritent les premières voies de la respiration. Cette observation clinique corrobore l'opinion de Cl. Bernard et de P. Bert qui avaient insisté sur l'action irritante que l'éther produit par son contact sur les muqueuses respiratoires.

(1) *Loc. cit.* p. 434.

XI

Technique de la chloroformisation. — La façon de donner le chloroforme a une importance considérable. Chassaignac, Snow, Howard, Marsh disent qu'il faut l'administrer avec prudence et à dose modérée. J. E. Winters s'exprime dans les termes suivants : « Si mon enfant devait être trachéotomisé, je serais plus soucieux de l'aide qui endort que du chirurgien qui opère. » Ce qu'il faut surtout craindre, c'est l'exagération du spasme laryngé par suite du contact des vapeurs chloroformiques sur les muqueuses respiratoires. Les premières inhalations doivent donc être données avec précaution. L'on ne versera sur la compresse que de petites quantités de chloroforme et il sera bon d'habituer pour ainsi dire le malade à l'odeur de cet agent anesthésique, en lui faisant respirer à distance les premières vapeurs. Il faut, à tout prix, éviter de débuter par des doses massives qui auraient deux inconvénients. Le premier serait de déterminer le spasme glottique et peut-être même une syncope primitive ou laryngo-trachéale (1).

Le deuxième inconvénient des doses massives est de produire ce que Cl. Bernard a appelé l'*anesthésie étouffante*, parce qu'à l'anesthésie s'ajoute l'asphyxie. Or, il est essentiellement dangereux d'augmenter l'asphyxie qui existe déjà.

L'anesthésie sera donc commencée en faisant respirer avec prudence de petites quantités de chloroforme, elle sera poursuivie suivant la méthode des interruptions préconisée par le professeur Gosselin dans sa communication à l'Académie de médecine (2).

Mais avant même de donner les premières gouttes de chloroforme; il faudra tout disposer pour pouvoir agir immédiatement, si, par malheur, l'agent anesthésique mal supporté déterminait l'exagération manifeste des phénomènes asphyxiques.

XII

Jusqu'à quelle période faut-il pousser l'anesthésie? — L'accord n'est pas fait sur ce point. Certains auteurs, et parmi eux ceux qui n'admettent la chloroformisation dans la trachéotomie qu'avec d'extrêmes réserves, presque à contre-cœur, posent en principe qu'il faut cesser de donner l'agent anesthésique dès qu'on a obtenu l'insensibilité cutanée. D'autres opérateurs ne font l'incision à la peau qu'après la constation de la résolution musculaire au moment où l'aspect des pupilles dénote l'insensibilité complète.

« Il est nécessaire, dit Bœckel, de pousser la chloroformisation jusqu'à la résolution complète; s'il en est autrement, l'enfant s'agite, se débat avant qu'on ait divisé la peau, il faut alors lui redonner du chloroforme. Tout cela est une perte de temps inutile et fâcheuse. » En effet, si l'anesthésie est incomplète, l'on perd les bénéfices qu'on attend de la chloroformisation (immobilité absolue, etc.), et l'on expose son malade aux dangers que l'incision pratiquée avant la période chirurgicale fait courir à ceux qui ne sont qu'à moitié anesthésiés (3).

(1) Voir Duret, *loc. cit.*
(2) Voir *Progrès médical*, 1882, p. 165.
(3) Voir Duret, *loc. cit.*

XIII

Conclusions. — 1° En France, presque toutes les trachéotomies sont faites sans anesthésie.

2° A l'étranger, la chloroformisation semble être la règle, quand il s'agit d'ouvrir le conduit laryngo-trachéal.

3° L'enthousiasme d'un grand nombre de chirurgiens qui ont fait usage du chloroforme pour pratiquer la trachéotomie prouve que l'anesthésie n'est pas aussi dangereuse qu'on serait tenté de le croire.

4° Avantages de l'anesthésie.

a) L'anesthésie calme le spasme laryngé, facteur considérable dans la production des accès de suffocation. Sous l'influence de la narcose, la respiration devient plus facile, les vaisseaux du cou et de la face sont moins congestionnés et les phénomènes asphyxiques s'amendent.

b) L'anesthésie supprime l'agitation du malade. On opère comme sur le cadavre. D'où possibilité de faire la trachéotomie avec une lenteur relative. D'où facilité de respecter les gros vaisseaux, de mettre des pinces sur des veines coupées, de faire une incision correcte à la trachée et enfin d'introduire aisément la canule.

L'hémorrhagie peut donc être réduite au minimum, car seule, l'incision trachéale proprement dite peut donner lieu à une perte de sang. Cette hémorrhagie est trop minime pour entraîner de graves inconvénients. L'expérience a, du reste, prouvé que le sang, tombé dans les voies aériennes, pendant l'opération, était rejeté par des efforts de toux, même quand le sujet était très anesthésié.

5° Inconvénients et dangers de l'anesthésie.

Sans parler des risques généraux qu'entraîne toute chloroformisation, il existe des dangers particuliers qui sont : l'exagération du spasme laryngé par les vapeurs anesthésiques, la syncope primitive ou laryngo-trachéale, l'introduction du sang en grande abondance dans la trachée d'un individu dont les réflexes ont disparu. Nous avons dit que la présence d'une certaine quantité de sang dans la trachée, pendant l'anesthésie, déterminait presque fatalement des quintes qui expulsaient les liquides et les mucosités.

6° Le chloroforme ne doit pas être donné dans tous les cas.

7° Indications de l'anesthésie.

L'anesthésie est indiquée.

a) Dans la trachéotomie pratiquée comme premier temps d'une opération sur la face (maxillaire, etc.). *b*) Dans les cas de corps étrangers, dans les voies respiratoires, en l'absence de tout tirage. *c*) Quand le chirurgien pense qu'il aura de grandes difficultés pour immobiliser son malade. *d*) Quand l'épaisseur des parties molles à traverser est considérable, quand le larynx est difficilement fixé et que les points de repère ne sont pas bien déterminés. *e*) Enfin et surtout lorsque l'on n'a pas à sa disposition un nombre suffisant d'aides expérimentés.

8° Contre-indications à l'anesthésie.

L'âge n'est pas une contre-indication. Les enfants en bas âge et les adultes peuvent bénéficier des bienfaits de l'anesthésie dans des cas déterminés. Mais *la période avancée de l'asphyxie* (*cessation de la lutte, insensibilité, résolution musculaire*, etc.), les altérations graves ou étendues des poumons, certaines lésions du cœur, sont des contre-indications à l'usage de l'anesthésie. Le courage éprouvé du malade devra faire renoncer à la chloroformisation.

9° Dans un très grand nombre de cas, il est difficile de poser une règle fixe. Le tirage existe, la sensibilité n'a pas disparu, l'agitation est modérée ; quel parti prendre ? « C'est affaire d'habitude et de tempérament », dit Bœckel. C'est plutôt affaire de sens chirurgical. Si l'opérateur dispose d'un nombre suffisant d'aides, s'il est versé dans la technique de la trachéotomie, il s'abstiendra de pratiquer l'anesthésie. Mais, craint-il de rencontrer des difficultés anomales, la chloroformisation sera employée.

10° Le chloroforme sera toujours préféré à l'éther pour pratiquer l'anesthésie.

11° Les premières inhalations chloroformiques seront faites avec la plus grande prudence. *Il faut éviter avant tout de débuter par des doses massives.* On endormira le malade en se conformant à la pratique des interruptions sagement ménagées. Si, à un moment quelconque et surtout au début de l'anesthésie, il y avait aggravation prolongée des symptômes (arrêt de la respiration, etc.), il faudrait cesser l'anesthésie et ouvrir immédiatement la trachée.

12° Avant de prendre le bistouri, il faut attendre la troisième période de l'anesthésie chirurgicale. La résolution musculaire, qui arrive du reste rapidement, l'état des pupilles indiquent que l'opération peut être commencée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1887, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1887, M. Deniker, docteur ès sciences naturelles, a obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— M. le professeur Ball qui, empêché par un deuil de famille, n'a pas fait son cours dimanche dernier, reprendra ses leçons dimanche prochain, 12 juin. Il traitera de l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

— M. Stanislas Meunier, commencera, samedi prochain, 11 juin 1887, à quatre heures et un quart, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Jardin des Plantes et comme suppléant M. le professeur Daubrée, la seconde partie du cours public de géologie.

Ces leçons, qui seront continuées les mardis et les samedis suivants, à la même heure, auront pour sujet l'histoire géologique du fer.

— M. le professeur Baillon, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 12 juin 1887, dans le bois de Meudon.

On partira de la gare Montparnasse par le train de midi cinq minutes, pour la station de Clamart.

— M. le professeur Gaston Bonnier, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 12 juin 1887, à Saint-Georges-sur-Eure, dans la vallée de l'Eure, la forêt de Dreux et à Muzy.

Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à six heures trois quarts du matin. Les personnes qui désirent suivre cette excursion devront se faire inscrire au laboratoire de botanique (laboratoire de recherches) de la Sorbonne, de deux heures à cinq heures. — On sera de retour à Paris à six heures du soir.

— M. le professeur Guignard fera, dimanche prochain, 12 juin 1887, une herborisation aux environs d'Herblay.

Le rendez-vous est à la gare des chemins de fer du Nord, où l'on prendra le train qui part de Paris à onze heures vingt-cinq minutes du matin, pour la station d'Herblay.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21294

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS (1)

Par M. le professeur A. FOURNIER.

3° *Provocation des débits de vin.* — Celle-ci est plus dangereuse encore que la précédente, et cela parce qu'elle s'adresse à un public plus nombreux. Elle s'adresse en effet : 1° à la classe ouvrière; 2° à l'armée.

A l'hôpital, c'est monnaie courante que d'entendre nos malades nous raconter qu'ils doivent la contagion à une fille qu'ils ont rencontrée chez un marchand de vin et avec laquelle ils ont eu rapport soit dans un garni du voisinage, soit au logis même de ce marchand de vin, dans une arrière-boutique, dans un cabinet, dans une chambre de la maison.

Il en est de même pour l'armée. Avec sa haute et indiscutable compétence, M. Collin est venu affirmer devant votre Commission que quantité de jeunes soldats étaient empoisonnés de syphilis actuellement par des femmes rencontrées dans les débits de vin. « Pour l'armée, nous disait-il (et je cite textuellement), les débits de vin se sont substitués aux maisons de tolérance. Dans les quartiers excentriques comme autour des casernes, nombre de débits de vin se sont convertis en lupanars, et c'est là que nos soldats vont s'infecter. »

A ce propos même il a soumis à votre Commission une statistique très instructive, due à deux médecins militaires distingués, statistique dont voici le sommaire :

Trente-deux soldats venant de contracter la syphilis ont pu donner des renseignements précis sur la provenance de la contagion qu'ils avaient subie. Or, de leurs dépositions il est résulté ceci :

Contagions reçues dans les maisons publiques	2
Contagion reçue de la catégorie spéciale de filles dites rôdeuses de postes	1
Contagions reçues de prostituées en chambre	11
Contagions contractées dans les débits de vin	18

Ainsi, dix-huit fois sur trente-deux (remarquez bien ce chiffre), c'est-à-dire dans *plus de la moitié des cas*, la syphilis dérivait de filles que lesdits soldats avaient rencontrées chez divers marchands de vin.

Ajoutons un détail significatif : De ces trente-deux syphilis, il en est *cinq* qui ont été contractées dans la même maison, et de cinq filles différentes, dont j'ai ici les noms. Est-ce assez dire la *spécialité* de cette maison? Est-il ou non constant, d'après cela, que cette maison constitue non pas un débit de vin, au sens légitime du mot, mais une maison de passe déguisée sous l'enseigne de débit de vin?

On nous dira peut-être : « Mais ces renseignements sont-ils bien authentiques? Est-ce que vos soldats n'ont pas pu donner des indications fausses relativement à la femme dont chacun d'eux tenait la vérole? » — Qu'importe en l'espèce, répondrai-je? Car ne suffit-il pas à la démonstration actuelle que lesdits soldats aient pu seulement être exposés à contracter la syphilis dans les établissements en question?

Donc, les brasseries et les débits de vin constituent aujourd'hui, nous pouvons le dire, de véritables foyers d'infection et une des formes les plus dangereuses de la prostitution clandestine.

A un point de vue connexe, ces deux ordres d'établissements, déjà si peu respectables, constituent pour les femmes des foyers de démoralisation, d'alcoolisme et de maladies.

Cette proposition ressort de la nécessité des choses. Et, en effet, où se recrute, d'abord, le personnel féminin de ces brasseries et de ces débits de vin dont nous venons de parler? Tout naturellement dans le public des ouvrières sans ouvrage, des bonnes sans emploi, des domestiques sans place, etc. C'est dans ces maisons que viennent échouer quantité de jeunes femmes un peu gentilles qui arrivent de la province pour chercher de l'occupation à Paris. — En second lieu, que font-elles une fois embauchées par les patrons de ces établissements? Pour gagner leur vie, pour amorcer le client, suivant l'expression technique, elles boivent, et boivent de jour et de nuit. Il faut qu'elles boivent pour faire boire, et elles aboutissent rapidement à l'alcoolisme. — Et ce n'est pas tout. Pour satisfaire le patron, il faut qu'elles se livrent; car, sinon dans toutes ces maisons, au moins dans un certain nombre, c'est la prime de la chair qui constitue le plus fort bénéfice dudit patron. Non moins nécessairement, en conséquence, ces femmes aboutissent à la vérole. Somme toute et en un mot, elles sont entrées bonnes ou inviteuses dans ces maisons; elles en sortent filles perdues, alcoolisées et syphilitiques.

Deux exemples ne seront pas superflus en l'espèce pour montrer à quels dangers lesdites maisons exposent et leur personnel et leurs clients.

Une fillette de quinze ans, presque une enfant de par sa taille et son développement exigu, entre dans les salles de l'un d'entre nous, affectée de syphilides vulvaires confluentes et d'autres accidents de même ordre. Interrogée sur l'origine de son mal, elle nous raconte ceci : Venue de province à Paris pour chercher de l'ouvrage, elle s'est d'abord placée comme bonne dans plusieurs maisons dont on l'a vite congédiée, parce que, de son propre aveu, « elle ne savait rien faire ». Finalement, elle a été adressée par un bureau de placement chez un débitant de vin, qui l'a embauchée tout aussitôt, en lui disant : « Je ne vous donnerai pour gages que cinquante centimes par jour; mais vous pourrez gagner ici et me faire gagner bien davantage. » Sur le moment, paraît-il, elle ne comprit pas bien ce dont il s'agissait; mais dès le soir elle avait compris, car « elle avait reçu cinq hommes dans sa journée et gagné cinq francs ». — A ce métier, elle ne pouvait tarder à contracter quelque maladie vénérienne; et, en effet, six

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 566.

semaines après, elle était affectée d'une maladie syphilitique, qu'elle distribuait ensuite, suivant son expression, « à pas mal de monde ».

Autre exemple. — Une femme de vingt-deux ans est admise à l'hôpital Saint-Louis pour divers accidents de syphilis secondaire, notamment pour des plaques muqueuses vulvaires extraordinairement confluentes et exubérantes, manifestement chroniques, et datant en effet de plus de cinq mois, au dire de la malade. Cette femme ne s'était pas soignée jusqu'alors, et ce n'est que vaincue par la douleur qu'elle s'est décidée à réclamer son admission dans un hôpital. Elle nous raconte alors spontanément ceci : Native du Luxembourg, elle est venue à Paris pour se placer comme domestique, et elle a été adressée par un bureau de placement à un marchand de vin des boulevards extérieurs. Elle est entrée vierge, affirme-t-elle, chez ce marchand de vin, qui lui avait promis vingt-cinq francs de gages par mois. Pendant quelques semaines, elle se borna à servir les pratiques; mais alors, son patron lui ayant signifié que, si elle limitait là son office, il ne la payerait plus et même exigerait d'elle une redevance de deux francs par jour pour sa nourriture, elle se décida à « faire comme les autres femmes de l'établissement ». Bientôt elle fut contaminée, tout naturellement. Néanmoins, elle ne renonça pas pour cela à son métier. Si bien que, *pendant plus de cinq mois*, elle continua, bien qu'affectée des plaques muqueuses vulvaires précitées, à recevoir *de deux à cinq ou six hommes quotidiennement, sans intermission d'un seul jour*.

Eh bien, calculons sur le minimum qu'elle nous donne, à savoir deux rapports par jour. Cela fait qu'en cinq mois cette femme a pu contagionner *trois cents hommes*.

Une seule femme suffisant ainsi à semer plusieurs centaines de contagions dans la population parisienne ! Et un fait pareil se passant dans une capitale où l'on dit, où l'on croit la prostitution surveillée ! En vérité, c'est à n'y pas croire. Et cependant les cas de ce genre abondent et surabondent autour de nous.

Telle est, messieurs, la situation; tels sont les dangers auxquels la provocation publique expose la santé publique.

Or, ces dangers sont de telle nature que votre Commission, en les signalant à l'autorité, n'a pas hésité à requérir que la provocation publique, source de tant et de tant de contagions, fût considérée comme un *délit;* — et voici, à ce propos, les résolutions qu'elle a l'honneur de vous soumettre :

1° Appeler l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique dans ces dernières années notamment, et en réclamer une répression énergique ;

2° Nécessité manifeste d'assimiler, à cette provocation de la rue, divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle des boutiques ; — celle des brasseries dites à femmes; — et, plus particulièrement encore, celle des débits de vin;

3° Signaler à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche ;

4° Déclarer qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement.

Tout délit a sa sanction pénale. Quelle sera en l'espèce cette sanction? Ceci, messieurs, ne nous regarde plus, nous médecins. Ceci regarde le législateur, et nous n'empiéterons pas sur ses attributions. Mais ce qui rentre dans notre compétence, c'est de spécifier que la sauvegarde de la santé publique, exige comme sanction, en l'espèce, la surveillance médicale des filles reconnues coupables du délit de provocation.

Or, cette surveillance se compose forcément de deux termes, à savoir :

1° Visite périodique de ces filles;

2° Internement de celles d'entre elles qui seraient reconnues affectées de maladies vénériennes, de syphilis tout particulièrement.

De là les deux articles suivants que la Commission soumet à votre examen :

1° L'intérêt de la santé publique exige que les filles reconnu coupables du délit de provocation publique soient soumises à examen médical périodique.

2° Celles de ces filles qui seraient reconnues, de par cet exam affectées de maladies vénériennes, notamment de syphilis, sero internées dans un asile sanitaire spécial.

Peut-être bien, Messieurs, à première audition des articles q précèdent, quelques-uns d'entre vous se sont-ils déjà exclam intérieurement : « Mais ce que vous nous proposez là, c'est l'a cien système, c'est ce qu'on a toujours fait et ce qu'on fait enco aujourd'hui ! » — Patience ! Loin d'être une copie du système q est en vigueur — je ferais peut-être mieux de dire « en défa lance » aujourd'hui, et pour cause, comme vous le verrez dans u instant, — le système que votre Commission va étudier deva vous s'honore d'en différer absolument et sur tous les points. de cela voici dès à présent la preuve en deux mots, si vous m permettez d'anticiper sur ce qui devrait suivre.

Dans l'ancien système, c'est l'*arbitraire administratif* qui règ tout, qui fait tout. Ce que nous demandons, nous, comme bas à notre système, c'est la *loi* ou, pour mieux dire, c'est une loi qu définisse un délit et en attribue la répression, comme celle d tous les autres délits, aux tribunaux de droit commun.

Dans l'ancien système, c'est l'Administration, représentée par le Préfet de police ou, quand on descend à la réalité des faits, par une commission policière, qui prononce l'inscription, la « mise en carte », comme on dit vulgairement, d'une fille reconnue coupable du délit de provocation policière. Ce que, tout au contraire, nous allons réclamer dans un instant, et réclamer au nom des principes les plus élémentaires de justice, c'est que l'inscription d'une fille accusée du délit de provocation ne puisse jamais être prononcée que par un tribunal de droit commun et après débat contradictoire.

Ce que fait l'ancien système, quand une fille est reconnue affectée d'une maladie, c'est de l'envoyer *en prison*, et dans une prison commune aux voleuses et aux criminelles de tout genre. Ce que nous voulons, nous, c'est que cette fille, simplement coupable d'avoir contracté une affection vénérienne, soit simplement traitée comme une malade et, à ce titre, internée dans *un hôpital*.

Donc, comparez :

Avec l'ancien système, arbitraire comme base; — comme juridiction, suspension du droit commun, — comme traitement, prison.

Avec le système nouveau (que votre Commission, certes, ne se flatte pas d'avoir imaginé de toutes pièces, mais qu'elle a combiné, en s'inspirant de l'esprit moderne, en s'inspirant de ce qui a été dit et redit depuis longtemps, de ce qui appartient à peu près à tout le monde, et aussi de son expérience propre, vous nous l'accorderez bien), avec le système nouveau, disais-je, la loi comme base; le droit commun comme juridiction et l'hôpital en dernier lieu pour la malade tout à la fois comme refuge, et comme sauvegarde de la santé publique.

Mais quittons ces généralités et venons aux faits.

Dans l'état de choses actuel, disais-je à l'instant, c'est la police qui a la haute main sur la prostitution. C'est elle et elle seule qui intervient en toutes choses afférentes à la prostitution. Tranchons le mot, c'est elle, sans exagération, qui *fait tout*. A preuve : c'est elle qui, d'abord, constate le délit par le rapport de ses agents, et rien de mieux; — c'est elle, d'autre part, qui apprécie, qui juge le délit, par l'office de son chef du bureau des mœurs, et cela à huis clos, sans débat contradictoire; — c'est elle qui prononce l'inscription, qui « met en carte » la fille réputée coupable; — c'est elle qui réglemente tout en la matière, tout et absolument tout, jusqu'à « la richesse et la couleur des étoffes destinées au costume », jusqu'au mode de coiffure, etc.; — c'est elle qui inflige les punitions pour toutes contraventions à ses règlements; — c'est elle qui incarcère; — c'est elle enfin qui, par l'office de ses médecins à elle, de ses médecins choisis par elle (nous reviendrons bientôt sur ce point spécial), constate les maladies et se charge de les guérir dans sa prison, etc., etc. — Voilà le système.

Or, avons-nous à répéter ici ce qui a été dit et redit mille fois, à savoir que c'est là un pouvoir discrétionnaire, exorbitant, à nul autre assimilable, aussi contraire à l'équité qu'à l'esprit moderne? A Dieu ne plaise que votre Commission veuille se faire à cette tribune l'écho des accusations et des calomnies qui, dans ces derniers temps surtout, ont été dirigées contre la Préfecture de police. Bien loin de nous l'intention de porter la moindre atteinte aux hommes justement considérés et souvent considérables qui, dans notre siècle, ont exercé le difficile et périlleux office de l'administration policière. Ces hommes, tout au contraire, nous hygiénistes et médecins, nous nous plaisons à leur rendre la justice qui leur est due, c'est-à-dire à reconnaître les efforts qu'ils ont tentés pour endiguer le flot toujours montant de la prostitution; et, alors même que nous serons amenés à les combattre sur le terrain des principes ou des résultats, nous ne pourrons nous empêcher de reconnaître, nous ne cesserons jamais de croire que leurs intentions, leurs réformes, voire leurs excès de pouvoir, ont toujours été inspirés par la seule considération de l'intérêt public.

Mais, les hommes ainsi mis hors de cause, reste le système. Or, je le répète, il est impossible de méconnaître que le système en question, dont je viens d'ébaucher le tableau, est réprouvé par l'opinion publique.

Il est réprouvé, parce qu'il est arbitraire, et parce qu'à ce titre il offense le sens moral, il blesse ce sentiment d'équité que nous portons tous au fond de nous-mêmes. Il est réprouvé, parce qu'il n'a pas la *loi* pour base, parce qu'il ne repose sur aucun texte inscrit dans nos codes. Je ne voudrais pas entraîner l'Académie sur un terrain qui n'est pas le sien; mais qu'il me soit permis tout au moins de lui rappeler en quelques mots le spectacle étrange auquel nous avons assisté lors des discussions, des polémiques qui ont été engagées sur ce sujet au cours de ces dernières années.

D'une part, on voyait les adversaires du système actuel contester violemment la légalité des pouvoirs exercés par l'administration policière en fait de répression de la prostitution, et, « mettant au pied du mur », suivant leur expression, les préfets de police, leur dire : « Mais citez-nous donc les articles de loi en vertu desquels vous commettez une série d'attentats contre la liberté individuelle, en vertu desquels vous arrêtez douze à quinze mille femmes par an, en vertu desquels vous maintenez annuellement sur vos registres d'écrou trois mille cinq cents à quatre mille cinq cents femmes, jouissant de leurs droits civils et innocentes de tout crime ou délit, en vertu desquels vous internez dans les maisons de tolérance une moyenne annuelle de douze cents malheureuses, rivées au plus ignoble esclavage », etc., etc.? Et, d'autre part, on voyait l'administration, on voyait les représentants du système actuel, en réponse à ces attaques, à « ce coup droit » de leurs adversaires, ou bien exhumer, comme base légale de leurs pouvoirs, une vieille ordonnance du lieutenant de police Lenoir, ordonnance remontant à 1778, et confirmée, suivant les uns, ou non confirmée, suivant les autres, par un ordre du jour du Conseil des Cinq-Cents (7 germinal, an V), ou bien se retrancher derrière de vagues considérations d'intérêt général, de sécurité publique, de traditions acceptées, etc. Mais jamais on ne les voyait, contre l'attente générale, faire la riposte à leurs contradicteurs par la citation d'un texte précis de loi, d'un décret, d'une ordonnance leur conférant d'une incontestable façon les pouvoirs dont ils se croyaient et dont tout le monde, d'inspiration, de confiance, les croyait investis.

Si bien que les témoins de cette singulière polémique, c'est-à-dire le public, c'est-à-dire tout le monde, finissaient par conclure contre l'Administration, en se disant ce que, pour ma part, j'ai entendu répéter bien des fois : « La police a peut-être raison de faire ce qu'elle fait, c'est-à-dire d'arrêter et d'interner les filles, si cela est nécessaire à la santé publique; mais, en tout cas, elle n'en a pas *le droit*, puisque aucune loi ne l'y autorise. »

Ces discussions, ces débats, qui passionnèrent une certaine presse et retentirent jusqu'au sein du Conseil municipal de Paris, eurent le seul résultat qui pouvait en dériver, à savoir l'énervement et le relâchement des mesures policières relativement à la surveillance et la répression de la prostitution. En France, comme ailleurs, sans doute, tout pouvoir discuté et moralement ébranlé est un pouvoir destiné à fléchir. Il n'y eut pas, en l'espèce, d'exception à la règle. Attaquée et violemment attaquée, battue en brèche jusque dans le principe même de ses pouvoirs, et, d'autre part, ne se sentant plus soutenue par l'opinion publique, l'Administration a faibli, positivement faibli, dans ces derniers temps, jusqu'à des tolérances devant lesquelles elle eût certes reculé jadis. Elle soutiendrait le contraire, qu'elle serait condamnée, dirais-je, par l'évidence même des choses, à savoir par le développement, le débordement actuel de ce qu'on appelle la provocation publique. Je mets en fait, à ne citer qu'un exemple, que, ce soir même, cinquante filles insoumises déambuleront en toute liberté sur tel ou tel de nos boulevards. Or, qui voudrait trouver cela compatible, soit avec la sauvegarde de la santé publique, soit avec l'exercice des pouvoirs dont l'Administration est ou se croit investie?

Somme toute, pour une raison ou pour une autre, nous sommes arrivés à un état de choses où le pouvoir public, qui est censé nous protéger contre l'envahissement et les méfaits sanitaires de la prostitution, se trouve réduit à l'impuissance, tout au moins à une impuissance relative. Et la cause principale, originelle, de cette impuissance se trouve, croyons-nous, dans ce fait que la base légale des pouvoirs exercés par la Préfecture de police est aujourd'hui dénoncée, controversée, reniée, et tout au moins juridiquement contestable.

Eh bien, c'est contre cet état de choses que, tout d'abord, proteste votre Commission.

Votre Commission pense, et vous, sans doute, Messieurs, vous penserez avec elle que, si la répression de la provocation publique est nécessitée par le double intérêt de la santé et de la morale publique, elle doit, tout au moins, avoir une base *légale*. Que si des mesures portant atteinte à la liberté individuelle, telles que l'arrestation et la séquestration des filles reconnues coupables du délit de provocation publique ou reconnues affectées de maladies contagieuses, sont imposées par des nécessités sociales, il est non moins indispensable que ces mesures soient précisées, formulées, édictées par une *loi*, c'est-à-dire par un acte dérivant de nos plus hauts pouvoirs publics.

C'est pour cela, Messieurs, qu'en premier lieu et comme base même de notre système, nous réclamons avant tout une *loi*, une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit. Et cette loi, nous la réclamons d'autant plus énergiquement, avec d'autant plus d'insistance, qu'à nos yeux elle aurait ce double résultat : 1° de rendre *légal* ce qui ne l'est pas aujourd'hui; 2° de rendre indiscutables les pouvoirs tant discutés aujourd'hui de l'administration policière, en ce qui concerne la surveillance et la répression des prostituées; c'est-à-dire, au total et en définitive, de renforcer, *en la légalisant*, l'autorité préfectorale actuellement si ébranlée et si défaillante.

Ceci posé comme base de notre système, poursuivons.

Fidèles au même esprit de légalité, nous réclamons, en second lieu, que les principes du droit commun président à toutes les mesures de répression ou de coercition qui seront jugées nécessaires en l'espèce.

Aussi, comme exemple, votre Commission a-t-elle accepté et voté, à l'unanimité, la disposition suivante, qui, sans nul doute, ralliera vos suffrages :

« *L'inscription d'une fille, coupable du délit de provocation sur la voie publique, ne pourra jamais être prononcée que par un tribunal, et après débat contradictoire.* »

Inutile de dire que ceci vise une réforme majeure par excellence, à introduire dans le système actuellement en vigueur.

Actuellement, l'inscription (et vous savez ce que comporte l'inscription, c'est-à-dire la transformation *ipso facto* d'une femme jouissant jusqu'alors des droits communs, en une femme désormais *soumise*, suivant l'expression consacrée, soumise à l'administration policière, astreinte à de certains règlements policiers, astreinte à la visite corporelle et rivée, par patente officielle, à ce que la prostitution a de plus abject), actuellement, disais-je, l'in-

scription est prononcée (à parler de Paris seulement) par une commission composée de trois membres de l'administration policière (1). C'est donc l'administration policière — et elle seule — qui, dans toute affaire de ce genre, reçoit les rapports relatifs à la fille inculpée, interroge cette fille, apprécie les faits et, de sa seule inspiration, formule un jugement sans appel, qui entache cette fille d'infamie.

Or, ainsi qu'on l'a dit et répété cent fois, un tel pouvoir discrétionnaire, conféré à deux ou trois agents d'une administration, quels que soient d'ailleurs les dits agents et quelques garanties que puissent présenter leur haute situation, leurs antécédents, leur caractère, etc., un tel pouvoir est une anomalie dans nos institutions, une offense au droit commun, une illégalité, une monstruosité, disons le mot, que réprouvent à la fois et le bon sens et l'esprit moderne. Il serait superflu, croyons-nous, de reproduire ici les nombreux et divers arguments qui, de vieille date, ont battu en brèche, sans parvenir encore à la renverser cependant, cette juridiction spéciale du bureau des mœurs. On ne discute plus les choses jugées; il suffit de les signaler à l'attention publique.

Inversement au système actuel, votre Commission croit et s'honore de croire que, si la pénalité de l'inscription peut être légitimée par l'intérêt de l'ordre et de la santé publique, elle ne doit être prononcée que *suivant les procédures légales du droit commun*, c'est-à-dire ne doit être prononcée que par un tribunal de droit commun, ne doit être prononcée qu'après débat public et contradictoire, avec faculté, pour l'accusée, de se faire assister d'un conseil, etc.; bref, et sans entrer dans les détails qui ne sont plus de notre compétence, notre opinion est formelle que le délit de provocation publique doit être *légalement* poursuivi, jugé et puni à l'instar de tous les autres délits, c'est-à-dire, répétons-le encore, par les juridictions de droit commun.

D'autre part, votre Commission a été d'avis, à l'unanimité, que, toutes choses une fois rentrées, de la sorte, dans la stricte légalité, il y avait intérêt pour la santé publique, c'est-à-dire pour la visée sinon exclusive, au moins principale, que nous poursuivons toujours, à ce que la pénalité de l'inscription continuât, comme devant, à entraîner, de fait, la *surveillance médicale de la fille inscrite.*

Nous n'ignorons rien de ce qui a été dit et écrit, surtout en ces derniers temps, contre ce droit de visite, qu'on a présenté comme un attentat, comme une sorte de *viol* officiel commis par la société, voire comme un danger permanent de contamination syphylitique pour les femmes soumises à cet examen. Or, après avoir pris ample connaissance de toutes ces prétendues revendications en faveur de la « liberté individuelle », en faveur de « l'inviolabilité de la personne humaine », etc., nous ne persistons pas moins à affirmer le droit qu'a la société de *se défendre* contre une certaine catégorie de femmes qui font de la prostitution un métier, et de la provocation un moyen pour l'exercice de ce métier. Avec la presque universalité des médecins et des hygiénistes, nous persistons à croire que la prostitution et la provocation publique constituent un danger considérable pour la santé publique, et que, conséquemment, c'est un strict droit, c'est même un devoir, pour la société, d'astreindre à une surveillance rigoureuse l'industrie insalubre de la prostitution, au même titre que toutes les autres industries insalubres : c'est-à-dire de mettre hors d'état de nuire les prostituées, alors qu'elles sont devenues nuisibles.

Donc, en principe, nous réclamons la surveillance médicale des prostituées comme une indispensable mesure d'hygiène.

Dans l'application, nous jugeons insuffisantes les mesures actuellement en vigueur, qui consistent sommairement en ceci :

(1) « Lorsqu'il s'agira de procéder à l'inscription d'une fille majeure, qui refuse de se soumettre aux obligations sanitaires et administratives, ou d'une fille insoumise mineure, au lieu de se borner, comme on l'a fait jusqu'ici, à un exposé écrit des faits, *la décision sera réservée à une commission composée du préfet ou de son délégué, du chef de la 1re division, et du commissaire interrogateur.* Cette commission entendra la femme arrêtée et les agents » (Instruction du 15 octobre 1878, rédigée sous l'administration de M. Albert Gigot).

Visite bi-mensuelle, à dates indéterminées, pour les filles isolées;

Visite hebdomadaire, à date fixe, pour les filles de maison.

Votre Commission vous propose de remplacer cette réglementation par la suivante :

1° Les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, de date fixe; — et, en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à date inconnue;

2° Chacune de ces visites sera *complète* et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

Inutile, croyons-nous, d'insister sur les avantages de ces dispositions nouvelles. Il est de toute évidence, en effet, qu'en l'espèce, la sécurité est rigoureusement proportionnelle au nombre des visites; — que des visites à jour fixe ne permettent pas les larges écarts que peuvent laisser entre elles, par exemple, deux visites mensuelles à échéances indéterminées; — qu'une visite a besoin d'être *complète* pour répondre à l'objectif poursuivi; — et qu'enfin les contre-visites de médecins inspecteurs, à dates inconnues, ne pourront servir que de contrôle efficace à l'ensemble du système, etc.

Un membre de votre Commission avait demandé qu'une surveillance spéciale et plus fréquente fût appliquée aux filles reconnues affectées de syphilis *récente* et nécessairement prédestinées, dans un avenir prochain, à de nouvelles manifestations diathésiques de caractère contagieux. Mais, tout en reconnaissant ce qu'avait de bien fondé, en principe, cet amendement, votre Commission a cru devoir l'écarter. Et, si elle l'a écarté, c'est qu'elle a craint qu'il ne créât des complications administratives, en ajoutant un rouage nouveau à l'ensemble d'un système de fonctionnement déjà si difficile.

Enfin, en ce qui concerne la province, nous réclamons que les mesures de surveillance et de prophylaxie, qui fonctionnent — ou fonctionneront — dans la capitale, soient rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements. Et, si nous formulons ce vœu d'une façon expresse, c'est qu'il est arrivé à la connaissance de votre Commission, dans l'enquête qu'elle a instituée sur ce point, des détails navrants, presque incroyables, sur l'abandon où était tombé, en de certaines villes, le service de surveillance des prostituées. Dans telle ville, par exemple, la visite des filles « se fait sur une chaise, hissée sur une petite estrade », aménagement peu propice, on en conviendra, à un examen délicat et parfois difficile; et, de plus, « ce sont les filles, raconte un témoin oculaire, qui, pour cet examen, écartent elles-mêmes les lèvres vulvaires avec leurs doigts ». (!) — Dans telle autre ville, on n'examine pas les filles avec le spéculum, et cela pour la simple et très suffisante raison d'ailleurs « que ladite ville ne possède pas de spéculum pour le service de surveillance des prostituées » !

Il suffira, certes, de signaler de telles choses à l'attention publique, pour qu'il en soit fait bonne et prompte justice. Ne ressort-il pas de là, en tout cas, l'évidence formelle que le fonctionnement des services de ce genre doit être soumis à une inspection périodique de la part des conseils d'hygiène départementaux?

En dernier lieu, Messieurs, et pour compléter ce qui a trait aux mesures de prophylaxie publique, j'arrive à un point particulier, sur lequel votre Commission n'a pu se mettre d'accord, bien qu'elle l'ait très longuement débattu, et que, pour cette raison, j'ai cru devoir reléguer à la fin de mon exposé.

Ce point est relatif à la question de savoir si la provocation sur la voie publique (dans les conditions, bien entendu, où elle ne saurait troubler l'ordre public), peut être ou non tolérée de la part des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

Deux systèmes se trouvent ici en présence.

L'un (celui qu'a accepté, par trois voix contre deux, la majorité de votre Commission) veut absolument proscrire et poursuivre toute provocation sur la voie publique, d'où qu'elle vienne, quelles que soient les femmes qui se livrent à cette provocation. Il réclame donc jusqu'à la proscription de ce qui existe en fait aujourd'hui,

de ce qui est accepté et toléré par les règlements en vigueur, à savoir, la provocation à heures fixes par un personnel surveillé.

L'autre croit qu'il faut *subir* ce qu'il est impossible d'empêcher, à savoir la provocation sur la voie publique, telle qu'elle est actuellement tolérée par les règlements; mais il s'efforce de la réglementer et de l'assainir (passez-moi le mot), en ne la tolérant que des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

Mon strict devoir de rapporteur est de reproduire ici les arguments (au moins les arguments principaux) qui ont été invoqués dans la Commission en faveur de tel ou tel de ces deux systèmes. C'est là ce que je vais essayer de faire le plus fidèlement et aussi le plus brièvement possible.

Dans le premier système, toute provocation doit être interdite sur la voie publique, quels qu'en soient les auteurs, et cela pour les raisons suivantes :

Parce que, d'abord, il faut prendre aussi bien souci de la morale publique que de la santé publique, et que la provocation, d'où qu'elle vienne, constitue toujours une offense à la morale, une « tentative d'embauchage à la débauche », un exemple démoralisateur;

Parce que, en second lieu, une réglementation de la prostitution doit reposer sur des mesures générales et non pas s'éparpiller en des mesures partielles, visant telle ou telle catégorie de prostituées;

Parce qu'une distinction serait impossible à faire entre les filles soumises et les filles insoumises se livrant à la provocation sur la voie publique;

Parce qu'enfin la liberté de provocation conférée aux filles soumises constituerait une sorte de provocation patentée, une sorte de privilège légal accordé à une certaine catégorie de filles, une sorte de « reconnaissance officielle consentie par l'Administration en faveur desdites filles », etc. Je n'admets pas, disait M. Le Fort devant la Commission, cette sorte de contrat, de marchandage entre l'Administration et les filles, celle-là disant à celles-ci : « Voulez-vous la liberté de provoquer sur la voie publique? Voulez-vous commettre impunément le délit d'excitations à la débauche? Consentez à nos visites, soumettez-vous à la surveillance; et, en échange, nous vous laisserons toute latitude sur nos trottoirs. Que si, au contraire, vous vous refusez à la surveillance, nous vous enlevons le bénéfice de la voie publique. » L'Administration, concluait notre collègue, ne peut à la fois et tolérer et réprimer la provocation de la rue, etc.

A cela répondent, d'autre part, les partisans de l'opinion adverse :

1° Que, d'abord, réclamer une interdiction absolue, générale, de la provocation sur la voie publique, c'est-à-dire la suppression de la tolérance accordée aujourd'hui et de vieille date à une certaine catégorie de filles, ce n'est rien moins qu'introduire une révolution complète dans l'état de choses actuel, révolution de résultat incertain ou, pour mieux dire, d'insuccès fatal;

2° Qu'il faut traiter pratiquement des choses pratiques, et qu'en l'espèce viser à la disparition complète de toute provocation sur la voie publique, c'est poursuivre un idéal *irréalisable*, à jamais irréalisable pour les deux suffisantes raisons que voici : parce que la prostitution a été et sera de tous les temps; et parce que la prostitution a besoin de la provocation pour se produire, pour se faire une clientèle, *pour vivre*, en un mot. D'ailleurs, ainsi que le disait M. Ricord, « la provocation n'est pas seulement dans la rue; elle est partout, à tous les étages de la société et sous toutes les formes, au théâtre, dans les bals, dans les cafés, dans les casinos, dans les réunions publiques, voire dans les vitrines où s'étalent des photographies d'une décence douteuse ou plutôt non douteuse. Jamais, ajoutait-il encore, on n'empêchera d'une façon absolue la provocation de se produire sous telle ou telle des mille formes qu'elle est susceptible d'affecter. Pour moi, la seule provocation à réprimer, c'est la provocation *scandaleuse*, celle qui offense la morale. Tant qu'il n'y a pas scandale, nous ne pouvons rien faire contre la provocation et personne n'y pourra jamais rien »;

3° Que tolérer la provocation de la part d'une certaine catégorie de filles, à savoir les filles soumises et médicalement surveillées, ce n'est pas, comme on le dit, reconnaître légalement à ces filles un « privilège officiel », en vertu d'une sorte de contrat offensant pour la morale publique; c'est *subir* ce qu'on ne peut empêcher, c'est *subir* ce qu'on sait, de par une expérience plus que séculaire, être impuissant à réprimer. « Il y a certes plus qu'une nuance, comme le disait encore M. Ricord, entre subir, tolérer, laisser faire, et conférer un privilège légal »;

4° Que tolérer, dans de certaines limites administrativement définies, la provocation publique de la part des filles soumises et de la réprimer, la persécuter, de la part des filles insoumises, ne constitue pas — loin de là — une impossibilité pratique. Cela est affaire de surveillance policière, tout simplement; et, d'après un témoignage plus que compétent en pareille matière, il ne faudrait pas plus d'une quinzaine à un bon agent des mœurs pour être au courant du « personnel » de son quartier, c'est-à-dire pour reconnaître d'un coup d'œil les filles soumises et les filles insoumises;

5° Enfin, que tolérer la provocation (la provocation toujours non scandaleuse, bien entendu) de la part des filles soumises et ne pas la tolérer de la part des insoumises, c'est *ipso facto* réunir dans le camp des filles médicalement surveillées toutes les prostituées qui, ou bien accepteraient *sponte sua* le bénéfice de la tolérance, ou bien seraient inscrites d'office par les tribunaux; — c'est, d'une part, tolérer ce qu'on ne peut empêcher, et, d'autre part, *assainir la provocation des rues*. Jamais, au grand jamais, on n'empêchera une fille de provoquer sur les boulevards ou dans les carrefours; mais on peut faire qu'une fille ne provoque pas sans être astreinte un jour ou l'autre à l'inscription; — c'est enfin *supprimer, dans la mesure du possible, pour la provocation des rues, l'industrie des insoumises*. Or, s'il est un fait avéré, un fait sur lequel s'accordent la plupart des statistiques, c'est que le danger des contaminations syphilitiques dérive surtout et pour une proportion considérable des filles insoumises. Sur cent filles insoumises qu'arrête la police, on en trouve en moyenne trente-trois affectées de diverses maladies vénériennes (Dr Clerc) (1). Les insoumises constituent, on peut le dire, le foyer principal qui alimente et entretient la vérole parmi nous.

Dernier point. On reproche une inconséquence aux partisans de ce système. On leur dit : « Voyez donc à quels résultats illogiques vous êtes amenés : d'une part, vous considérez la provocation publique comme un délit, dont vous demandez la répression légale; et, d'autre part, vous acceptez cette provocation. Si bien que le même acte tantôt sera poursuivi, puni par la loi et tantôt restera toléré, impuni. » — Mais qui ne voit qu'en l'espèce, l'inconséquence n'est qu'apparente et non réelle? Car jamais, à vrai dire, la loi ne tolère la provocation publique. Et la preuve, c'est qu'elle la frappe non pas d'une peine à terme, à l'instar du vol par exemple, mais bien d'une *peine permanente, durable*, à savoir, de l'inscription avec surveillance administrative et médicale, de l'inscription qui n'aura de terme que le jour où la fille renoncera volontairement à son métier, c'est-à-dire cessera de commettre le délit, le préjudice social pour lequel elle est tenue en tutelle.

Tels sont, messieurs, les deux systèmes qui ont divisé votre Commission et qui, somme toute, se résument en ceci :

Ou bien, interdiction absolue et générale de toute provocation sur la voie publique;

Ou bien, maintien de l'état de choses actuel, quant à la tolérance de la provocation publique de la part des filles inscrites,

---

(1) « C'est la catégorie des *insoumises* qui fournit à la statistique le plus grand nombre de malades. Sur 23,856 filles insoumises visitées depuis le 1er juillet 1871 jusqu'au 31 décembre 1878, c'est-à-dire pendant une période de sept ans et demi, on a constaté 7,833 cas de maladies, soit 32, 8 p. 100 du chiffre total.

A Lyon, la syphilis paraît beaucoup plus répandue car la proportion des insoumises trouvées malades est de 48 p. 100. »

(Docteur Clerc, déposition devant la Commission de la police des mœurs, Cons. mun. de Paris 1879.)

avec proscription rigoureuse de la même tolérance vis-à-vis des filles non soumises à la surveillance administrative.

A l'Académie de juger entre les deux systèmes et de se prononcer en dernier ressort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les professeurs Guyon, Lannelongue, Trélat et Verneuil ont prié l'Académie des sciences de les comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante dans la section de Médecine et de Chirurgie, par suite du décès de M. Gosselin.

— Par décret, en date du 3 juin 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Favardin, Comte, Couturier, Fauvelle, Grias, Mouchier, Durand, Rumeau, de Langenhagen et Rouhaud.

— Par décret, en date du 3 juin 1887, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Barié, médecin des hôpitaux de Paris ; Ménier, chirurgien de l'hospice général de Tours ; Bourgougnon, médecin-adjoint audit hospice général ;

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bouchet (Charles), Bertreux, Bruneau, Bertet, Robin et Bouchet (Émile-Philippe-Auguste).

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. les médecins aides-majors de première classe Destrem, Denis, Corson, Quesnel, Le Roux, Leturc, Leballais, Danlos, Saury, Blin, Vibert et Bertheux, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes ;

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bailleul, Dousset, Charlat-Linarix, Pastol, Delavarenne, Eudes, Guyot, Divet, Natu, Hervéou, Bra, Vallienne, Tripet, Marchand, Biron, Le Clerc, Gouronnec, Mâlon, Le Bachelier, Landouar, Héon, Luce, Nutte, Thomas, Nolais, Viallanes, Cavayé, Testut, Spira, Codet, Dautel, Roncin, Bourcy, Le Goupils, Marie et Gouëry ;

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Merlhe.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. le médecin aide-major de première classe Carcassonne.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Legerot, professeur de physiologie à l'École supérieure des sciences d'Alger ;

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. le médecin de deuxième classe de la marine et le médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaires, Sirot et Hervéou ;

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Jouffreau, Lannegrâce, Burgat, Gringoire, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire, Barancy, Petit et Thoinot ;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire, Speiser ;

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire, Bernou ;

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Legras, Schneider, Fleury, Bounoure, Richard, Planche, Fédit et Simon.

— Par décret, en date du 7 juin 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Isambert, en remplacement de M. Mabbout, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; est maintenu au 43e d'infanterie ; — Mussat, en remplacement de M. Pinchard, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; est maintenu au 120e d'infanterie ; — Mareschal, en remplacement de M. Guyon, retraité ; est maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Grandmougin, en remplacement de M. Lubanski, mis en réforme ; est désigné pour le 6e d'infanterie ; — Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Sotinel, retraité ; est maintenu à son poste actuel, au grade de médecin-major de première classe ;

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sauce, en remplacement de M. Isambert, promu ; est maintenu au 73e d'infanterie ; — Haesler, en remplacement de M. Mussat, promu ; est désigné pour le régiment de sapeurs pompiers de Paris ; — Galzin, en remplacement de M. Mareschal, promu ; est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Rozencout-Malbot, en remplacement de M. Grandmougin, promu ; est maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Couillault, en remplacement de M. Vaillard, promu ; est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— Par décret, en date du 11 juin 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Rous, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle en date du 7 juin 1887, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Hocquard, pour le 4e d'infanterie ; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Kablé, pour le 41e d'infanterie ; Tardif, pour le 138e d'infanterie ; Burlureaux, pour le 24e d'infanterie ; Loillier, pour le 9e bataillon d'artillerie de forteresse ; Didier, pour le 100e d'infanterie ; Arnold, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied ; Comte, pour le 20e escadron du train ; Bischoff, pour le 109e d'infanterie ; Couderc, pour le 17e d'infanterie ; Renaut, pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse ; Ferry, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Bayven, pour le 113e d'infanterie ; Leprêtre, pour le 131e d'infanterie, et Renard, pour le 69e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 8 juin 1887, M. Gessard, pharmacien major de deuxième classe, aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie, a été nommé à l'emploi de professeur agrégé de chimie à l'école du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juin 7887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Folie-Desjardins, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Mercier, pour le 118e d'infanterie ; Atgier, pour le 126e d'infanterie ; Boiron, pour le 107e d'infanterie ; Dufaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Milliès dit Lacroix et Courtot, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

MM. les médecins aides-majors de première classe Roquancourt, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Lapasset, pour le 4e d'infanterie ; Camentron, Breton, Pellier et Folliasson, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Breuil, pour l'hôpital militaire de Givet ; Maljean, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Bonnafous, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Starck, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1887, M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été appelé à faire partie du Conseil de perfectionnement des Écoles vétérinaires.

— M. le docteur Masbrenier est nommé officier d'Académie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coutinho (de Rio de Janeiro), Galy (de Périgueux) et Lestocquoy (d'Arras).

— M. le docteur Fischer, chargé de la seconde partie du cours de M. le professeur Gaudry, au Jardin des Plantes, commencera ses leçons de paléontologie mercredi prochain 15 juin 1887, à trois heures et demie du soir, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Le lundi, la leçon aura lieu à deux heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21294

32

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

78

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

36

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

72

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

15

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

24

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

45

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

16

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE-TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure*, au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

39

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

22

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

92

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES
AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Fournier vient de terminer la lecture de son rapport sur la syphilis. Ce rapport, œuvre remarquable d'un homme compétent par excellence, est très soigné dans les moindres détails. Peut-être même pourrait-on songer à lui reprocher d'être trop touffu.

C'est tout un code de réformes qu'on y propose, réformes atteignant les services ministériels les plus divers, justice, intérieur, instruction publique, guerre et marine.

La mise en carte, préliminaire indispensable de toute réglementation de la prostitution, serait désormais prononcée par les tribunaux, après enquête et après débats contradictoires.

A défaut de cette mise en carte, on poursuivrait comme des délits les actes de prostitution ou les appels à la débauche.

Un service sanitaire, basé sur le concours, serait organisé partout. Les anciennes infirmeries pénitencières de prostituées malades, telles que celle de Saint-Lazare, seraient transformées en hôpitaux, dont le service médical se recruterait par le concours et qui, ouverts aux étudiants, deviendraient de grandes écoles de syphiliographie.

Les aspirants au titre de docteur ne pourraient obtenir ce titre qu'après un stage d'au moins trois mois, dans un des hôpitaux spéciaux destinés au traitement des maladies vénériennes.

Ces hôpitaux, situés de préférence en dehors de l'enceinte des villes, seraient multipliés de manière à ce que l'admission ne s'y fît jamais attendre.

Les vénériens auraient d'ailleurs droit à l'administration gratuite des médicaments, s'ils préféraient ne pas être hospitalisés. On organiserait à leur profit des services spéciaux de consultation externe, confiés à des médecins du Bureau central, que l'on maintiendrait dans cette situation, sans mutation possible, durant plusieurs années.

La syphilis deviendrait aussi la préoccupation dominante dans l'armée et dans la marine. On ferait régulièrement aux soldats et aux réservistes des conférences sur cette maladie, sur ses symptômes et sur ses dangers. S'ils la contractaient, on leur demanderait paternellement le nom de la femme qui la leur aurait communiquée, et l'on ferait aussitôt visiter cette femme, sauf à la poursuivre dans le cas de prostitution clandestine. Quant à eux, ils seraient traités avec la plus grande bienveillance, mais, jusqu'à la fin de leur service, ils resteraient, à ce point de vue, sous la surveillance médicale, ayant une sorte de dossier, sur lequel seraient inscrites, au fur à mesure, les manifestations successives de l'évolution vénérienne.

Tel est, dans ses lignes principales, le projet actuellement soumis à l'Académie.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Grancher.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

La malade, qui est le sujet de cette leçon, est une enfant de quatorze ans et demi, grande, bien développée, intelligente, chez laquelle l'examen clinique amène à diagnostiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Rien de bien particulier, comme antécédents héréditaires, pas de rhumatismes, pas d'affections cardiaques. La mère est morte tuberculeuse.

La jeune malade a eu la rougeole et la coqueluche.

Depuis son enfance elle est sujette à des palpitations qui surviennent surtout après un exercice un peu violent : la course, par exemple. Les lèvres sont bleuâtres. Les mains, souvent violacées, sont sujettes aux engelures. Assez fréquemment des épistaxis.

Elle a été réglée une seule fois en 1886.

Cependant son développement est assez bon; elle est plutôt grande pour son âge. Chose à noter, elle est intelligente; c'est une bonne écolière qui tient habituellement la tête de sa classe.

Cependant l'examen du cœur révèle des symptômes attribuables à une lésion grave de cet organe, à un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Il n'y a pas d'hypertrophie notable, la pointe bat dans le quatrième espace; pas de voussure précordiale. A la palpation on constate un frémissement manifeste, un véritable *thrill* localisé à la partie supérieure du sternum à gauche, au niveau du second espace intercostal correspondant.

C'est l'*auscultation* qui fournit les signes les plus importants : à la base du cœur, vers le bord gauche du sternum, à un ou deux centimètres en dehors, on perçoit un souffle,

qui se propage du second espace intercostal vers la clavicule. Ce souffle à l'entrée de la malade, n'était pas exactement systolique, mais plutôt postsystolique, couvrant le petit silence pour aboutir et se terminer au second temps. Cela n'a duré que quelques jours; maintenant il est nettement systolique et même légèrement présystolique. Il se propage surtout vers la clavicule gauche et il présente une réelle intensité. Ce n'est pas qu'on ne l'entende aussi vers l'aisselle, à la pointe et même sur le bord droit du sternum, mais son foyer véritable, son maximum se trouve au point indiqué : à un ou deux centimètres du bord gauche du sternum, dans le second espace. De ce point, il se propage avec force vers la clavicule correspondante. C'est au même niveau que se constate le thrill signalé déjà, thrill également systolique, traduction au doigt du souffle perçu par l'oreille.

Ce souffle se propage encore dans la fosse sus-épineuse gauche, et l'on peut se demander si cette propagation lointaine n'est pas due à l'existence d'un certain degré d'induration tuberculeuse du sommet du poumon. On sait que la tuberculose est une des conséquences fréquentes du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Il s'agit donc d'une lésion grave, bien localisée, presque uniquement révélée par l'auscultation. En effet, il n'existe presque rien en fait de phénomènes subjectifs ou objectifs, en dehors des données de l'auscultation cardiaque. Des palpitations et de l'essoufflement après des efforts, la course, en particulier, les lèvres un peu bleuâtres, les mains facilement froides et violacées, et c'est tout. Il faut relever, de plus, une certaine tendance au nervosisme, des attaques hystériques incomplètes, un point ovarien gauche.

Peut-on préciser plus encore, et distinguer à quelle variété de rétrécissement pulmonaire on a affaire?

Suivant la localisation du rétrécissement au-dessous des valvules, à leur niveau ou au delà, on peut constater des souffles présystoliques, systoliques ou postsystoliques.

Dans la thèse de Vimont (1812), il est cité un fait de Dittrich dans lequel le souffle était présystolique; un fait de Constantin Paul, dans lequel il était postsystolique. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un rétrécissement en aval des valvules sigmoïdes, causé par la présence d'un anévrysme du tronc de l'artère qui avait amené, de plus, un rétrécissement de ses deux branches à leur origine. Vulpian et Rendu ont signalé aussi l'existence d'un souffle postsystolique dans le rétrécissement pulmonaire.

Le fait de Rendu est particulièrement intéressant. Un jeune homme de dix-neuf ans, d'une pâleur extrême, grand, bien conformé cependant, présentait depuis sa première enfance de l'essoufflement facile. A l'auscultation, on trouvait, au foyer de l'artère pulmonaire, un souffle postsystolique et même diastolique qui se propageait nettement vers la clavicule gauche. La mort fut amenée par une néphrite à forme typhoïde. A l'autopsie on trouva le cœur droit hypertrophié, très augmenté de volume; le cœur gauche, au contraire, atrophié, était comme un appendice accolé au cœur droit. Les proportions habituelles dans l'hypertrophie du cœur étaient aussi renversées. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement de l'orifice pulmonaire causé par la soudure des valvules. L'orifice n'était plus représenté que par un petit pertuis, précédé d'une sorte de dôme à concavité inférieure. L'artère, atteinte d'endartérite végétante, était elle-même rétrécie sur tout son trajet. Cette disposition anatomique était évidemment de nature à expliquer la localisation dans le temps des bruits, perçus pendant la vie. Il y avait encore, chez ce jeune homme, une modification qui doit attirer l'attention, parce qu'elle peut expliquer certaines particularités de l'observation : l'aorte et les branches qui en émanent étaient manifestement rétrécies. C'est la lésion signalée par Virchow dans la chlorose. Ce rétrécissement permet de comprendre pourquoi ce jeune homme présentait une *pâleur* si grande, peu en rapport avec la tendance à la cyanose que l'on observe assez souvent, lorsqu'il existe un rétrécissement pulmonaire.

Dans des cas semblables il se pose toujours une question intéressante : s'agit-il d'une lésion congénitale ou acquise? C'est un problème bien difficile, impossible même à résoudre dans bon nombre de cas. Il est facile de s'en convaincre en parcourant les observations publiées.

L'argument invoqué en faveur d'un rétrécissement congénital, c'est surtout l'existence *depuis l'enfance* de phénomènes particuliers :

La cyanose;

La dyspnée facile, les palpitations;

Le refroidissement des extrémités;

La tendance à la somnolence, le peu de vivacité de l'intelligence;

La tendance facile aux hémorrhagies, surtout aux épistaxis.

Réunis, observés depuis l'enfance, ces phénomènes ont une très grande valeur. On peut affirmer qu'ils dérivent d'un rétrécissement pulmonaire congénital; mais ils peuvent se montrer isolément et même manquer complètement.

La *cyanose* est un des symptômes auxquels on a attribué le plus d'importance au point de vue du diagnostic d'une lésion congénitale de l'artère pulmonaire.

La jeune fille, observée en ce moment par M. Grancher, ne présente qu'un très faible degré de cyanose, manifeste seulement après un certain exercice musculaire, surtout après une marche rapide; mais on a vu des enfants atteints d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, congénital, très accentué, démontré plus tard par l'autopsie, ne présenter que de l'essoufflement sans cyanose après une course ou un refroidissement.

Le malade de Rendu n'avait pas de cyanose; il était au contraire remarquablement pâle. Cela doit s'expliquer, par le rétrécissement parallèle de son système aortique et de l'artère pulmonaire. L'équilibre, de cette façon, n'était pas rompu entre le cœur droit et le cœur gauche, entre les deux circulations, parce que les deux canalisations artérielles étaient simultanément rétrécies. La cyanose paraît résulter surtout de la rupture d'équilibre circulatoire.

On l'a attribuée à tort au mélange des deux sangs. Des observations très nettes prouvent que ce mélange peut se faire dans de larges proportions sans amener de cyanose. Dans un cas de Buschet, l'artère sous-clavière gauche naissait de l'artère pulmonaire : pas de cyanose dans le bras correspondant. Dans un cas de Bouillaud, la cloison interventriculaire manquait totalement : chez un homme de trente-sept ans; pas de cyanose généralisée. Quant aux cas dans lesquels le trou de Botal était largement béant sans cyanose, ils sont relativement nombreux.

La cyanose n'est du reste pas l'apanage exclusif du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Loubeau, dans sa thèse (1882), a rapporté l'observation d'un homme adulte, chez lequel il y avait une dilatation veineuse considérable des veines des membres inférieurs, du tronc et de la face. C'était, en quelque sorte, la stase de la cyanose poussée à

l'extrême. A l'autopsie, on découvrit un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire, avec hypertrophie marquée du ventricule droit. Il s'agissait certainement d'un rétrécissement *acquis*. Contrairement à ce que l'on a vu dans le cas de Rendu, le système aortique présentait son calibre normal; de là cette rupture d'équilibre entre les deux circulations, à laquelle on doit attribuer un rôle important dans la pathogénie de la cyanose.

Ce symptôme, le plus important, le plus significatif de ceux qui ont été énumérés, n'a donc qu'une valeur relative, et le diagnostic de l'origine congénitale de la lésion ne présente que de simples probabilités. Le problème est rendu plus complexe encore par ce fait que de l'endocardite peut se greffer sur un rétrécissement congénital, ainsi qu'en témoigne une observation très nette de M. Cadet de Gassicourt.

La mort prématurée peut être, jusqu'à un certain point, invoquée à l'appui du diagnostic d'une lésion congénitale. En effet, d'après un relevé de Peacock, qui porte sur un grand nombre de cas, les enfants atteints d'un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire ne dépassent guère treize ans, en moyenne; c'est pour eux l'âge fatal. La jeune fille du service de M. Grancher a quatorze ans et demi. Elle est donc encore peu éloignée de la période dangereuse.

Son âge ne peut guère être invoqué en faveur d'une lésion acquise. Du reste, on a vu des individus atteints d'une lésion congénitale dépasser notablement la limite de treize à quatorze ans et atteindre même l'âge adulte. Dans quelques cas, il s'agissait de malformations dont l'origine congénitale ne pouvait pas être contestée.

Pour prendre un exemple : un malade de Bayle succomba à dix-huit ans et demi; chez lui, l'artère pulmonaire manquait; ses deux branches s'inséraient directement au voisinage de la cloison des oreillettes.

La jeune fille du service du professeur Grancher ne présente aucune des anomalies parfois signalées chez les individus atteints de malformations congénitales du cœur (bec de lièvre, segmentation du lobule de l'oreille, etc.). Elle est bien conformée, n'ayant nullement la tendance à la somnolence et la torpeur d'esprit souvent relevées chez les malades de cet ordre.

Peut-on décider s'il existe chez elle une persistance du trou de Botal? Cette persistance se traduit parfois par un souffle situé en arrière du sternum. Rien de pareil chez elle. Du reste, le trou de Botal peut persister sans que rien trahisse au dehors sa béance anomale.

Bien qu'il faille, sans doute, admettre chez elle un rétrécissement congénital, on voit combien les signes de cette origine fœtale prêtent à contestation. Elle est, en tout cas, sûrement atteinte d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire : le souffle spécial qu'elle présente, le thrill perçu au même niveau sont caractéristiques.

Un souffle analogue peut être causé par une compression exercée par une tumeur du médiastin sur le tronc de l'artère pulmonaire; rien n'indique qu'il s'agisse ici de quelque chose de semblable.

Au même foyer d'auscultation, avec une intensité moindre et une propagation claviculaire moins étendue, sans thrill concomitant, on peut rencontrer le souffle anémique signalé par M. Constantin Paul et dénommé par lui souffle anémo-spasmodique. Il est très fréquent dans les anémies, dans la chlorose surtout.

Pour M. Constantin Paul, qui a eu le réel mérite de le distinguer et de lui attribuer sa véritable valeur clinique, il se passe dans l'artère elle-même. Pour M. le professeur Potain, il est extra-cardiaque. Quoi qu'il en soit, son existence est très réelle, sa signification bien nette.

Il ne peut pas en être question ici; il ne s'agit certainement pas d'un souffle d'anémie. Le thrill si marqué, l'intensité, la rudesse si grandes du souffle, sa propagation claviculaire si nette indiquent, à n'en pas douter, une lésion organique qui ne peut être, dans l'espèce, qu'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, dont le pronostic est fort grave, et contre leque., malheureusement, les ressources thérapeutiques peuvent être considérées comme nulles.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS (1)

Par M. le professeur A. Fournier.

III

HOSPITALISATION. — TRAITEMENT.

Ce n'est pas seulement sur des mesures de répression administrative et de surveillance policière que repose la prophylaxie publique de la syphilis. Elle réside aussi, et non moins sûrement, dans un ensemble de moyens qui ont pour visée d'attaquer *médicalement* la maladie, de traiter, d'hospitaliser, de guérir les malades, et, conséquemment, de raréfier, d'épuiser les germes de contamination.

Sur le principe et l'efficacité des moyens de cet ordre, pas de discussion possible. Nous pourrons donc être bref, et nous borner, presque sans commentaires, à énoncer les quelques réformes ou innovations qu'il nous a semblé utile d'introduire dans le système actuel de traitement hospitalier de la syphilis.

Certes on a beaucoup fait, et fait d'excellentes choses, en ce sens, depuis quelques années. Cependant, tout n'est pas encore pour le mieux; et voici les dispositions que, sur ce paragraphe, votre Commission a l'honneur de vous soumettre.

« I. — Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

II. — Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte. »

De toute évidence, Messieurs, ce qu'on peut faire de plus utile pour diminuer le nombre des contaminations syphilitiques, c'est d'hospitaliser tout malade affecté de lésions contagieuses, de façon à lui enlever la possibilité même de transmettre la contagion. Exemple : Une femme syphilitique, hospitalisée aujourd'hui, je suppose, à Lourcine, ne transmettra pas la maladie dont elle est atteinte, tandis que ce soir, pour manger et pour payer son logement, elle n'eût guère manqué de transmettre la syphilis à un homme, si ce n'est même à plusieurs.

Hospitaliser la syphilis dans ses formes contagieuses, c'est la rendre inoffensive. Voilà le salut.

Il faut donc qu'en tout temps le nombre des lits dont dispose l'Assistance publique pour le traitement de la syphilis soit égal, si ce n'est supérieur, aux demandes d'admission. Question d'argent, sacrifices pécuniaires, mais sacrifices devant lesquels, croyons-nous, il n'est pas à reculer, car c'est là, répétons-le encore, le moyen, le vrai moyen de nous débarrasser de la syphilis dans la mesure du possible, du pratique, du réalisable. — Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, que les dépenses d'aujourd'hui constitueront une économie pour l'avenir, en diminuant le nombre des sujets contaminés.

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 581.

Or, d'après les renseignements reçus par votre Commission, le nombre des lits affectés aujourd'hui au traitement de la syphilis est certainement de beaucoup inférieur aux besoins actuels. Mais dans quelle proportion exactement ce nombre devrait-il être augmenté ? C'est là ce que pourrait seulement préciser une enquête administrative et une enquête soigneusement faite pendant un certain temps. C'est donc cette enquête que nous réclamons tout d'abord.

En second lieu, votre Commission estime que l'augmentation du nombre de lits affectés au traitement de la syphilis doit se faire, non pas, comme on l'a quelquefois proposé, par la création de services spéciaux annexés aux hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux *spéciaux*, nous entendons exclusivement consacrés aux affections vénériennes.

Il est à cela une raison qu'à l'avance vous avez saisie. Chacun sait, en effet, que les services spéciaux ont souvent un public que, par euphémisme, j'appellerai douteux ou mêlé. A côté de gens très honorables il n'est pas rare d'y rencontrer de mauvais drôles, des débauchés, des dépravés, des habitués de maisons de tolérance, si ce n'est pis encore. Un tel voisinage doit être évité. *A fortiori* doit-il être évité dans les hôpitaux de femmes. Il ne convient pas que l'honnête femme d'un ouvrier, qui est venue se faire traiter à l'hôpital d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde, soit exposée à faire société dans les salles ou dans les promenoirs avec une fille perdue, une rôdeuse de barrières, ou, ce qui est plus dangereux encore et ce qui se rencontre si fréquemment à Lourcine, avec une de ces « embaucheuses » qui pratiquent le recrutement pour les brasseries, les débits de vins, les maisons de passe, etc.

Enfin, votre Commission a émis le vœu que ces nouveaux hôpitaux fussent placés hors des murs d'enceinte, et cela au double point de vue des conditions d'hygiène et des considérations d'économie budgétaire.

« III. — Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

IV. — Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes. »

Faciliter aux malades le traitement de leur maladie, telle est la seule mais pratique visée de ces deux derniers articles.

Il est manifeste, en effet, que si un ouvrier habitant Vincennes ou Grenelle, je suppose, a besoin, pour venir chercher à Saint-Louis une consultation et des médicaments gratuits, de traverser tout Paris, cette obligation constitue pour lui une lourde charge, qui lui coûte pour le moins une demi-journée de son travail. Donc, le plus tôt que cela lui sera possible, il délaissera son traitement, et conséquemment conservera une maladie qu'il restera de plus exposé à transmettre. Tandis que s'il trouve à sa porte, c'est-à-dire dans un hôpital de son quartier, les mêmes moyens de traitement, il profitera bien plus volontiers des facilités qui lui seront offertes pour se guérir.

« V. — Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central ;

2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou chirurgiens titulaires ;

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice. »

Ce dernier paragraphe, qui peut vous étonner au premier abord, demande quelques explications.

Il résulte de renseignements qui sont venus à la connaissance de votre Commission, que la consultation externe des hôpitaux spéciaux n'est pas toujours ce qu'elle devrait être. Nous avons regret à dire, mais nous devons dire que cette consultation a été parfois abandonnée par le chef de service à son interne, lequel s'en déchargeait en partie sur les externes. — D'autres fois, paraît-il, on se borne, le jour de la consultation, à ce qu'on appelle une « petite visite », visite hâtive, brusquée, sommaire, où l'on n'examine que des malades les plus urgents.

Ce sont là, en toute évidence, des abus ou des accommodements regrettables avec les devoirs hospitaliers.

Or, comme les forces humaines ont leurs limites, comme l'on ne saurait exiger qu'un médecin, après avoir fait une longue visite dans ses salles, assume encore la lourde charge d'une consultation qui peut s'élever à une centaine de malades ou même (comme à Saint-Louis, par exemple) jusqu'à deux cents, trois cents et trois cent cinquante malades, votre Commission a cherché le moyen de concilier les exigences des services hospitaliers avec la somme de labeur qu'on peut raisonnablement réclamer d'un médecin. Elle a cru trouver ce moyen dans la division du travail, et s'est arrêtée conséquemment à la résolution suivante :

Confier la consultation externe à un médecin ou à un chirurgien du Bureau central, pour tous les malades ne réclamant pas leur admission dans l'hôpital ; — et réserver aux médecins ou chirurgiens titulaires les seuls malades qui sollicitent leur admission.

Déchargés ainsi de la plus lourde besogne, les médecins ou chirurgiens titulaires disposeraient de plus de temps, soit pour un recrutement judicieux des malades auxquels l'hospitalisation est nécessaire, soit pour les consultations à donner à ceux qu'ils jugeraient susceptibles d'être traités au dehors.

Enfin, si votre Commission a spécifié que les fonctions de médecin ou de chirurgien chargé de la consultation externe dans les hôpitaux spéciaux auraient une durée minima de cinq années, c'est qu'elle a voulu éviter par là un inconvénient pratique déjà maintes fois signalé pour les hôpitaux de ce genre. Trop souvent on ne vient faire qu'une apparition éphémère dans les hôpitaux spéciaux, comme pour prendre l'air de la maison, puis on les déserte, après un apprentissage sommaire de la spécialité. L'intérêt des malades exige, croyons-nous, un plus long stage dans les hôpitaux en question, et c'est là ce que vise la réforme proposée par votre Commission.

VI. — Enfin, en ce qui concerne la province, où règnent encore les vieux préjugés qui assimilent les vénériens à des coupables et les frappent d'ostracisme, les réformes et les créations hospitalières s'imposent avec une urgence encore supérieure.

Il est venu à notre connaissance que, dans plusieurs de nos départements, les vénériens de l'un ou l'autre sexe ou bien ne sont pas admis dans les hôpitaux faute de places ou faute de services spéciaux, ou bien n'y sont admis que pour être relégués dans des réduits immondes, mal éclairés, mal aérés, insalubres, infects (1).

De telles offenses à l'humanité et au bon sens ne sont pas tolérables. Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'émettre le vœu suivant :

« Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes ; — et les locaux affectés à cedit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. »

IV

RÉFORMES DANS L'ENSEIGNEMENT.

Votre Commission a la conviction profonde qu'un des meilleurs moyens de lutter contre la syphilis et d'en diminuer la dissémination, c'est d'apprendre aux jeunes générations médicales, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, à connaître cette grande maladie, à la dépister sous ses formes diverses, à la traiter, à la guérir.

Or, il faut bien en convenir, dans l'état de choses actuel, la syphilis est peu connue des médecins. Elle n'est réellement connue que de ceux, en petit nombre, qui ont été attachés comme internes, comme externes ou comme stagiaires, aux quelques services spéciaux de la capitale ou des grandes villes de province. Combien

(1) V. *Prophylaxie internationale des maladies vénériennes*, par MM. Crocq (de Bruxelles) et Rollet (de Lyon), 1867, p. 56.

d'étudiants achèvent leurs études et passent leur thèse sans avoir mis le pied dans ces hôpitaux spéciaux autrement que pour une ou quelques visites de curiosité! Dans les examens de l'École, combien il est rare que les candidats soient interrogés sur la syphilis! On évite même cet ordre de questions « spéciales », pour ne pas embarrasser les élèves, voire les bons élèves, qui peuvent avoir fait des études consciencieuses dans les hôpitaux généraux sans avoir eu l'occasion ou le loisir d'apprendre la syphilis.

Conséquence : le plus grand nombre des étudiants se lancent dans la pratique en n'emportant des bancs de l'école que des connaissances superficielles, élémentaires, rudimentaires, sur les affections vénériennes en général et la syphilis en particulier.

Et alors, conséquence de la conséquence, les erreurs pullulent en pratique. C'est là ce qui explique comment on a vu (et les exemples n'en seraient que trop faciles et trop nombreux à citer) des médecins se méprendre sur le chancre, le confondre avec ceci ou cela; — se méprendre sur la plaque muqueuse ou telle autre manifestation spécifique; — confier des enfants dûment syphilitiques à des nourrices saines, ou inversement; — juger la syphilis guérie après quelques *mois*, voire quelques semaines de traitement; — accorder la liberté du mariage à des sujets syphilitiques non guéris; d'où ces faits si communs de femmes mariées infectées dans le mariage, de fausses couches multiples, d'enfants qui ne naissent que pour mourir ou infecter leurs nourrices, etc.

A coup sûr, et la contradiction n'est pas à craindre sur ce point, quantité de ces déplorables erreurs auraient pu être évitées par une éducation plus complète, — disons mieux, moins rudimentaire, — sur l'importante maladie qui comporte à la fois et tant de dangers individuels et tant de conséquences sociales.

Aussi votre Commission a-t-elle pris à tâche de rechercher quels pourraient être les moyens capables de développer parmi les jeunes générations médicales les connaissances syphiliographiques qui sont indispensables aux praticiens, en utilisant, dans ce but, toutes les ressources hospitalières dont nous pouvons disposer.

Et ces moyens, elle a cru les trouver dans une série de mesures, de réformes ou d'innovations que je dois maintenant vous soumettre.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antipyrine.

Par M. le docteur C.-H. Durtal.

On sait, depuis les travaux de M. le docteur Henri Huchard, que l'antipyrine a une action certaine contre les manifestations fébriles de la phthisie pulmonaire, et qu'elle jouit d'un pouvoir réfrigérant et passager fort utile dans les fièvres et le rhumatisme fébrile.

L'antipyrine n'est pas seulement un puissant antithermique, mais encore un des médicaments les plus actifs contre la douleur. Dans son importante communication à l'Académie des sciences (séance du 18 avril 1887), M. le professeur Germain Sée fait remarquer que, pour se rendre compte des propriétés analgésiques remarquables de l'antipyrine, il suffit de l'employer contre ce genre d'affections rhumatismales ou goutteuses qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou, mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. « Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose, pendant une semaine environ.

Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs; l'antipyrine, à la dose de 4 à 6 grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage. »

Pour faciliter l'emploi de ce nouveau médicament, le docteur Clin a préparé une *Solution* d'un dosage rigoureusement exact, contenant 1 gramme d'antipyrine pure par cuillerée à bouche, et 25 centigrammes par cuillerée à café.

La Solution d'antipyrine du docteur Clin est très bien supportée, même par les malades les plus affaiblis, et, en raison de son goût agréable, elle peut être prise pure, dans un peu d'eau ou dans une infusion aromatique.

C'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit son maximum d'action. M. G. Sée a vu des névralgies faciales, des migraines anciennes et répétées, des céphalées dues à la croissance ou à d'autres causes, guéries en quelques heures à l'aide de 2 grammes d'antipyrine.

Le savant clinicien cite de nombreuses affections contre lesquelles l'antipyrine produit les plus heureux résultats : névralgies, névrites, lumbagos, etc., enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées et des fatigues musculaires douloureuses telles qu'on les observe si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques : « Il me reste à mentionner, ajoute-t-il, un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives; je veux parler des maladies de cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques, qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques, sous l'influence répétée de 4 à 5 grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de Solution.

Les expérimentations physiologiques ont confirmé toutes les données de l'observation clinique : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexes chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisation malade, sans trouble, ni dans le rythme du cœur, ni dans la force de la circulation.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur. »

La véritable Solution d'antipyrine du docteur Clin réunit toutes les conditions désirables pour l'emploi de ce médicament.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Albert Robin comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La correspondance comprend, en outre :

1° Des lettres de MM. Pitres (de Bordeaux), Vaslin (d'Angers), Gimbert (de Cannes), Barnsby (de Tours), Engel (de Montpellier), qui sollicitent le titre de correspondant national;

2° Une lettre de M. le professeur Henri Leloir, sur la propagation extrêmement rapide de la syphilis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par suite de l'établissement d'une quantité progressivement croissante de cabarets à femmes qui, en réalité, sont des lieux de prostitution clandestine.

LECTURE

Inhalations et pulvérisations aromatiques gazeuses et antiseptiques ozonées. — **M. Huguet** (de Vars) lit une note sur des procédés inventés par lui à cet effet.

RAPPORT

Prophylaxie de la syphilis. — M. A. FOURNIER lit la suite de son rapport sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 591.)

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aux noms des candidats à la place vacante à l'Académie des sciences, dans la section de médecine et chirurgie, par suite de la mort de M. Gosselin, nous devons ajouter celui de M. le professeur Cornil, qui a fait acte de candidature dans la séance d'avant-hier lundi.

Aussitôt après cette séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture des rapports de la Commission sur les titres des cinq candidats, dont la liste a été dressée dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Verneuil ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Cornil, Guyon, Lannelongue et Trélat. — L'élection aura lieu lundi prochain.

— Par décret, en date du 10 juin 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : M. le médecin aide-major de deuxième classe, Lochard.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : M. Loirot, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième clrsse* : MM. Jeannel et Labat, professeurs de clinique à l'école de médecine de Toulouse.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Massonié, Dulion, Soueix, Gard et Ducassé.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe* : M. Picot, professeur de clinique à la Faculté de médecine do Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie de la Faculté des sciences de Paris, est déclarée vacante.

— La deuxième épreuve du concours du Bureau central de médecine s'est terminée vendredi. Les dernières questions traitées ont été les suivantes : 1° diagnostic de la chlorose; 2° diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale; 3° diagnostic différentiel du cancer de l'estomac; 4° cholécystite.

Les candidats admis à subir la troisième épreuve (consultation écrite sur des malades à l'hôpital), au nombre de seize, sont, par ordre alphabétique :

MM. Béclère, Delpeuch, Dreyfous, Gauchas, Havage, Hirtz (Hipp.); Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Leroux (Henri), Marie, Martin (Hipp.); Mathieu, Netter, Petit (André) et Siredey.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A. Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 29 juin 1887, et clos le mardi 19 juillet 1887, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année, les mercredi 29, jeudi 30 juin, vendredi 1er et samedi 2 juillet 1887;

2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 juillet 1887;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), deuxième, troisième et quatrième années (officiat), les mercredi 13, vendredi 15, samedi 16, lundi 18 et mardi 19 juillet 1887.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté: il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 12 juillet 1887.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe, pendant le troisième trimestre 1886-1887. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription (doctorat) et de la cinquième (officiat); il se co ntinue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé ;

1er trimestre,	novembre et décembre.	56 jours
2e —	janvier, février et mars.	86 —
3e —	avril, mai et juin.	86 —
4e —	juillet à octobre inclusivement. . .	56 —

Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

B. *Consignations.* — Les élèves ajournés à la session de novembre 1886, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat) devront consigner les mercredi 15 et jeudi 16 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen, du 27 juin au 2 juillet.

Les élèves de première année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 22 et jeudi 23 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 29 juin au 2 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 4 juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves pourvus de 16 inscriptions et n'ayant pas subi le premier examen de doctorat, pourront consigner jusqu'au jeudi 23 juin.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

— Le conseil supérieur de santé de la marine vient de décerner le prix Blache, à MM. les professeurs Bertrand et Fontan, auteurs d'un travail intitulé : *De l'entérocolite chronique épidémique des pays chauds.*

— M. le docteur Duperron, conservateur, a été élu, le 12 juin 1887, membre du Conseil général du département de l'Orne, pour le canton de Gacé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castel (J.-T.), aide-major de deuxième classe, décédé au Tonkin, Rossignol (de Lavaur) et Véret (de Doullens).

— M. Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique dimanche prochain, 19 juin 1887, aux environs de Crécy. Le rendez-vous est à la gare de l'Est, où l'on prendra, à six heures et demie du matin, le train pour Esbly. On sera rentré à Paris à sept heures du soir. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place, avant samedi soir à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21310

N° 75. — SAMEDI 18 JUIN 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 18 JUIN 1887. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Sclérose latérale amyotrophique.

Par M. le docteur Antoine Florand, ancien interne des hôpitaux.

I

L'histoire de la sclérose latérale amyotrophique est de date relativement récente. C'est, en effet, en 1872, que M. le professeur Charcot donnait le premier les raisons qui permettaient de la séparer de l'atrophie musculaire protopathique. En 1874, il traçait dans ses leçons les principaux traits de l'histoire anatomique et clinique de cette affection. En 1877, il inspirait la thèse de Gombault et, enfin, tout récemment, en 1885, à propos de deux nouvelles observations, il insistait de nouveau, dans un travail fait en collaboration avec M. Marie, sur certaines particularités que peut présenter cette maladie. Tous les auteurs qui, depuis cette époque, ont parlé de la sclérose latérale ont dû s'inspirer de ses travaux et prendre, comme point de départ, la description schématique mais parfaite qu'il en avait donnée. C'est en vain que Leyden a cherché à réagir contre la création de cette variété nosographique. M. Charcot est arrivé facilement à réfuter les objections du médecin allemand, et les observations, qui deviennent plus nombreuses depuis que l'on connaît mieux cette maladie et surtout ses formes atténuées, viennent encore confirmer l'opinion de M. Charcot et justifier sa division.

Il s'est d'ailleurs opéré une véritable révolution dans le cadre des atrophies musculaires, au point de vue de leur division et de leur classification. Au premier abord la chose avait paru simple et facile. L'atrophie musculaire progressive à marche chronique comprenait deux variétés principales. L'une, que l'on croyait toujours pouvoir rapporter à une lésion des cornes antérieures de la moelle et qui sévissait principalement sur l'adulte, quelquefois sur l'enfant, avait reçu le nom d'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne. L'autre, n'atteignant que l'enfance et ne pouvant se rapporter qu'à une lésion musculaire primitive, était constituée par la paralysie pseudo-hypertrophique ou myosclérosique de Duchenne.

Ainsi que nous l'avons dit, Charcot sépara, de l'atrophie musculaire myélopathique, la sclérose latérale amyotrophique, et, en 1883, Landouzy et Déjerine montrèrent, en apportant de nombreuses observations à l'appui, que l'on devait distraire également, du type Aran-Duchenne, tous les cas d'atrophie musculaire ayant débuté dans l'enfance, pour en faire une catégorie spéciale, parmi non plus les myélopathies, mais bien les myopathies. En somme deux grandes classes, l'une, comprenant deux affections myélopathiques : l'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne et la sclérose latérale amyotrophique de Charcot; l'autre, comprenant deux affections d'origine myopathique : l'atrophie infantile héréditaire de Duchenne (myopathie atrophique progressive de Landouzy-Déjerine) et la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne. Nous ne donnons bien entendu que les divisions principales, celles qui méritent d'être conservées et dans lesquelles on peut faire rentrer tous les types divers que l'on a cherché à créer (formes de Leyden-Möbius, forme juvénile d'Erb, etc.). Pour rendre cette classification encore plus simple, il restait à chercher et à montrer quels traits unissent entre elles les diverses myopathies d'une part, les atrophies myélopathiques d'autre part. Marie a tenté de résoudre le premier de ces deux problèmes (in *Revue de Médecine* 1886), Vulpian (1) et M. Déjerine (2) avaient tenté de réaliser le second. Nous avons cherché à les suivre dans cette voie, en rattachant, d'une part, la paralysie labio-glosso-laryngée à la sclérose latérale amyotrophique et en faisant de cette entité morbide une des formes de la sclérose latérale; et en montrant, d'autre part, par l'étude des formes atténuées de cette affection, que bon nombre de cas d'atrophie musculaire myélopathique pouvaient être considérés comme des types incomplets de sclérose latérale.

Il est bon d'ajouter aux noms que nous avons déjà cités ceux de Kahler et Pick (3) et de Kojewnikoff (4) qui ont également constaté l'altération des cellules pyramidales de l'écorce, ceux de Seeligmüller et W. Erb (5), qui ont signalé

(1) Vulpian, *Maladies de la moelle*, t. II.
(2) Déjerine, *Archives de physiologie* (août 1883).
(3) Kahler et Pick, *In Centralblatt*, 1880.
(4) Kojewnikoff, *Archives de Neurologie*, 1883-1886.
(5) W. Erb, *Handbuch d. speciellen Pathol.*, 1878. — Indications générales : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1874; *Leçons sur les localisations*, 1874-1880; *Archives de Neurologie*, 1885. Gombault, *Thèse* 1877, *sur la sclérose latérale*. Duchenne, *Électrisation localisée*, 1872.

le développement de la sclérose latérale amyotrophique dans la première enfance.

II

Anatomie pathologique. — La sclérose latérale amyotrophique peut être considérée comme une affection primitive et distincte du faisceau pyramidal, portant soit sur toute l'étendue de ce faisceau, soit sur l'une quelconque de ses parties. Le faisceau pyramidal est ce long cordon de fibres nerveuses qui va des grandes cellules pyramidales de la zone motrice de l'écorce cérébrale aux cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, cellules pouvant, bien entendu, être considérées comme faisant, elles aussi, partie intégrante du faisceau. Chez l'adulte, il ne présente à l'état normal aucune ligne de démarcation appréciable du reste des cordons antéro-latéraux et des autres parties qu'il traverse. Son mode de développement et son anatomie pathologique spéciale permettent seuls de le distinguer et de le décrire. Il occupe, dans la moelle, la moitié postérieure environ du cordon latéral (faisceaux pyramidaux croisés) et la portion interne des cordons antérieurs (faisceaux pyramidaux directs de Turck).

Il est formé, à ce niveau, par des fibres à direction parallèle, qui semblent s'arrêter successivement en chemin dans la substance grise antérieure où elles entrent probablement en rapport avec les grandes cellules motrices. Le nombre des fibres diminue de haut en bas. Celles qui constituent la partie antérieure du faisceau s'arrêtent, en général, à la région lombaire.

Au niveau du bulbe, on retrouve le faisceau pyramidal réuni en deux cordons bien distincts, connus sous le nom de pyramides antérieures. C'est chacune de ces pyramides qui donne naissance à un faisceau direct et à un faisceau croisé, sur la disposition desquels nous venons d'insister, par suite d'une demi-décussation, connue sous le nom d'entre-croisement des pyramides.

Dans la protubérance, les fibres du faisceau pyramidal s'entrecroisent avec les fibres protubérantielles proprement dites.

Le faisceau se reconstitue dans les pédoncules, et occupe environ les deux quarts moyens de l'étage inférieur de ceux-ci.

Dans la capsule interne, le faisceau pyramidal occuperait, pour Flechsig, les deux tiers antérieurs ou même la partie moyenne du segment postérieur de cette capsule. Pour Parrot, le genou et le segment antérieur de la capsule sont composés, pour une certaine part du moins, des éléments conducteurs de ce faisceau. Arrivées dans le centre ovale, les fibres qui le constituent se dissocient. Une portion reste cohérente et s'en va vers l'extrémité supérieure des circonvolutions de la zone motrice (lobule paracentral, frontale et pariétale ascendantes). Pour Parrot, le faisceau pyramidal aurait deux centres de formation : l'un, premier par l'âge, situé dans un point quelconque des noyaux centraux; l'autre, dans la substance grise des circonvolutions rolandiques.

Le faisceau pyramidal serait ainsi une grande commissure, établissant des relations fonctionnelles entre le cerveau et la moelle, ne contractant que des rapports de contiguïté avec les parties qu'il traverse.

Au point de vue physiologique, il sert à la transmission des incitations volontaires et c'est par son intermédiaire, par conséquent, que s'exerce l'influence modératrice du cerveau sur les actes réflexes.

Les lésions anatomiques pourront, suivant les cas, occuper une partie ou la totalité de ce faisceau.

Au niveau des circonvolutions motrices, on constate quelquefois une certaine atrophie de ces circonvolutions, la disparition des cellules nerveuses par dégénérescence pigmentaire sous forme de *corps granuleux* dans la substance blanche et la disparition totale ou la diminution des grandes cellules pyramidales de l'écorce. Ces lésions, de même que celles analogues qui existent au niveau de la capsule interne, des pédoncules et de la protubérance, sont les plus inconstantes. Elles manquent dans bon nombre d'observations ou plutôt elles ne peuvent pas être trouvées, soit par suite de l'imperfection des méthodes histologiques en usage, soit parce qu'elles ont déjà disparu au moment de l'examen, soit parce qu'elles n'ont jamais existé. C'est là un point quelque peu obscur de l'anatomie pathologique sur lequel il y a certainement à revenir. Les fibres pédonculaires présentent souvent déjà un certain degré de sclérose.

Les lésions du bulbe sont à la fois plus précises et plus constantes, si tant est qu'elles peuvent faire défaut. Les cellules des cornes antérieures ont disparu en totalité ou en partie. Il existe une sclérose plus ou moins marquée des pyramides et de la dégénérescence avec pigmentation ou même une disparition totale ou partielle des cellules du noyau inférieur de l'hypoglosse et du noyau du facial. Même altération, mais inconstante et en tous cas à un degré moindre, des noyaux d'origine des nerfs mixtes et du trijumeau. Les fibres, qui partent de ces nerfs pour en constituer les racines, sont manifestement atrophiées.

Les lésions de la moelle sont encore plus accentuées et plus nettes. Elles portent principalement, et selon toute probabilité primitivement, sur les parties médullaires du faisceau pyramidal proprement dit, secondairement sur les grandes cellules des cornes antérieures.

Les faisceaux latéraux offrent, dans la partie de leur épaisseur qui correspond au faisceau pyramidal et quelquefois même au delà, une sclérose des mieux caractérisées. Celle-ci existe également au niveau des faisceaux de Turck, mais surtout dans la région cervicale. Au niveau des parties ainsi altérées, on trouve des corps granuleux; mais ceux-ci ne sont pas constants et leur nombre, considéré à des hauteurs différentes, est fort inégal. Les lésions semblent aller en s'atténuant à mesure que l'on descend vers la partie inférieure de la moelle.

Les grandes cellules des cornes antérieures sont altérées également à des degrés divers. Leur nombre est considérablement diminué. Celles qui persistent paraissent en voie d'atrophie. La névroglie qui les entoure a subi un degré plus ou moins prononcé de sclérose. Elle contient des corps granuleux en moins grande abondance que la substance blanche.

Les racines des nerfs rachidiens paraissent plus grêles qu'à l'état normal.

Les muscles offrent les lésions de l'atrophie simple. Souvent et surtout au niveau des muscles de la langue, il existe une augmentation notable des cellules adipeuses du tissu interstitiel.

III

Symptomatologie. — Les symptômes de la sclérose latérale amyotrophique identiques, au fond, dans tous les cas, peuvent constituer un ensemble très variable, suivant qu'ils se présentent plus ou moins intenses ou qu'ils se groupent

de différentes façons. C'est, d'ailleurs, en tenant compte de ces différences que l'on peut arriver à constituer des formes de la maladie et à lui rattacher non seulement la paralysie labio-glosso-laryngée, mais aussi et encore bon nombre de cas d'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne. Dans les cas à la fois les plus nets, les plus typiques et les plus simples, la sclérose latérale amyotrophique se traduit par des phénomènes de parésie progressive de certains muscles, suivie bientôt d'atrophie, et le plus souvent de contracture ou de phénomènes analogues.

Si nous supposons que la maladie a débuté par les membres supérieurs, ce qui est le cas le plus fréquent, on voit les phénomènes de parésie ou d'affaiblissement de ces membres, être précédés le plus souvent de sensations douloureuses siégeant au niveau des membres atteints. Avec la parésie proprement dite apparaissent d'abord des raideurs, puis de véritables contractures parfois douloureuses. Bientôt ou en même temps, on voit survenir de l'atrophie de certains muscles. En général, les réflexes sont exagérés et quelquefois même ils persistent malgré une atrophie musculaire considérable. Si la contracture augmente, les bras sont appliqués contre le thorax, l'avant-bras est en pronation et fléchi sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras et les doigts fléchis dans la main. Plus tard, quand l'atrophie a fait de grands progrès, elle fait disparaître totalement ou partiellement ces phénomènes de contracture. Malgré leur atrophie, les muscles conservent leur contractilité électrique. Ils sont le siège de secousses fibrillaires parfois très visibles, souvent douloureuses.

Les membres inférieurs sont, en général, atteints les derniers, mais l'affection peut débuter par eux ou, au contraire, entraîner la mort avant d'avoir pu les atteindre. Là, comme aux membres supérieurs, il existe d'abord de l'affaiblissement ou même une véritable parésie. En même temps se montre la contracture; d'abord, sous forme de spasmes, de raideurs passagères; puis, sous forme de contractures permanentes plus ou moins étendues. Assez souvent, la contracture des péroniers et des extenseurs du pied sur la jambe, met les pieds en varus équin. La marche devient, alors, ou très difficile ou même impossible, ou bien elle revêt un caractère spécial de marche spasmodique. Le plus souvent, le réflexe rotulien est exagéré. L'atrophie musculaire est en général moins accentuée qu'aux membres supérieurs. Les muscles du cou peuvent également s'affaiblir, se contracturer et s'atrophier, et il en résulte pour la tête des attitudes quelque peu différentes, suivant la prédominance de l'atrophie sur tel ou tel groupe de muscles. Le plus souvent, la tête s'incline vers le sternum, les mouvements spontanés sont difficiles ou impossibles et les mouvements provoqués douloureux.

En dehors des douleurs spontanées, au niveau des muscles atteints, il existe peu de troubles de sensibilité. Quelquefois, des douleurs provoquées par la pression, des fourmillements. Il n'y a pas d'anesthésie. Les sens sont intacts. La miction et la défécation sont normales; les troubles trophiques sont très rares. Il en est de même des troubles vaso-moteurs.

A une époque plus ou moins rapprochée du début, quelquefois en même temps que les phénomènes qui surviennent du côté des membres, quelquefois à la fin, plus souvent, peut-être, au début de la maladie, on voit apparaître les phénomènes bulbaires. Ceux-ci consistent, là comme aux membres, d'abord en phénomènes paralytiques, puis en troubles atrophiques. La contracture vraie est rare; elle est quelquefois remplacée par des phénomènes spasmodiques de même nature. On verra plus loin la raison que l'on peut donner de l'absence de ce symptôme, qui offre ailleurs une aussi grande importance et devient même parfois le phénomène prépondérant.

Les troubles bulbaires consistent tout d'abord en une gêne des mouvements des lèvres, de la langue et du gosier. La face prend un aspect pleurard ou atone, ou bien, au contraire, est le siège d'un rictus permanent. Parfois les rides s'accentuent, les yeux sont grand ouverts, les lèvres ne peuvent plus facilement ni siffler ni souffler. La bouche est quelquefois constamment entrouverte et laisse écouler la salive, qui peut être sécrétée en très grande abondance.

La langue, souvent atrophiée, a, dans tous les cas et avant tout, une assez grande difficulté à se mouvoir. On peut observer, à sa surface, quelques mousses fibrillaires. La déglutition et la mastication, d'abord gênées, peuvent devenir très difficiles. Les aliments liquides reviennent par le nez; et, pour avaler, le malade doit rejeter sa tête en arrière. La parole est lente, nasonnée, parfois saccadée.

Ces troubles vont en s'accentuant de plus en plus et peuvent, à un moment donné, se compliquer ou s'accompagner de troubles cardiaques capables d'entraîner la mort par syncope, de troubles dyspnéiques dus également aux lésions des origines du pneumogastrique, et, le plus souvent, le malade meurt ainsi, par asphyxie ou par arrêt du cœur, à moins que les troubles de déglutition n'entraînent sa mort par inanition.

On rencontre assez souvent, dès le début, alors qu'il n'existe qu'un léger degré de parésie, une exagération très marquée du réflexe du menton ou réflexe massétérin, ce qui constitue, dans l'espèce, un phénomène spasmodique de premier ordre. Dans certains cas, le malade n'est maître ni des rires ni de ses pleurs, et il ne peut que fort difficilement les retenir, lorsqu'il a commencé. Les muscles de la face sont parfois le siège de secousses passagères, tout à fait involontaires, qui font, sans motif aucun, grimacer le visage. Mais, nous le répétons, il est extrêmement rare qu'il existe, d'une façon très nette, une contracture permanente à ce niveau.

Il est évident, ainsi que nous le disions au début, que tous ces phénomènes peuvent être plus ou moins accentués, parfois passagers et momentanément absents; et il convient de revenir rapidement sur chacun d'eux, pour comprendre combien il peut exister de variétés différentes de la maladie, suivant le plus ou moins d intensité des divers symptômes, et aussi leur mode de groupement, très différent suivant les cas observés.

C'est seulement après cette étude plus approfondie, que nous pourrons chercher à esquisser les formes cliniques de la maladie, car il serait prématuré, étant donné le petit nombre d'observations de sclérose latérale, d'établir, dès à présent, des formes déterminées de cette affection.

IV

Phénomènes paralytiques. — La parésie des membres peut aller du simple affaiblissement à la paralysie complète. Rarement isolée, elle constitue cependant quelquefois, pendant un certain temps, le seul phénomène observé, surtout si l'on n'a pas eu soin de rechercher les manifestations, latentes parfois, de la contracture. Il convient de remarquer, surtout à la face, alors que l'atrophie survient, que l'on a

affaire à de la paralysie avec atrophie et non pas à de la paralysie par atrophie.

Elle se développe, en général, d'une façon symétrique, en commençant par les membres supérieurs. Parfois cependant elle affecte, dans son développement, le mode hémiplégique. Ce n'est jamais une paralysie flasque, dans le sens propre du mot.

Contracture. — Elle constitue le symptôme le plus variable de l'affection. Extrêmement prononcée et permanente dans les cas types, elle a quelquefois besoin, au contraire, d'être recherchée, avec le plus grand soin, dans les antécédents du malade. On doit, d'autres fois, se contenter de la présence de phénomènes qui peuvent lui être rattachés : tels que les raideurs, les crampes passagères, l'exagération des réflexes, le tremblement lui-même. On devra, dans tous les cas, ne pas confondre la rétraction tendineuse, qui produit une fausse contracture, avec la contracture vraie. La compression avec la bande élastique qui, comme on le sait, fait disparaître la contracture vraie, permettrait de lever tous les doutes.

Atrophie musculaire. — Phénomène plus constant, il survient parfois avec une extrême rapidité ; et l'on voit souvent parésie, atrophie et contracture marcher de pair et se développer en même temps. Elle suit, dans son évolution, la marche qui lui est assignée dans l'atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne.

Début le plus fréquent par les muscles de l'éminence thénar, atrophie semblant procéder faisceau par faisceau, peut-être fibre par fibre, précédée et accompagnée de mouvements fibrillaires très sensibles, quelquefois de douleurs sous forme d'élancement. Elle est parfois masquée par de l'adipose.

Elle envahit assez rapidement les muscles de l'épaule, puis les membres inférieurs, puis les muscles du cou, de la nuque, du thorax, du facial antérieur. Quand elle est très prononcée, elle peut faire disparaître partie ou totalité des phènomènes de contracture et même permettre au patient de récupérer, pour un temps en général assez court, l'usage de quelques mouvements.

Marche (1). — Au début, le pas est plus petit, la marche se ralentit, les pieds se détachent difficilement du sol. Plus tard, la longueur du pas diminue encore, les pieds sont plus écartés qu'à l'état normal. Vers la fin, le malade ne peut plus marcher sans aide. La marche est lente et pénible. Les pieds sont en varus équin et ne reposent sur le sol que par leur extrémité. A une période plus avancée, la marche devient totalement impossible.

Réflexes tendineux. — Leur exagération, combinée à la parésie et à l'atrophie, constitue un des signes les meilleurs et les plus constants de la sclérose latérale. En général, elle précède la contracture; elle l'accompagne toujours; enfin elle peut être le seul phénomène observé. Elle diminue avec les progrès de l'atrophie, et l'on peut même dire que la persistance des réflexes au niveau des membres très atrophiés constitue une exagération et, par suite, un phénomène spasmodique de grande valeur.

Nous avons vu quelle importance on pouvait, dans cet ordre d'idées, attacher à la présence du réflexe massétérin. On peut la rechercher en pressant, au moyen d'un abaisse-langue, sur les dents de la mâchoire inférieure, ou, tout simplement, en percutant avec le marteau la mâchoire de l'un ou de l'autre côté du menton.

(1) Gilles, *La marche dans les affections du système nerveux*, Thèse, 1886.

La contractilité électrique n'offre rien de bien intéressant à noter. Quand l'atrophie est très marquée, les muscles ne répondent plus aux courants faradiques. La réaction de dégénérescence existe au niveau de certains muscles ; mais il convient de ne pas accorder à ce phénomène l'importance que lui attribuent les Allemands.

Troubles bulbaires. — Nous les avons décrits longuement dans l'exposé général des symptômes ; mais il convient d'insister ici de nouveau sur l'importance qu'ils ont acquise relativement aux rapports intimes qu'ils affectent avec la sclérose latérale. Relégués au second plan dans les premières observations, ils semblent, au contraire, maintenant que l'on étudie et que l'on connaît mieux les faits, prendre une place prépondérante. Nous insistons plus loin sur les raisons qui permettent de faire rentrer les cas isolés de paralysie labio-glosso-laryngée dans la sclérose latérale ; mais nous pouvons dire, dès maintenant, que l'analogie des symptômes, l'analogie des lésions, la coïncidence fréquente, presque nécessaire, des deux affections, sinon au point de vue symptomatique, du moins au point de vue anatomo-pathologique, permettent de conclure à l'identité de nature. Il faut bien savoir, en effet, que si, dans la sclérose en plaques, dans l'ataxie, dans l'atrophie musculaire, on peut voir, à un moment donné, survenir quelques troubles bulbaires, ceux-ci s'éloignent tout à fait du syndrome labio-glosso-laryngé de Duchenne. Le plus souvent, on se trouve en face de phénomènes dus à l'atrophie de la langue et des muscles de la face, et on a alors de la paralysie par atrophie et non plus de la paralysie avec atrophie. Cette distinction, très subtile en apparence, a, dans le cas particulier, une importance considérable. La question devient évidemment facile quand surviennent les phénomènes spasmodiques. A l'appui de notre thèse, nous ferons d'ailleurs remarquer la disparition totale, depuis bon nombre d'années, des observations de paralysie labio-glosso-laryngée en tant que maladie isolée, telle que Duchenne l'a décrite.

Quand les symptômes médullaires ont fait défaut pendant la vie du malade, on trouve, en général, à l'autopsie, un commencement des lésions médullaires propres à la sclérose latérale, ou tout au moins des lésions bulbaires absolument identiques à celles que nous avons rencontrées en faisant l'étude des lésions bulbaires de la sclérose latérale.

Presque toujours la sclérose latérale, qui a débuté par des phénomènes médullaires, se termine par des phénomènes bulbaires ; quelquefois ceux-ci constituent le début de l'affection ; enfin, d'autres fois, ils se développent en même temps que les phénomènes de paralysie, d'atrophie et de contracture du côté des membres supérieurs et inférieurs. Quand on les observe seuls, on peut en conclure qu'ils ont tué le malade par leur gravité et leur intensité, sans laisser aux phénomènes médullaires le temps de se développer.

L'absence presque constante de contracture permanente du côté de la face est un point encore obscur de la physiologie du bulbe et du faisceau pyramidal. Nous savons parfaitement d'ailleurs que, chez les hystériques, il est absolument impossible de produire, du côté de la face, des phénomènes de contracture permanente.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire qu'à côté de la forme commune de la sclérose latérale amyotrophique, forme répondant à un type parfait indispensable pour la création de l'entité morbide, on peut placer la forme bulbaire répondant aux cas rares de paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne et des formes atténuées sans con-

tracture permanente trop peu nombreuses encore pour permettre leur subdivision.

La forme commune reste, dans ses traits principaux, telle que l'a décrite M. le professeur Charcot dans ses leçons de 1874, et telle que nous l'avons exposée. Débutant tantôt par les phénomènes médullaires, tantôt par les phénomènes bulbaires, elle est constituée à un moment donné, quelquefois dès le début, par un ensemble de symptômes bulbo-médullaires, qu'il est bien difficile de méconnaître.

Nous avons assez insisté sur les symptômes et les raisons qui constituent la forme bulbaire pour avoir à revenir sur ce point.

Quant aux formes atténuées, elles comportent une description plus difficile. Elles peuvent être constituées par un assemblage fort différent des symptômes propres à la forme commune, ceux-ci pouvant se présenter à leur tour plus ou moins modifiés. Le plus souvent, c'est la contracture qui fait défaut, en tant que phénomène permanent. Le malade ressemble à un atrophique Aran-Duchenne et on devra, pour rattacher son affection à la sclérose latérale, tenir compte des phénomènes de contracture antérieurs ou des symptômes de même nature, alors même que ces symptômes seront passagers. Les phénomènes bulbaires, quelque atténués qu'ils soient, lèveront tous les doutes.

Dans tous les cas, la marche de la sclérose latérale amyotrophique paraît plus rapide que celle des autres myélites.

La cause de la terminaison prompte de l'affection doit être attribuée à la présence habituelle des phénomènes bulbaires, et la durée de la maladie est subordonnée à l'intensité de ces phénomènes. Si les cas les plus rapides évoluent en deux et trois ans, il en est aussi qui durent cinq et dix ans et, de même aussi, on en trouve qui se terminent en dix et douze mois.

V

Causes. — L'étiologie de l'affection est, de même que celle de toutes les scléroses primitives, un chapitre des plus obscurs.

On observe la sclérose latérale principalement chez les adultes, ou plutôt dans le passage de l'âge adulte à la vieillesse. On peut, paraît-il, la rencontrer également dans l'enfance et mettre peut-être sur son compte un certain nombre de cas de tabes spasmodique. On a incriminé l'hérédité et particulièrement l'hérédité nerveuse, sans déterminer comment pouvait agir cette hérédité. Certains auteurs ont pensé qu'il fallait chercher cette cause dans un arrêt de développement ou une anomalie dans la distribution des faisceaux blancs.

Nous ne parlons que pour mémoire des causes banales, telles que le froid, le traumatisme, la syphilis, les excès vénériens qui semblent être plutôt un des premiers symptômes qu'une cause véritable.

VI

Pathogénie. — La sclérose latérale amyotrophique constitue un type de myélite parenchymateuse systématique. Parenchymateuse, car l'atrophie des fibres nerveuses de la région malade a certainement pour point de départ une irritation inflammatoire de ces fibres. Le fait de participation de la névroglie au travail morbide, est secondaire et subordonné à l'altération de ces fibres. Tel est, d'ailleurs, l'avis de Vulpian qui a étudié, avec un soin minutieux, le mode de production de ces lésions et c'est à lui qu'est due la physiologie pathologique de cette affection, ainsi que de toutes celles qui peuvent s'y rattacher. Les altérations vasculaires auxquelles on a voulu rapporter le point de départ des lésions médullaires sont certainement secondaires, car il faudrait donner la raison de leur limite dans la région de tel ou tel faisceau, et d'autre part, elles consistent surtout en périartérite.

Reste à trouver la nature et le mode de production de l'altération des fibres nerveuses et de son extension aux parties voisines, et à expliquer, chose bien plus difficile encore, pourquoi ces altérations sont plus prononcées, à tel ou tel niveau, et pourquoi elles semblent débuter tantôt en un point, tantôt en un autre du faisceau latéral.

Quand MM. Charcot et Marie eurent communiqué les résultats de leurs recherches sur les altérations des grandes cellules pyramidales de l'écorce, on put croire un instant que l'on avait affaire à une lésion constante et que l'on avait enfin trouvé la clef de l'énigme. Malheureusement, des observations plus récentes des mêmes auteurs ont montré l'inconstance de ces lésions, de telle sorte que l'on en est réduit à supposer que le faisceau pyramidal peut être atteint dans un point quelconque de son trajet, ou à supposer que le faisceau pyramidal qui est en somme un gros cordon de fibres nerveuses, a subi une régénération partielle par suite d'un phénomène, analogue à celui qui a lieu dans la régénération des nerfs périphériques après leur section.

La lésion des cellules des cornes antérieures est certainement un phénomène consécutif à la lésion des faisceaux blancs, bien que certains auteurs aient soutenu l'inverse à tort. On pourrait tout au plus considérer ces deux altérations comme concomitantes et mettre l'extension du processus scléreux sur le compte de l'inflammation de la substance grise.

La parésie des muscles tient certainement à la lésion de la portion pyramidale des cordons latéraux, puisque c'est elle qui transmet les irritations motrices de la volonté. On aurait pu également la rattacher aux altérations des cellules pyramidales des zones motrices des circonvolutions, si ces lésions avaient été constantes, et les lésions de la sclérose latérale auraient pu être ainsi assimilées d'une façon complète aux dégénérations secondaires descendantes, qui surviennent chez les hémiplégiques (1).

La contracture est un phénomène plus difficile à expliquer. Elle semble être le résultat direct ou indirect d'une irritation permanente des grandes cellules motrices des cornes antérieures de la substance grise. L'irritation directe est réalisée par le strychnisme expérimental. L'irritation indirecte se fait par propagation, au moyen des faisceaux blancs latéraux. La sclérose de ces faisceaux constitue, pour les cellules des cornes antérieures avec lesquelles elles sont en rapport, une cause d'irritation permanente, d'où la permanence du symptôme, à des degrés et suivant des modes divers, jusqu'au jour de l'atrophie complète des cellules. Cette irritation, qui atteint des degrés divers et qui n'est même pas dans l'espèce absolument nécessaire, entraîne des variations dans les symptômes qui lui sont propres et même une absence absolue de ces symptômes de sorte que l'on peut voir la lésion des cordons latéraux sans contracture. Ainsi se trouvent expliquées les formes atténuées de la maladie.

(1) Brissaud, *De la contracture permanente des hémiplégiques* (Thèse, Paris, 1880).

L'atrophie musculaire résulte, bien entendu, des altérations des cellules des cornes antérieures de la substance grise, bien qu'elle puisse, de même que la contracture, se montrer en dehors de toute espèce d'altération des cellules ou du faisceau pyramidal. On est alors forcé d'invoquer des troubles fonctionnels du faisceau pyramidal ou des cellules. C'est ce qui arrive dans l'hystérie.

Dans tous les cas et quoi qu'il en soit de l'étendue des lésions ou de l'explication des symptômes subordonnés à ces lésions, celles-ci restent très nettement limitées aux cordons antéro-latéraux et ne s'étendent jamais aux faisceaux postérieurs, de façon à produire des troubles de sensibilité analogues à ceux que l'on rencontre dans l'ataxie. Le fait est intéressant à noter; car on voit souvent survenir, dans le cours de l'ataxie, une sclérose combinée, étendue bien au delà des cordons postérieurs et pouvant occuper à la fois les cornes antérieures et les cordons antéro-latéraux.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic, facile dans les cas types, devient nécessairement très délicat dans les formes atténuées.

Il est inutile de revenir sur les différences légères qui séparent ces formes de l'atrophie musculaire myélopathique Aran-Duchenne.

C'est dans ces cas surtout que l'on devra rechercher avec soin s'il n'a pas existé ou s'il n'existe pas de phénomènes spasmodiques. Les troubles bulbaires lèveront les doutes et plaideront d'une façon formelle en faveur de la sclérose latérale.

Le diagnostic devra se faire également avec la myopathie atrophique progressive de Landouzy-Déjerine, car il existe des cas dans lesquels la confusion a pu être faite entre le facies myopathique et le facies bulbaire.

Le doute sera dans tous les cas de courte durée par l'examen attentif du facies, le début de l'affection pendant l'enfance, la marche si différente des accidents.

Beaucoup plus délicat et parfois même impossible est le diagnostic avec la sclérose en plaques disséminées. Les phénomènes spasmodiques pourront même, dans certains cas, ressembler au tremblement de la sclérose en plaques. Là encore les phénomènes bulbaires et l'absence de tout symptôme d'ordre cérébral viendront lever les doutes.

Dans le tabes dorsal spasmodique, si tant est qu'il existe et qu'il ne constitue pas un début insidieux de sclérose latérale ou une localisation particulière de la sclérose en plaques, on basera le diagnostic sur l'absence d'atrophie, l'envahissement primitif des membres inférieurs, l'évolution plus lente et l'absence de phénomènes bulbaires.

VIII

Traitement. — D'après ce qui a été dit sur la marche et le pronostic de cette affection, on peut présumer l'inefficacité absolue de tous les moyens thérapeutiques mis en usage. Il faudra, par-dessus tout, ne pas nuire, et, pour cela, s'abstenir, au début surtout, de tous procédés excitants, et en particulier de l'électricité.

On retirera, parfois, d'assez bons effets des révulsifs appliqués sur la colonne vertébrale, des bains tièdes, de l'iodure et du bromure de potassium, du phosphure de zinc à très faible dose.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS (1)

Par M. le professeur A. Fournier.

Exposons d'abord notre programme, quitte à lui donner plus tard, ou dans la discussion qui peut s'ouvrir ici, les commentaires ou les explications qui pourraient être nécessaires.

Les mesures qu'a adoptées votre Commission (2) sont les suivantes :

« 1° Ouvrir librement *tous* les services de vénériens ou de vénériennes (je dis *tous* les services, veuillez le remarquer dès à présent), à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions;

2° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes;

3° Attribuer au *concours* et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare, — et de tout ce personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes;

4° Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au Dispensaire de salubrité publique;

5° Composition des services de Saint-Lazare (ou de l'asile hospitalier qui lui sera substitué) suivant le plan des services de l'Assistance publique; — et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux;

6° Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés de la manière suivante :

1° Pour la nomination des médecins en chef :

Un membre de l'Académie de médecine;

Un représentant de l'École (professeur ou agrégé);

Trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare).

2° Pour la nomination des médecins du Dispensaire, comme pour celle des élèves, internes ou externes :

Quatre médecins du Dispensaire, présidés par un membre de l'Académie (3). »

Ou votre Commission se trompe fort, Messieurs, ou cet ensemble de mesures aurait pour résultat de créer un véritable *mouvement scientifique* autour de la syphilis, mouvement salutaire et fécond, qui aurait pour conséquence forcée de disséminer ou de vulgariser l'étude de la maladie.

Voyez plutôt.

D'abord, le stage spécial que nous réclamons constituerait une garantie d'une certaine *éducation spéciale*. Certes on n'apprend pas la syphilis en trois mois; mais, en trois mois, on peut en apprendre assez pour en connaître les grandes lignes, les symptômes majeurs, ceux qui se présentent le plus souvent en pratique, pour en connaître le traitement général, les dangers individuels ou héréditaires, les risques de contagion ou de dissémination, etc. Et c'est là l'essentiel, en l'espèce. De sorte qu'à nos yeux — et aux vôtres, nous l'espérons, du moins, — ce stage spécial serait pour les élèves, pour les malades et pour tout le monde, un temps bien employé, étant donné la fréquence avec laquelle les affections syphilitiques se présentent et s'imposent au praticien.

« Soit! dira-t-on peut-être; rien de mieux en principe. Mais ve-

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 591.

(2) Il ne sera pas sans intérêt de noter ici que le rapport de la sous-commission préfectorale de 1885, où figuraient le médecin en chef du Dispensaire et deux médecins de Saint-Lazare, concluait de même : 1° à la transformation de Saint-Lazare en un hôpital ouvert au public médical et 2° au recrutement par voie de concours de tout le personnel des divers services médicaux des prostituées.

(3) Ne serait-il pas à désirer aussi qu'un *programme* relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours fût élaboré par une commission spéciale? Nous nous bornons à signaler ce point, qui est affaire d'organisation intérieure.

nez à la pratique. Aurez-vous les moyens d'organiser ce stage spécial? Aurez-vous des services en nombre suffisant pour que tous les étudiants, — et ils sont nombreux à Paris, — puissent y faire un séjour de trois mois, sans encombrement et avec profit? »

Oui, répondrons-nous, et de cela voici la preuve. Dès aujourd'hui nous disposons, à Paris, de 12 services spéciaux, où l'on rencontre surabondamment les divers types de syphilis, à savoir : 6 à Saint-Louis; — 3 au Midi; — 3 à Lourcine. De plus, à ces 12 services, nous comptons bien en adjoindre 4 ou 5 autres que nous fournira Saint-Lazare (de ceci nous parlerons dans un instant). Total : 16 ou 17; mettons 16.

Eh bien, d'autre part, combien d'étudiants seraient astreints annuellement au stage en question? Autant, tout naturellement, qu'il y en a pour passer leur thèse, c'est-à-dire 450 en moyenne.

Or, le stage projeté n'étant que de trois mois, un simple calcul montre que (même en réduisant l'année scolaire à trois trimestres, en raison des vacances) l'inscription permanente de *neuf* étudiants dans chacun des 16 services spéciaux réalise la solution du problème. Que chacun de ces 16 services reçoive neuf étudiants par trimestre, c'est-à-dire vingt-sept ou vingt-huit annuellement, et les 450 candidats que la Faculté élève annuellement au titre de docteur pourraient subir ledit stage. Neuf étudiants par service, est-ce là de l'encombrement? Et quel est le service où un pareil nombre d'auditeurs accessoires ne pourrait utilement profiter des enseignements fournis par la clinique?

En second lieu, est-ce qu'une incitation aux études de vénéréologie ne serait pas, au moins dans un certain camp de praticiens et d'élèves, la conséquence forcée des divers concours dont il vient d'être question, à savoir : Concours pour les vingt-six places de médecins du Dispensaire de salubrité publique; — concours pour les 5 ou 6 places d'internes de Saint-Lazare (1) et pour une vingtaine de places d'externes au même hôpital; — concours pour les 4 ou 5 places de chefs de service à Saint-Lazare, ce dernier beaucoup plus élevé, beaucoup plus sérieux, et dont nous voudrions faire à peu près l'équivalent, par exemple, du concours des médecins aliénistes? En vérité, Messieurs, je ne m'attarderai pas à discuter les avantages *scientifiques* du concours (à ne parler que de ceux-là) devant une assemblée d'hommes qui sont tous sortis du concours; ce serait prêcher autant de convertis.

Mais ce que je dois dire, puisque le moment en est venu, c'est que les divers concours auxquels je viens de faire allusion sont impérieusement réclamés — et de vieille date déjà — par l'opinion publique. Il est même incroyable que l'illogique état de choses actuel ait pu se prolonger jusqu'à nos jours. Quoi! des fonctions où se trouve intéressée la santé publique, telles que celles de médecins du Dispensaire de salubrité, sont distribuées par l'Administration, sans que les candidats aient à faire preuve *publiquement* d'aptitudes spéciales à les remplir! Et que si, par hasard, tel ou tel de ces élus de l'Administration ne possédait pas les connaissances *spéciales* (je répète le mot à dessein) que réclament de telles attributions, le voyez-vous à l'œuvre, faisant son apprentissage aux dépens du bon public? Quoi encore! Nos élèves consacrent trois ou quatre années, si ce n'est plus quelquefois, d'un labeur assidu à obtenir le titre envié d'*interne*, ce premier galon des hautes carrières médicales, et le même titre est conféré, sans concours, par faveur administrative! Bien plus, et ceci est à n'y pas croire, la haute et très enviable situation de chef de service dans un grand hôpital, tel que Saint-Lazare, s'acquiert par simple investiture préfectorale, alors que nous autres, pour l'obtention d'un titre semblable dans le service de l'Assistance publique, nous consumons dix ans de notre plus belle jeunesse à ces luttes terribles qui s'appellent modestement « le concours du Bureau central », et dont les vainqueurs ne se souviennent eux-mêmes qu'avec un frémissement d'anxiété. Étranges, inexplicables et, dirai-je même, immorales anomalies, contre lesquelles protestent à la fois le bon sens, l'équité et l'intérêt public.

(1) Cinq internes, supposons-nous, avec un *interne provisoire* chargé des suppléances.

Aussi votre Commission est-elle unanime à vous proposer une réforme devenue indispensable, c'est-à-dire à réclamer des pouvoirs publics la collation par voie de concours de tous les grades médicaux des services administratifs en question, et nous ne doutons pas un seul instant que l'Académie ne nous suive dans cette voie. — Inutile d'ajouter, d'ailleurs, que cette réforme n'aurait aucun effet rétroactif, et que la situation des très honorables confrères actuellement chargés desdits services resterait absolument sauvegardée.

Un autre point a vivement préoccupé votre Commission.

Saint-Lazare, en raison même de sa composition, est le type par excellence d'un hôpital spécial, d'un hôpital de *vénéréologie*. Tous les médecins de cet établissement reconnaissent qu'il contient en permanence et à profusion des spécimens de toutes les affections vénériennes, de la syphilis notamment, et cela dans des conditions particulières, essentiellement favorables à l'observation médicale. Les malades qui y passent forment un public connu qui, à ne parler que de la syphilis, a son dossier pathologique inscrit dans les annales (j'allais dire dans les écrous) de la maison. On sait leur passé, et on connaîtra leur avenir, toutes choses, tous renseignements qui nous échappent dans nos hôpitaux. Quels documents pour une maladie de longue haleine, telle que la syphilis, dont le propre est d'échelonner ses manifestations sur une longue série d'années! D'où il suit qu'à ce titre, comme à tant d'autres que je passe sous silence pour abréger, Saint-Lazare pourrait être, devrait être un hôpital *unique en son genre* et constituer une école, une grande école de syphilis.

Eh bien, ce qu'il pourrait être, il ne l'est pas. Il n'est même rien du tout. Scientifiquement, c'est un *tombeau*. Car ces richesses pathologiques, offertes par un public annuel de plusieurs centaines de malades, ces trésors scientifiques qu'il recèle dans ses vastes murailles, savez-vous quels en sont les témoins? Pour chaque service, deux personnes; deux, pas davantage! A savoir, pour bien préciser : 1° le chef de service, celui qu'on appelle le médecin en chef et 2° son assistant, c'est-à-dire l'interne. Or, comme il est à croire que l'éducation spéciale du médecin en chef n'est plus à faire, il résulte en dernière analyse que lesdits trésors n'ont pour seul et unique contemplateur que l'interne du service! Ils pourraient servir à l'éducation de toute une pléiade d'externes, de stagiaires, d'assistants, voire de médecins de la ville; pas du tout, ils ne servent qu'à un seul, et ils ne sauraient servir à d'autres, de par la volonté administrative.

« Pourquoi cela? dira le bon sens. Pourquoi ne pas utiliser ces éléments d'instruction? Comment! vous vous plaigniez tout à l'heure (et vous aviez raison de vous en plaindre) que vos étudiants ne connaissaient pas assez la vérole, et voici maintenant que, disposant de plusieurs centaines de femmes syphilitiques, vous les cachez à vos élèves! Mais montrez-leur donc ces femmes, si vous voulez les instruire de ce qu'ils ne savent pas! »

Oui certes, et le bon sens pourrait bien, comme d'usage, avoir raison. Mais c'est qu'en vue de certaines considérations dont nous discuterons la valeur dans un instant, Saint-Lazare est un hôpital *fermé* et ne saurait être, croit-on, qu'un hôpital fermé. A l'instar des sanctuaires antiques, Saint-Lazare est interdit à tous les regards. Saint-Lazare n'existerait plus du moment qu'un public profane, serait-il même composé de médecins, en franchirait le seuil. Tout serait perdu, ce serait un écroulement général, ce serait l'abomination de la désolation, le jour où la visite médicale viendrait à compter plus de deux spectateurs. Aussi personne n'entre-t-il à Saint-Lazare, si ce n'est par faveur administrative tout à fait exceptionnelle. Aussi, pour ma part, n'y ai-je pénétré qu'une seule fois, et encore parce qu'à cette époque j'avais l'honneur d'être membre d'une *feue* Commission, identique à celle dont vous écoutez actuellement le rapport (1). Du reste, soit dit inci-

(1) Au double point de vue scientifique et administratif, il est à regretter que les rapports de ladite Commission, élaborés par des hommes spéciaux sur des documents authentiques, n'aient pas été livrés à la publicité.

demment, je n'éprouve qu'une amertume modérée à n'y avoir pas multiplié mes visites, car ce que j'y ai vu dans la première ne m'a pas laissé un bien vif regret de n'en pas voir davantage.

Mais passons sur cette impression personnelle, et voyons quelles puissantes raisons tiennent hermétiquement closes devant le public médical les portes de Saint-Lazare.

Il en est jusqu'à trois, que nous allons citer.

I. — « D'abord, nous dit-on, Saint-Lazare n'est pas un hôpital; c'est un asile pénitentiaire, c'est une prison. »

Mais, répondrons-nous tout aussitôt, c'est là précisément ce qu'il ne doit pas être, une prison. A quoi bon une prison pour des malades? C'est un hôpital qu'il faut à des malades pour y guérir. Ah! si vos filles s'étaient rendues coupables de quelque crime, de quelque infraction grave à la loi, oui, certes, vous auriez toutes raisons, pour obéir à la loi, de les envoyer en prison, et nous n'aurions rien à y voir. Mais, si elles sont purement et simplement coupables (et c'est le cas en l'espèce) d'avoir gagné une affection vénérienne, je ne vois pas et personne — sauf vous — ne voit motif à les jeter en prison. Ce qu'il leur faut, disons-le encore, puisque cela paraît si difficile à comprendre, ce qu'il leur faut, c'est un hôpital; internez-les donc dans un hôpital, dans un hôpital comme les autres, à cette différence près qu'elles ne pourront en sortir qu'après guérison dûment constatée, tandis que les malades des hôpitaux ordinaires ont le droit d'en sortir quand bon leur plaît.

D'autre part, faut-il répéter ici — pour la dernière fois, espérons-le — ce qui déjà a été dit, redit, imprimé et réimprimé cent fois, à savoir qu'en sa qualité de *prison*, Saint-Lazare s'éloigne absolument du type de ce qu'on peut appeler un asile sanitaire, un hôpital? Est-ce qu'il a l'esprit et les mœurs d'un hôpital? Est-ce que son système de séquestration, ses rigueurs vexatoires, sa discipline oppressive, voire son régime alimentaire, ont quoi que ce soit de commun avec ce qui constitue, au terme strict du mot, un hôpital? Parlez-en aux filles qu'une maladie quelconque amène dans nos services et priez-les de faire la comparaison de ce qu'elles trouvent avec ce qu'elles ont trouvé à Saint-Lazare. Elles ont bien le droit, après tout, d'avoir voix au chapitre, dans une appréciation de ce genre. Eh bien, toutes ont une horreur de Saint-Lazare, que paraissent légitimer leurs récits. Saint-Lazare est pour elles un épouvantail, quelque chose comme un enfer, qu'elles détestent, qu'elles exècrent, qui leur a laissé les plus odieux souvenirs. Faisons la part des exagérations, c'est justice (car jamais prisonnier n'a rendu un bien impartial témoignage à sa prison); toujours est-il qu'à coup sûr Saint-Lazare n'est pas innocent de sa générale et triste renommée.

D'ailleurs, jugeons-en par nous-mêmes. Qu'est-ce donc que ce Saint-Lazare, dont il a été tant et tant parlé, surtout dans ces derniers temps? C'est une vaste agglomération de vieux et tristes bâtiments, servant à la fois et de prison pour toutes les femmes prévenues ou condamnées du département de la Seine, et d'infirmerie pour les prostituées (soumises et insoumises), et de lieu de détention pour les filles qui ont commis quelque infraction aux règlements policiers, et même de réclusion provisoire pour certains enfants.

Tout d'abord, quelle promiscuité singulière et offensante! Des voleuses et des criminelles à côté de prostituées; — des prostituées à côté de simples prévenues, dont quelques-unes, pour le moins, seront reconnues innocentes par les tribunaux; — puis des malades; — puis des enfants!! Le bon sens et l'équité se révoltent contre un pareil amalgame. Il est bien vrai qu'ici interviennent les casuistes, pour nous dire : « Oh! pardon! distinguons. Saint-Lazare n'est pas une unité indivisée. Il y a le Saint-Lazare prison, et puis il y a le Saint-Lazare infirmerie. A chacun ses quartiers; voyez plutôt. » Mais tout aussitôt le sentiment public proteste contre cette subtilité administrative, en répondant que, s'il est deux Saint-Lazare au point de vue architectural, tous deux sont contenus dans une même enceinte et tous deux s'ouvrent par une seule porte dont l'enseigne couvre d'infamie toutes celles qui en franchissent le seuil, quelque quartier, quelque compartiment que leur assignent les répartitions administratives.

Or, si l'intérêt de la santé publique impose l'obligation de séquestrer les filles atteintes d'affections contagieuses (et nous sommes de ceux qui croient à la nécessité comme à la moralité de cette obligation, contrairement à ce qui a été dit, avec tant de violence, ces derniers temps), la plus simple équité ne commande-t-elle pas, d'autre part, d'atténuer cette violence, cette infraction aux principes du droit commun, par des adoucissements, des ménagements, des tempéraments? Eh bien, pas du tout. C'est l'inverse qui a lieu. Des filles qui sont atteintes d'affections contagieuses et qui ne sont coupables que de cela, c'est-à-dire des malades, au total, on les met en prison, et dans quelle prison! Comme si l'on avait pris à cœur de les humilier, de les exaspérer, de les dégrader, de les avilir plus encore qu'elles ne le sont, en leur faisant franchir la même porte, en les enfermant dans la même enceinte que les voleuses et les criminelles de tout ordre.

Puis, comme tout s'enchaîne dans un système, naturellement et forcément la discipline, les mœurs, l'esprit du Saint-Lazare prison se réfléchit sur le Saint-Lazare infirmerie, qui devient ce que vous savez. Or, encore une fois, les rigueurs et les vexations d'un système pénitentiaire deviennent un contre-sens, alors qu'elles s'adressent à des malades. Nous ne voyons pas ce qu'on peut en attendre comme avantages pour le traitement de la syphilis, et nous préjugeons bien, tout au contraire, sans crainte d'être démentis par l'observation, qu'un tel système, par l'ennui, le spleen, les impatiences, les colères, les révoltes intérieures, les troubles moraux qu'il comporte, doit être singulièrement préjudiciable à la maladie. Pourrait-on mieux choisir que ledit système, si l'on voulait à dessein aggraver le pronostic et la durée de la syphilis?

Mais, en fin de compte, nous dira-t-on, que proposez-vous donc de substituer à ce système? Tout simplement l'internement dans un asile spécial, qui sera un *hôpital* comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de leur guérison; — asile qui sera exclusivement ce qu'il doit être, c'est-à-dire une maison où l'on traite des malades, où on les traite avec les égards dus à tout malade, quel qu'il soit et quelle que soit sa maladie; — asile d'où sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

Et le type de cet hôpital, de cet *asile sanitaire spécial*, nous n'avons pas à le chercher bien loin. C'est Lourcine.

Et notre programme, le programme qu'au total vous propose votre Commission, se réduit purement et simplement à ceci : Transformer Saint-Lazare en Lourcine. Ce que nous demandons, c'est Lourcine, avec un verrou de plus à la porte, c'est-à-dire avec l'impossibilité pour les malades d'en sortir sans un certificat de guérison.

Résumons-nous et disons :

Séquestration et incarcération, avec les procédés, la discipline, les rigueurs d'un pénitencier, voilà l'ancien système, système qui survit encore aujourd'hui, malgré les réclamations, les impatiences, les protestations, les indignations de l'opinion publique.

Et, tout au contraire, ce que, d'accord avec le bons sens, la justice et les considérations médicales, nous avons l'honneur de vous proposer, est ceci : l'internement, puisqu'il est nécessaire à la santé publique; mais, avec l'internement, l'hospitalisation pure et simple, l'hospitalisation tolérante, éclairée, charitable, se substituant au système inutile, inique et dangereux de la prison.

Maintenant, je reviens à mon sujet, dont m'a écarté la longue, mais nécessaire digression qui précède.

Vous venez, Messieurs, de voir et de juger à sa juste valeur le premier argument des partisans du Saint-Lazare cloîtré, fermant ses portes devant le public médical. Passons maintenant au second.

« Introduire un public à Saint-Lazare, répond l'Administration, quand on a l'honneur, comme je l'ai eu, de lui proposer cette innovation, pouvez-vous seulement y songer! Mettre en relations chaque jour et pendant plusieurs heures des jeunes gens, des étudiants, avec des filles comme les nôtres, ce serait ouvrir, sous le

couvert d'une enseigne médicale, un véritable hall de prostitution. Ce serait offrir à vos élèves des tentations et de trop faciles occasions de débauche; ce serait inciter nos filles à des provocations et des galanteries scandaleuses; ce serait introduire dans nos services l'indiscipline, le désarroi, l'anarchie, etc. Nous nous y refusons absolument. »

Messieurs, nous connaissons les arguments de ce genre et nous savons ce qu'ils valent par expérience personnelle. C'est là, en propres termes, ce qu'objectait Chaptal à M. Ricord, alors que cet illustre maître, au début de sa carrière, s'efforçait de lutter avec les routines administratives et d'ouvrir au public médical le service des vénériennes, alors installé au Midi. C'est là, également, ce qu'on m'a objecté, alors que je voulus essayer — il y a déjà pas mal d'années de cela — d'ouvrir des cours de syphilis à l'hôpital de Lourcine qui, lui aussi, était un hôpital fermé. Quand je sollicitai de l'Assistance publique l'autorisation qui m'était nécessaire pour cela, je trouvai l'Administration — il y aurait ingratitude de ma part à l'oublier — fort bien disposée en ma faveur et très désireuse de m'être agréable, mais littéralement épouvantée de ma proposition, et cela pour des raisons analogues à celles que vous venez d'entendre. Que lui demandais-je, et qu'allait-il advenir d'une telle aventure! Bref, après de nombreuses hésitations et de longs pourparlers dont je vous ferai grâce, on risqua l'expérience, en m'octroyant le droit d'ouvrir un cours pour *douze* auditeurs. Il en vint davantage, et force fut bien de les admettre. Or, qu'arriva-t-il? Ce qui seulement pouvait arriver, c'est-à-dire que tout se passa le plus simplement et le plus convenablement du monde, sans le moindre désordre, sans la moindre effervescence, sans la plus légère infraction à la discipline, etc. Si bien qu'aujourd'hui le pli est pris, et Lourcine a un public médical qui y pénètre avec des cartes délivrées par l'Administration, et des cours s'y font journellement, pour le plus grand profit de ceux qui les écoutent.

Eh bien, il en serait de même, soyez-en sûrs, pour Saint-Lazare. De par l'expérience faite à Lourcine, dont le public n'est pas sans quelque analogie avec celui de Saint-Lazare, de par ce qui se passe dans nos salles, vous pouvez sans crainte, dirons-nous à l'administration policière, ouvrir à nos élèves, à nos étudiants, les portes de cet hôpital. N'y admettez (nous le voulons bien et nous sommes les premiers à réclamer cette mesure) que des étudiants d'un certain âge, justifiant de seize inscriptions, c'est-à-dire touchant au doctorat. Mais admettez ceux-là, et admettez-les en toute sécurité; car nous vous garantissons, nous, leurs maîtres, qu'ils sauront se conduire là comme ailleurs, c'est-à-dire avec dignité. Libre à vous, d'ailleurs, au cas plus qu'improbable de quelque infraction aux règlements hospitaliers et aux convenances communes, de sévir par exclusion sur les délinquants.

Enfin, ajouterons-nous à un autre point de vue, vous trouvez bon et légitime, Messieurs de l'administration préfectorale, que les femmes syphilitiques qui sont reçues dans nos hôpitaux à nous, hôpitaux de l'Assistance publique, servent à l'éducation spéciale de nos élèves; vous trouvez bon que nous leur exhibions ces femmes dans nos cliniques, que nous leur montrions, leur décrivions sur elles les symptômes de la maladie. Et, d'autre part, vous nous refusez vos filles pour le même office; vous n'entendez pas que vos filles soient utilisées de la même façon pour les besoins de l'enseignement! Mais s'il est une catégorie de femmes qui doive supporter ce qu'ont de pénible, pour la pudeur et la dignité, ces sortes de démonstrations et d'exhibitions, n'est-ce pas plutôt la vôtre que la nôtre? En fait de pudeur et de dignité, est-ce que vos filles ont rien à perdre? Tandis que les malades de nos services sont assez souvent des femmes ou relativement ou même absolument honnêtes, telles que de pauvres ouvrières qui expient chèrement une faute, des nourrices infectées par leurs nourrissons, ou même des femmes mariées, irréprochables, qui payent la faute de leur mari.

Vous trouvez bon, Messieurs de la Préfecture, que nous vous donnions, pour soigner vos filles, des élèves et des docteurs dont l'éducation ait été faite dans nos services à nous, aux dépens de nos malades. Puis, réciproquement, vous entendez que vos filles ne servent à l'éducation de personne! En vérité, je vous le demande, dans le différend qui nous divise, de quel côté se trouvent le bon sens et l'équité?

Venons enfin et en peu de mots, — car j'ai hâte, — comme vous sans doute, Messieurs, — d'abandonner un sujet jugé, qui ne devrait même pas subir discussion, venons, dis-je, au troisième argument des partisans du Saint-Lazare cloîtré, j'entends interdit au public médical.

« Vous n'êtes pas au courant, nous dit-on, des choses de la prostitution. Vous ne vous doutez pas de ce qu'il nous faut, à nous, de circonspection et de discrétion pour couvrir certaines plaies sociales. Ainsi nous avons parmi nos filles inscrites des femmes qui appartiennent à de très honnêtes et de très honorables familles. Or, qu'arriverait-il si les noms de ces femmes pouvaient être lus sur les pancartes de Saint-Lazare et, par là, connus, ébruités, divulgués? C'est que l'infamie de ces femmes, jusqu'alors ignorée, rejaillirait sur leurs familles, etc., etc. »

Voilà certes, répondrons-nous, un argument dont nous devons tenir compte. Mais, d'une part, ledit argument nous paraît bien singulier; et, d'autre part, le danger que vous signalez là nous semble non moins élémentaire à conjurer.

Comment! vous supposez que l'indiscrétion d'un étudiant venant à lire un nom sur une pancarte, puis ébruitant ce nom (à supposer qu'il pût se rendre coupable d'une telle infraction à ce qu'on appelle le secret médical, parlons net, d'une telle lâcheté), deviendrait une révélation subite et sidérante sur la qualité d'une fille perdue. Mais cette fille, puisque, par hypothèse, elle est entre vos mains à Saint-Lazare, c'est que, déjà, elle a derrière elle tout un passé de débauche, c'est qu'elle a déjà, suivant l'expression technique, roulé dans les lupanars, les lieux publics, c'est qu'elle s'est exhibée dans les théâtres, dans les bals, sur le trottoir peut-être. Et vous admettez que tout cela, que tous ces antécédents de prostitution *publique* auraient pu rester ignorés, absolument ignorés, jusqu'au jour où le hasard d'une pancarte lue à Saint-Lazare viendrait révéler un secret plus que percé à jour? Voilà certes qui serait bien extraordinaire, tout à fait extraordinaire; mais enfin, comme le hasard est immense et l'impossible quelquefois possible, paraît-il, admettons l'hypothèse.

En tout cas, ajouterons-nous, vous auriez un moyen facile d'éviter de telles indiscrétions, puisque vous les craignez par avance. C'est de ne pas inscrire les noms de vos malades sur vos pancartes administratives; c'est même de vous priver de toutes pancartes au lit de vos malades (ce qui, soit dit incidemment, pourrait bien aussi trouver son application dans nos hôpitaux; car je n'ai jamais compris, pour ma part, ce à quoi pouvait servir cet affichage public des noms, prénoms, âge, domicile, état social des malades, qui sous le nom de *pancarte*, s'étale indiscrètement au pied de chaque lit). (*Applaudissements.*) Désignez vos malades purement et simplement sous des numéros d'entrée; dites, par exemple, M[me] 223, M[me] 224, etc.; et vous n'aurez plus à redouter en l'espèce que les noms des honorables familles auxquelles peuvent appartenir vos malades viennent à être divulgués.

En somme, vous le voyez, Messieurs, les plus gros arguments (je n'ai cité que ceux-là) qui sont généralement invoqués pour exclure de Saint-Lazare le public médical, ne comportent pas de valeur sérieuse. En tous cas, ils ne sauraient prévaloir contre les considérations multiples d'un bien autre genre et d'un ordre plus élevé qui réclament, d'une part, la transformation de cette prison et, d'autre part, l'accès du public médical dans son enceinte. Saint-Lazare, répétons-le encore, renferme des richesses scientifiques que jusqu'ici de spécieuses raisons ont rendues inexploitées, grâce à ce que M. Le Fort appelait très justement, au sein de votre Commission, « une organisation défectueuse et stérilisante ». Il faut que ces richesses soient rendues à qui de droit, c'est-à-dire à ceux qui peuvent s'en servir pour leur éducation spéciale et pour le grand bien de tous.

Saint-Lazare est un grand centre de syphilis, et peut défrayer l'instruction médicale d'un grand nombre d'élèves. Nul doute que,

s'il était librement ouvert au public, si l'émulation des chefs de services y était stimulée par un entourage d'étudiants, si des cours, des conférences y étaient installés, il ne contribuât pour sa part, et pour une large part, à disséminer, à vulgariser ces connaissances syphiliographiques qui font défaut à tant de praticiens. Et peut-être même dans un avenir prochain y aurait-il une école de Saint-Lazare, comme il y a une école de Saint-Louis, de Lourcine, du Midi, et vous savez si cette dernière (M. Ricord m'excusera-t-il de le dire ?) a été illustre et féconde.

V

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS DANS L'ARMÉE ET LA MARINE.

Deux chapitres annexes, relatifs à des milieux spéciaux, doivent maintenant servir de complément aux dispositions générales qui précèdent.

L'un concerne l'armée et nous occupera tout d'abord.

La sollicitude de votre Commission devait naturellement s'étendre à l'*armée*, où les contaminations syphilitiques atteignent une si lamentable fréquence. Nous n'avons pas manqué à ce devoir.

Fort heureusement, votre Commission comptait parmi ses membres M. Léon Collin, dont la compétence spéciale nous a été particulièrement précieuse. Guidés par lui, et nous inspirant, d'autre part, de divers documents qui nous ont été transmis par des médecins militaires, nous avons l'honneur de vous soumettre, en vue de la prophylaxie et du traitement de la syphilis parmi nos jeunes soldats, un ensemble de mesures qui, nous l'espérons, réuniront vos suffrages.

Ces mesures sont les suivantes :

« I. — Instituer dans l'armée une série de *Conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes en général et sur les dangers de la syphilis en particulier (dangers personnels, dangers héréditaires, dangers de contagion), sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc. »

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps.

Elles seraient annuelles.

Elles auraient lieu de préférence quelque temps après l'enrôlement des jeunes recrues.

Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps. « On ne se figure pas, en effet, le nombre de réservistes qui contractent la syphilis pendant les vingt-huit jours qu'ils passent hors de leur domicile. » (Docteur Burlureaux.)

Nous croyons fermement que ces conférences (qui d'ailleurs sont déjà instituées dans plusieurs corps de l'armée et de la marine) pourraient avoir les meilleurs résultats en éclairant, par quelques notions sommaires, un nombre *immense* de jeunes gens qui arrivent sous les drapeaux dans un état d'ignorance presque absolue relativement aux affections vénériennes et aux conséquences qu'elles comportent. Ainsi que l'a fort bien dit un médecin militaire distingué, le docteur Burlureaux, dans un très intéressant mémoire qu'il m'a communiqué et que j'ai eu l'honneur de transmettre à la Commission : « Nulle collectivité humaine ne peut être aussi bien surveillée et aussi bien garantie que l'armée, et *les médecins militaires pourraient être les agents les plus actifs et les plus utiles de la croisade qu'il est temps d'opposer à la syphilis*. Ces médecins feraient certainement de l'excellente prophylaxie en éclairant les soldats sur les dangers de la syphilis, en leur inspirant une salutaire terreur de cette maladie, en leur démontrant la nécessité d'un traitement immédiat, etc., etc... Peu à peu se répandraient ainsi dans les régiments des notions salutaires qui serviraient plus la prophylaxie que toutes les mesures de rigueur. Et, comme la grande majorité des Français passe par les régiments, soit pendant plusieurs années, soit pour vingt-huit jours, il suit de là qu'au bout de quelques années ces profitables notions auraient pénétré dans tous les esprits. » — C'est là certes une œuvre utile et bonne à laquelle ne faillira pas le dévouement bien connu de nos confrères de l'armée.

« II. — Provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie. »

(*N. B.* — Les bulletins spéciaux, contenant les noms des filles signalées par les soldats, seront adressés à la Préfecture de police; et il serait bon à tous égards que, réciproquement, la Préfecture voulût bien retourner ces bulletins à l'administration militaire, avec la désignation de la maladie constatée sur ces filles.)

Il est évident, en effet, que les indications fournies par les soldats contaminés sur la provenance de leur maladie révéleraient plus d'une fois à l'Administration l'existence de dangereux *foyers* de contamination. D'autant qu'il est fréquent dans l'armée de voir la syphilis dériver d'une même origine pour plusieurs hommes d'un même corps. Un médecin militaire nous a communiqué trois cas dans lesquels *huit*, *dix* et *vingt-deux* soldats avaient été infectés par la même femme. « Il y a même, ajoute ce même confrère, une certaine catégorie de basses prostituées, dites « rôdeuses de postes », qui se font une clientèle spéciale parmi les soldats. Une de ces malheureuses, porteuse de lait à ses moments perdus, passait presque toutes ses nuits dans les postes. A ma connaissance, cette femme a communiqué la syphilis à six de nos hommes, sans compter ceux que je ne connais pas et n'ai pu connaître parce qu'elle avait soin de prendre des noms différents suivant qu'elle exerçait son industrie à l'est ou à l'ouest de la capitale. »

« III. — Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées; — interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

IV. — Écarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis. »

A la vérité, on ne punit plus aujourd'hui un soldat qui a eu la malechance de contracter la syphilis; mais « on ne lui accorde plus de permission », ce qui revient à peu près au même. Si bien que la crainte de cette punition muette par retrait de faveurs, aboutit à ce résultat que nombre d'hommes hésitent à déclarer leur maladie, la cachent, la laissent s'aggraver, recourent à des médicaments empiriques, à des remèdes de charlatans, etc. — Qu'il n'en soit pas ainsi dans tous les corps de l'armée, M. Collin a pris soin de nous en assurer, et nous avons reçu sa déclaration avec plaisir; mais il en est encore ainsi, nous a-t-on affirmé d'autre part, pour certains régiments, et c'est trop.

Dans l'armée comme dans le civil, contracter la syphilis est un malheur et non pas un délit. Donc, toutes les punitions infligées de ce chef sont injustes et ridicules; j'ajouterai qu'elles sont de plus nuisibles, en ce qu'elles vont juste à l'encontre de l'intérêt commun.

« V. — Supprimer les visites faites en commun, et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets. »

Actuellement l'examen des soldats se fait le plus souvent dans une salle de visite où peuvent se trouver réunis dix, vingt, trente hommes et plus, appartenant au même corps. Si bien que les consultations de ce genre ne sont pas sans quelque analogie avec ces réunions antiques où les premiers Chrétiens se faisaient une mutuelle et publique confession de leurs péchés par esprit de mortification. Mais, comme les mœurs ont changé, comme les syphilitiques de nos jours, même dans l'armée, n'ont que peu de goût pour ces pénitentes humiliations, il arrive ceci, en fait, que nos jeunes soldats, affectés de tel ou tel accident vénérien, hésitent à se présenter à la visite « parce qu'il leur faudrait y confesser leur maladie *en public* ». Pour une raison ou pour une autre, ils redoutent la *publicité* de leur maladie. Aussi s'ingénient-ils de mille façons à esquiver la visite, et y réussissent-ils trop souvent; la plupart en tout cas n'y arrivent qu'à regret, et seulement contraints par le règlement ou la douleur.

Quels obstacles peuvent donc s'opposer à ce que, dans l'armée, l'examen des hommes soit fait avec la discrétion et les conve-

nances qui sont dues à tout malade, quel que soit d'ailleurs son genre de maladie? Et n'est-ce pas une réforme urgente, nécessaire, que de réduire aux stricts limites du nécessaire la publicité d'une affection vénérienne?

« VI. — Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc. »

Et, en effet, l'expérience apprend qu'il s'établit presque immédiatement autour des grands rassemblements de soldats une prostitution spéciale qu'on pourrait appeler la prostitution *des bois*, composée de rôdeuses du plus bas étage, et éminemment féconde en contagions vénériennes de tout genre.

VII. — Enfin, aux diverses propositions qui précèdent, ne conviendrait-il pas d'en ajouter une autre, relativement au traitement de la syphilis dans l'armée? Je m'explique.

Soit un soldat qui, aujourd'hui, je suppose, venant de contracter la syphilis, entre dans un hôpital militaire pour quelque accident primitif ou secondaire, tel que chancre, syphilides, plaques muqueuses, etc. Dans quelques semaines, au maximum dans deux ou trois mois, ce soldat sortira de cet hôpital, débarrassé des accidents en question. Mais en sortira-t-il *guéri*? Il n'est pas un de nous, ici, qui voudrait considérer, en de telles conditions, cet homme comme guéri. Bien au contraire nous serions tous unanimes pour croire, pour affirmer que cet homme reste sous le coup de la diathèse, qu'il n'a pu être guéri par un si court traitement, qu'il faut *le traiter encore*, ou sinon qu'il sera exposé, dans un avenir soit prochain, soit éloigné, à quelque manifestation plus sérieuse, grave peut-être, voire très grave. Facile prophétie, dont la confirmation nous est d'ailleurs offerte par ces exemples presque journaliers de malades qui, conduits dans nos hôpitaux civils pour quelque accident sérieux de syphilis tertiaire, nous racontent ceci comme antécédents : qu'ils ont contracté la syphilis étant soldats; — qu'ils ont alors été traités dans un hôpital militaire pour tels ou tels symptômes, pendant quelques semaines ou quelques mois; puis, que, délivrés desdits symptômes, ils sont rentrés dans leur corps et qu'ils n'ont plus rien fait au delà pour compléter leur guérison.

Eh bien! contrairement à ces prévisions, dérivées de l'expérience commune, que se passe-t-il en l'espèce? Voici le soldat en question sortant de l'hôpital, après un séjour de quelques semaines, délivré des accidents pour lesquels il y était entré, « blanchi, » suivant l'expression consacrée, mais en réalité aussi peu guéri que possible. Va-t-on ultérieurement s'occuper de lui en tant que malade? Quelqu'un lui donnera-t-il le salutaire conseil de se traiter encore? Quelqu'un prendra-t-il soin de le diriger dans les cures successives qui lui seront nécessaires? Et, lorsque cet homme quittera le régiment, quelqu'un lui dira-t-il : « Ne vous empressez pas trop de vous marier en rentrant chez vous, parce que votre syphilis n'est pas guérie et que vous pourriez infecter votre femme, engendrer des enfants destinés à mourir, etc. Rien de tout cela, rien. Un soldat syphilitique qui revient de l'hôpital à son corps y revient sur le même pied et dans les mêmes conditions que s'il avait été affecté de toute autre maladie à guérison accomplie et définitive.

Et cependant, cet homme a dans son régiment, tout près de lui, des médecins, des médecins instruits, expérimentés, dévoués, qui pourraient l'éclairer sur la nature et les dangers de son mal, qui ne demanderaient pas mieux que de le traiter, de le diriger de le guérir, et cela *tout en le laissant sous les drapeaux*, car l'hôpital n'est en rien nécessaire au traitement d'un syphilitique d'ailleurs bien portant et valide. Que si ces médecins étaient officiellement avertis des antécédents de cet homme, s'ils recevaient communication de son dossier d'hôpital, ils ne manqueraient pas à coup sûr de l'aider de leurs conseils pour son traitement ultérieur et de compléter sa guérison (1).

Au total, limiter la durée d'un traitement antisyphilitique à la durée d'hospitalisation nécessaire à la guérison de tel ou tel accident passager de la diathèse, constitue une pratique absurde en principe et désastreuse comme résultats. A cela cependant se résume l'état de choses actuel. De toute évidence, et d'un aveu unanime, c'est autre chose qu'il faut faire. Mais quoi donc, en définitive?

Eh bien, le plus simplement du monde, ne pourrait-on pas imiter pour l'armée ce qui se passe dans le civil?

Dans le civil, lorsqu'un malade de nos hôpitaux nous quitte, après guérison d'un chancre par exemple ou de quelque autre accident spécifique, nous lui donnons avis qu'il doit encore ou poursuivre son traitement ou le reprendre de temps à autre; et, pour lui en fournir les moyens, nous le faisons inscrire à ce qu'on appelle, en style d'administration hospitalière, le *traitement externe;* c'est-à-dire que ce malade, sans avoir besoin d'être hospitalisé de nouveau, aura la faculté de continuer à être traité par nous aussi longtemps que nous le croirons nécessaire, et de recevoir gratuitement de l'hôpital tous les remèdes que nous lui prescrirons.

Pourquoi donc ne pas instituer quelque chose de semblable pour le traitement de la syphilis dans l'armée? Pourquoi donc les soldats n'auraient-ils pas, eux aussi, comme nos malades, leur *traitement externe* au sortir de l'hôpital, avec cette seule différence que ce traitement serait dirigé pour eux non plus, comme dans le civil, par les médecins des hôpitaux, mais *par les médecins de leur corps?*

Dira-t-on que les exigences du service militaire sont incompatibles avec un traitement médical? Cette objection en tout cas tomberait devant les deux considérations suivantes, à savoir : 1° que le traitement de la syphilis (sauf accidents majeurs) est généralement des plus simples, puisqu'il consiste en l'absorption quotidienne de quelques pilules mercurielles ou de quelques cuillerées d'iodure; et 2° qu'il y aurait à citer (preuve péremptoire et décisive en l'espèce) quantité d'exemples où ce traitement a pu être suivi sous les drapeaux, sans le moindre préjudice pour les obligations diverses du service militaire.

Presque toutes les dispositions prophylactiques qui précèdent ne sont pas moins applicables à la marine qu'à l'armée de terre.

Mais, en outre, relativement à la marine, votre Commission vous propose le double vœu que voici :

1° Il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

2° Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

V

PROPHYLAXIE DES CONTAGIONS SYPHILITIQUES DÉRIVANT DE L'ALLAITEMENT

J'en ai fini, Messieurs, avec les grandes questions générales, et, pour épuiser mon sujet, il ne me reste plus qu'à vous parler d'un dernier point de prophylaxie, celui-ci restreint à coup sûr par rapport aux précédents, mais non moins digne cependant, comme vous allez le voir, de votre sollicitude. Je veux parler de la protection à conférer aux *nourrices* contre les risques de contamination syphilitique dérivant des nourrissons.

Nous sommes loin de méconnaître les efforts qui ont été tentés en ce sens dans ces derniers temps. Et cependant, force est bien de le constater, la situation reste telle que nombre de nourrices sont encore victimes de contaminations de ce genre. Donc, de par l'expérience, il reste quelque chose de mieux à imaginer, à tenter, que ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

Voyez comment les choses se passent en pratique. Voici, je suppose, un ménage bourgeois où vient de naître un enfant que sa mère, pour une raison quelconque, ne veut pas nourrir. On s'enquiert d'une nourrice. On mande le médecin de la maison pour

(1) L'iodure de potassium figure déjà dans la nomenclature des *Médicaments d'infirmerie régimentaire*. Serait-ce une bien grosse réforme que d'y introduire le mercure!

faire son choix entre plusieurs nourrices qu'on est allé chercher dans un bureau et qu'on lui présente. Puis, après ce triage, on procède à un autre examen. « Assurez-vous bien, docteur, dit la famille, si la nourrice dont vous venez de faire le choix n'a *rien de mauvais*, si elle ne pourrait rien transmettre à notre cher petit ; car, vous savez, parfois il est arrivé des malheurs, etc. » Et le médecin alors soumet cette nourrice à un examen plus complet, visant surtout la syphilis, car c'est la syphilis que l'on craint surtout en l'espèce. Il interroge cette femme, il la découvre, il lui examine la plus large étendue possible des téguments, les cheveux, la bouche, les dents, la langue, l'arrière-gorge ; il palpe les ganglions, etc., quelquefois même on réclame une investigation plus intime. Et la nourrice subit tout cela, se laisse faire, se laisse voir, car d'avance elle est résignée à tout pour avoir ce qu'elle espère, à savoir un nourrisson, un gagne-pain.

Rien de mieux que ces garanties prises par la famille contre la nourrice, car on a vu maintes fois des nourrices syphilitiques infecter des nourrissons sains. Oui, certes, rien de mieux, mais à une condition, c'est que ces garanties eussent ce que réclamerait la plus stricte équité, à savoir leur *contre-partie*, c'est-à-dire des garanties de même ordre assurant la nourrice contre l'infection possible de son futur nourrisson.

« A mon tour, pourrait dire la nourrice (si l'équité et l'égalité étaient de ce monde) ; vous venez de vous assurer que je n'ai pas la syphilis, et je me suis laissé faire. Maintenant, s'il vous plaît, voyons un peu si le danger que vous redoutiez de moi, je n'ai pas à le craindre de vous. »

Mais la nourrice dit-elle cela, et peut-elle le dire, et se risquerait-elle à le dire ? Non ! Et pour de bonnes raisons qui se résument en ceci : c'est qu'elle est la plus faible, la plus pauvre, et, partant, qu'elle n'a qu'à se taire. Aussi prend-elle l'enfant sans souffler mot et s'en va-t-elle ainsi, trop heureuse encore de l'avoir, quel qu'il soit, et s'en va-t-elle *sans garantie* aucune, sans la moindre assurance que son nourrisson ne porte pas le germe d'une infection héréditaire.

Eh bien, ce que cette nourrice n'a pas osé dire, est-ce que la Société, parlant au nom de tous, parlant au nom de l'équité et de l'intérêt public, n'aurait pas le droit de le dire et de le réclamer pour elle ? Est-ce que la Société ne pourrait pas imposer aux parents du nourisson la contre-partie de l'obligation qu'ils ont imposée à la nourrice ? Est-ce qu'elle ne pourrait pas exiger d'eux une *réciprocité* de garanties dans le contrat intervenu avec la nourrice ? N'y aurait-il pas un moyen quelconque d'obtenir cette réciprocité, sinon toujours, au moins en certains cas, et pour un certain ordre de cas ? C'est là ce que s'est demandé votre Commission, et nos efforts se sont dirigés en ce sens.

Aurons-nous abouti à quelque chose qui vous satisfasse pleinement, Messieurs ? Nous n'osons l'espérer, car le problème est, croyons-nous, de ceux qui ne comportent guère la possibilité d'une solution pleinement et absolument satisfaisante. Mais enfin, nous avons à vous proposer une mesure qui, si elle était adoptée, réaliserait, nous semble-t-il au moins, un progrès réel, une amélioration, une réforme utile dans l'état de choses actuel. Je m'explique.

Il n'est pas à espérer qu'on parvienne jamais à ériger en pratique générale l'obligation de garanties réciproques dont nous parlions à l'instant. Et cela pour une raison bien simple, c'est que nous n'avons rien à voir dans tout contrat *privé* qui intervient entre une famille et une nourrice. Une nourrice consent à recevoir un enfant dans telle condition, sans garantie aucune, je suppose. Il lui plaît de le recevoir ainsi, ou bien elle a confiance dans la famille qui le lui donne. Nous serions malvenus à exiger d'elle qu'elle exige une garantie de cette famille. En tout cas et sans même recourir à cet exemple extrême, il est de fait que les contrats privés échappent à toute surveillance administrative ou autre, et que la loi n'y permet aucune ingérence. De ceux-ci, donc, ne parlons pas, puisqu'ils nous échappent et nous échapperont toujours.

Mais il n'en est plus de même, notez-le bien, pour les contrats qui se font par l'intermédiaire des bureaux de placement. L'Administration, en effet, a la haute main sur les établissements de ce genre, depuis la loi du 23 décembre 1874. C'est elle qui leur confère ce qu'on appelle l'autorisation préalable, qui en surveille les agissements, les locaux, les conditions de salubrité, qui même y entretient un registre-journal, « lequel doit être coté et paraphé, à Paris et à Lyon, par le commissaire de police, et dans les autres communes par le maire », etc., etc. Ici, donc, il suffirait d'un arrêté préfectoral pour interdire aux nourrices qui viennent se louer dans ces établissements d'accepter un enfant dont la santé ne fût pas garantie par un certificat médical.

Eh bien, ne voilà-t-il pas précisément la solution que nous cherchons ? Nous ne voulons pas qu'un enfant soit confié sans garantie à une nourrice ; or, cette garantie, nous tenons un moyen de l'exiger, et de l'exiger non plus au nom de la nourrice (les familles se moquent bien de la nourrice), mais d'une façon impersonnelle et bien plus imposante, c'est-à-dire de par une *formalité légale* à remplir.

En un mot, et pour préciser actuellement, nous demandons qu'un arrêté préfectoral complète, sous la forme suivante, les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement :

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical, certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. »

Et quant à la teneur dudit certificat, nous la voudrions conçue à peu près dans les termes que voici :

« Je soussigné, docteur en médecine, demeurant à..., etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X..., auxquels je donne mes soins depuis... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

Telle est du moins la formule à laquelle, non sans longues discussions et nombreux amendements, nous nous sommes enfin arrêtés et que nous vous proposons.

Or, qu'arriverait-il, si l'obligation d'un tel certificat venait à passer dans la pratique ?

D'abord, nous ne supposons pas un seul instant qu'il puisse jamais se trouver un médecin qui, connaissant l'état syphilitique d'une famille, délivre à cette famille un tel certificat, au mépris de ses plus sacrés devoirs.

Nous ne voulons pas admettre davantage la coupable complaisance d'un médecin délivrant un certificat de ce genre à une famille jusqu'alors inconnue de lui.

De sorte que, privées d'un certificat médical *obligatoire*, averties d'avance par leur médecin que ce certificat ne pourra leur être délivré, les familles syphilitiques, ou tout au moins bon nombre d'entre elles aboutiraient à faire ce qu'elles devraient toujours faire, c'est-à-dire garder leurs enfants chez elles et les allaiter au sein maternel.

On nous dira : « Mais ne voyez-vous pas que ces familles, ne pouvant trouver de nourrices dans les bureaux de la Préfecture, en chercheront ailleurs ! » Oui, sans doute, répondrons-nous, cela pourra se faire. Mais, d'abord, il est moins commode de se procurer une nourrice directement que d'aller en prendre une dans un bureau de nourrices, et cette seule difficulté arrêtera bien des familles. Puis, nous avons un espoir, c'est que la protection conférée par le certificat médical attirera dans les bureaux un plus grand nombre de nourrices ; et peut-être même, à la longue, les nourrices isolées, enhardies par l'exemple de leurs compagnes, en viendront-elles à réclamer pour elles la même garantie.

Toutefois, Messieurs, nous ne nous faisons pas illusion sur la portée et la valeur de notre moyen prophylactique. Ce moyen, nous ne le présentons pas comme une sauvegarde absolue et générale, loin de là. Nous ne vous le donnons que pour ce qu'il vaut. D'abord, avons-nous dit, il ne s'adresse qu'à une certaine catégorie de nourrices. Puis, il n'est pas de ceux, comme nous venons de le voir, qu'avec un peu d'adresse on ne puisse éluder. Mais, en fin de compte, il ne sera pas inerte ; il réalisera forcément, croyons-nous, une certaine somme d'heureux résultats. Or, n'abou-

tirions-nous, de par lui, qu'à diminuer de 40 p. 100, de 30 p. 100, le chiffre des contagions qui sont transmises aux nourrices par les nourrissons hérédo-syphilitiques, ce sera là un résultat qui, bien qu'imparfait, n'est certes pas à dédaigner.

Somme toute, Messieurs, nous étions acculés à deux alternatives : ou bien ne rien faire, en laissant subsister l'état de choses actuel, et vous savez ce qu'il vaut; ou bien tenter — comment dirais-je? — un palliatif, une demi-mesure, un demi-moyen qui, tout en restant fort éloigné de la perfection, fût cependant susceptible de réaliser quelque bien, de constituer un progrès. Notre choix ne pouvait être douteux.

Tel est, Messieurs, le résumé des travaux de votre Commission.

Comme conclusion, permettez-nous d'ajouter un dernier mot.

Ou votre Commission s'illusionne absolument, ou du débat qui ne peut manquer de surgir ici relativement aux grandes questions que nous venons d'agiter devant vous résultera quelque chose d'utile à la cause publique.

Jamais occasion plus solennelle n'a été offerte à la prophylaxie de la syphilis d'affirmer à la fois et son urgence, sa nécessité, et ses imperfections, ses lacunes actuelles.

Si nous pouvons quelque chose contre la syphilis, c'est le moment de le faire ou jamais. C'est le moment ou jamais de secouer la poussière du passé, d'abandonner les vieilles routines, d'en finir avec les systèmes usés, vermoulus, impuissants, et de tenter un effort nouveau, effort conforme à l'esprit moderne, effort digne de l'hygiène et de la science moderne, effort pouvant être fécond en heureux résultats.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Occlusion intestinale. — **M. TRÉLAT** fait observer que le malade dont M. Terrier a parlé, dans la dernière séance, était dans des conditions particulières, puisqu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac et que les phénomènes d'obstruction observés étaient la conséquence de la présence d'un cancer secondaire du côté du côlon. Or, M. Terrier a fait ce que M. Trélat avait conseillé de faire en pareille circonstance : une laparotomie pour voir si l'on peut détruire la cause de l'obstacle, et, en cas d'impossibilité, l'anus artificiel.

M. VERNEUIL a dit que les piqûres de trocart, inoffensives sur un intestin sain, présentaient de réels dangers lorsque l'intestin était malade. L'observation de M. Terrier confirme pleinement cette manière de voir, puisqu'à l'autopsie on trouva une ouverture au niveau de l'une des piqûres.

M. TERRIER a dit qu'il pensait avec M. Le Fort que la laparotomie s'imposait lorsque le diagnostic est incertain, et c'est justement parce qu'il se trouvait en présence d'une incertitude qu'il a fait cette opération. S'il avait pu prévoir à l'avance qu'il serait forcé de faire un anus contre nature, il n'aurait pas fait la laparotomie.

En ce qui concerne la piqûre de l'intestin et la persistance du petit pertuis qui a été trouvée à l'autopsie, il croit que l'on ne doit pas l'incriminer dans le cas particulier puisqu'il n'y avait aucun épanchement à son niveau.

La cause de la péritonite à laquelle a succombé le malade, doit être recherchée plutôt dans l'insuffisance de l'antiseptie.

M. MARC SÉE. — Les piqûres de l'intestin, simplement distendu, peuvent être dangereuses, mais elles peuvent également être innocentes, et c'est même ce qui a lieu le plus souvent, puisqu'il en a fait un assez grand nombre de fois sans accidents.

Suture des nerfs. — **M. QUÉNU** ne croit pas devoir accepter l'interprétation donnée par M. Polaillon au sujet du résultat qu'il a obtenu par la suture du nerf médian.

L'étude embryologique démontre que le tube nerveux n'a pas une vie propre, indépendante, mais qu'il demeure une émanation de la cellule, il ne peut naître que de celle-ci, il peut bourgeonner mais à la condition qu'il aura gardé ses connexions avec la cellule nerveuse. Il faut donc se décider à abandonner pour jamais la théorie de la restauration autogénique.

M. Polaillon s'est rattaché à une autre interprétation : le bout périphérique, dit-il, renferme des fibres qui n'ont pas dégénéré et qui proviennent des nerfs voisins. Si cette fibre récurrente n'a pas dégénéré, c'est qu'elle est en communication par son autre bout avec un ganglion spinal, la soudure n'aboutirait donc qu'à la constitution d'un arc à sommet, occupant la cicatrice nerveuse, et dont les deux chefs répondraient aux ganglions spinaux. Les observations de suture secondaire laissent subsister ce qu'on a si bien appelé le paradoxe histologique.

Reste une troisième interprétation; celle de M. Brown-Séquard, qui affirme qu'il est impossible d'irriter un peu fortement une partie quelconque du système nerveux à action centripète sans produire un changement dans les centres nerveux et dans les nerfs sensitifs et moteurs; il y a dynamogénie dans certains points, inhibition dans d'autres.

Appliquant ces notions aux observations de M. Tillaux, M. Brown-Séquard disait : « L'énergie des nerfs peut être insuffisante pour que, après section de l'un d'eux, la sensibilité persiste à un degré notable dans les parties innervées par le nerf coupé; mais si, par suture ou par irritation du bout central du nerf sectionné, on vient à augmenter la puissance d'action des filets nerveux intacts provenant de troncs non lésés et se distribuant à la partie paralysée, il est tout simple que la sensibilité et les mouvements volontaires reparaissent. »

C'est justement là l'expérience que vient de réaliser M. Polaillon. C'est là, indiscutablement, de l'action dynamogénique au premier chef.

M. Quénu cite un fait clinique à l'appui de la théorie dynamogénique.

Une jeune personne s'était coupé le poignet gauche, deux mois auparavant, avec des éclats de porcelaine. Elle dut renoncer à se servir de sa main; le pouce, l'index et le médius étaient complètement insensibles.

Bien que les muscles du pouce parussent légèrement atrophiés, les mouvements étaient suffisamment conservés.

M. Quénu mit le nerf médian à découvert avec l'intention de faire la suture des deux bouts, supposant que la réunion spontanée n'avait été que partielle et avait rendu la sensibilité à la première phalange du pouce, la motilité aux muscles thénardiens. Il fut surpris, après avoir sectionné la peau et l'avoir dégagée de la cicatrice nerveuse, de constater que la réunion nerveuse était parfaite, un renflement en boule indiquait le siège de la section, et ce renflement adhérait sur les côtés à un bout du tendon du grand palmaire sectionné; il libéra le grand palmaire afin de faire la suture tendineuse et ne toucha pas autrement au nerf médian.

Lorsque la malade fut réveillée, il explora la sensibilité, il la trouva très manifeste à la pulpe du pouce, les premières phalanges de l'index et du médius avaient elles-mêmes cessé d'être complètement insensibles.

Cinq jours après, seules les phalangettes de l'index et du médius sont restées privées de toute sensibilité. Il a légèrement irrité le nerf médian cicatrisé, la malade a récupéré de la sensibilité; cette opération irritative sur le médian a dynamogénié le radial et peut-être les fibres déjà régénérées du médian, de même que l'opération de M. Polaillon sur le médian a dynamogénié le cubital et vraisemblablement aussi le radial.

L'observation de M. Polaillon et celle de M. Quénu viennent à l'appui des conclusions suivantes : Il y a deux phénomènes en date dans le rétablissement de la sensibilité à la suite des sutures nerveuses :

1° Un phénomène de suppléance latente, préexistant à l'opération et dépendant de la distribution anatomique des fibrilles nerveuses;

2° Un phénomène de réveil physiologique, de dynamogénie, si on veut, sous l'influence de l'intervention opératoire.

M. RICHELOT, de ce que les faits cliniques relatifs aux sutures nerveuses sont réels, croit qu'il ne faut pas oublier tout ce que nous savons de la physiologie des nerfs. C'est ainsi que les cas

célèbres de Richet, Nélaton, qui ont été invoqués pour expliquer la théorie de la récurrence, restent ce qu'ils étaient et ne peuvent s'expliquer par la théorie de la régénération.

Il est certain, en effet, que lorsque l'on constate avec netteté, ainsi que l'ont fait ces observateurs, que le bout périphérique d'un nerf coupé est encore sensible, on est bien obligé d'admettre l'existence d'une sensibilité collatérale.

D'ailleurs, dans tous les cas de régénération, on ne peut tenir compte que de ceux dans lesquels il y a eu rétablissement simultané de la sensibilité et de la motricité; or, ces cas sont très peu nombreux, et l'on peut se demander s'il n'y a pas eu erreur d'interprétation, pour un certain nombre d'entre eux tout au moins.

Il faut également tenir compte de la possibilité d'anomalies nerveuses. Tout dernièrement M. Verchère a démontré l'existence d'anastomoses anomales entre le médian et le cubital.

M. POLAILLON dit que la théorie du rétablissement des fonctions d'un nerf par simple irritation de ce nerf n'est qu'une théorie, tandis que le rétablissement des fonctions d'un nerf après sa suture est un fait, et à ce titre il a beaucoup plus de valeur. Il ne nie pas l'existence de la récurrence nerveuse, bien au contraire, puisqu'il a considéré le fait du rétablissement des fonctions du cubita après la suture du médian comme un phénomène de récurrence

En ce qui concerne la réunion des bouts coupés d'un tube nerveux, il ne voit nullement pourquoi elle serait impossible. Les os, les tendons peuvent se réunir après avoir été coupés, pourquoi n'en serait-il pas de même des tubes nerveux?

M. TRÉLAT fait observer que ce qui paraît résulter le plus clairement de toute cette discussion, c'est qu'il est impossible d'expliquer, à l'heure actuelle, le rétablissement des fonctions d'un nerf après la suture de ses bouts coupés.

Luxation externe de la rotule avec rotation de l'os suivant son axe vertical. — M. KIRMISSON fait également un rapport sur une seconde observation de M. Faucon, relative à une luxation de la rotule.

Une jeune fille tombe, en dansant, et éprouve une douleur déchirante dans le genou droit. Elle ne peut se relever, et sa jambe est à demi fléchie sur la cuisse.

Lorsque M. Faucon vit la malade, le genou était élargi et aplati d'avant en arrière; on y constatait un épanchement modéré.

La main, appliquée sur l'articulation, explore facilement la poulie articulaire. La rotule reposait directement sur la face externe du condyle externe, en avant de sa tubérosité externe: son bord externe, devenu antérieur, dépassait de 1 centimètre la trochlée

Avec le chloroforme, on put reconnaître facilement, sous la peau, les facettes articulaires de la face postérieure de la rotule et la crête qui les sépare. Le ligament rotulien était tordu sur lui-même. La rotule a donc subi un mouvement complet de rotation de dedans en dehors, sur son axe vertical.

Voici comment cette luxation fut réduite par M. Faucon.

Appliquant en arrière, par leur face palmaire, les deux pouces opposés l'un à l'autre, sur le bord interne de la rotule, il repoussa celle-ci d'arrière en avant, de manière à faire glisser sa face antérieure sur la face externe du condyle, tandis qu'avec l'index et le médius de chaque main, recourbés, il accrochait le bord externe de la rotule et l'attirait en dehors. Après plusieurs tentatives infructueuses, il sentit brusquement se dégager le bord interne de la rotule qui franchit le rebord externe de la poulie fémorale. Un claquement caractéristique se produisait; la rotule avait repris la situation normale.

Un mois après, la jeune fille commençait à marcher.

M. Kirmisson a fait des expériences pour chercher à reproduire cette luxation sur le cadavre, et il y est arrivé par deux mécanismes différents. Dans un premier cas, après avoir luxé la rotule complètement en dehors, au moyen d'une large section de ses ligaments internes, combinée à la traction en haut et en dehors et à la flexion brusque du genou, par le mécanisme indiqué par Voillemier, il a pu la faire pivoter autour de son bord externe, de façon à ce que sa face articulaire vînt regarder en dehors, la face antérieure ou cutanée étant appliquée sur la face externe du condyle externe. Dans ce cas, les ligaments latéraux externes restaient intacts; mais, si tel était le mécanisme de la luxation, on ne comprendrait pas comment le procédé de réduction employé par M. Faucon a réussi.

En effet, la propulsion d'arrière en avant n'aurait eu d'autre résultat que de tendre les fibres des ligaments latéraux externes et d'appliquer plus fortement la rotule sur la face externe du condyle. — Dans une seconde expérience, il a pu, après avoir produit la luxation complète en dehors, réaliser le renversement de la rotule en faisant pivoter cet os, non plus autour de son bord externe, mais bien autour de son bord interne; il a produit, en un mot, un renversement de dehors en dedans. Mais cette luxation complète en dehors avec renversement de la rotule de dehors en dedans, il a pu même la produire dans deux conditions différentes: avec ou sans déchirure des ligaments latéraux externes.

En exerçant une violence considérable sur le rebord interne de la rotule par des coups de marteau répétés portés en ce point, M. Kirmisson a pu renverser l'os et amener son bord externe en avant avec conservation des ligaments latéraux externes. Mais dans ces cas, ces ligaments conservés forment au-devant de la face articulaire de la rotule un épais coussinet qui empêche de reconnaître aisément à travers la peau tous les détails de cette face.

M. Faucon note au contraire que la face articulaire de la rotule était aisément reconnaissable par la palpation à travers la peau. Il est donc beaucoup plus probable que la luxation s'est produite avec déchirure simultanée des ligaments latéraux externes et internes.

Dans cette hypothèse, la luxation complète de la rotule en dehors avec renversement ne serait que le degré le plus avancé du déplacement auquel M. Berger, dans son article du Dictionnaire encyclopédique, donne le nom de luxation externe transversale, et dans lequel la rotule repose par son bord interne sur la face externe du condyle externe. Que la violence continue à agir sur l'angle formé par le condyle et la rotule déplacée, on comprend qu'elle pourra faire glisser sur la face externe du condyle la face postérieure de la rotule, de façon à amener en avant son bord externe et à produire le renversement complet de cet os.

Il est permis de croire que les choses se sont passées de cette façon dans le cas de M. Faucon, la rotule s'étant luxée transversalement en dehors au moment de la chute de la malade, et le pied du danseur étant venu tomber lourdement dans l'angle formé par la rotule et le condyle, de façon à compléter le renversement rotulien.

Il est toutefois une objection qu'on peut faire à M. Faucon : Du moment où il admet l'existence d'un renversement complet de la rotule, l'auteur aurait dû noter une rotation complète de cet os sur lui-même, au moment de la réduction du déplacement. Son observation est muette à cet égard. Ce n'est pas toutefois une objection suffisante, ce semble, pour douter de la réalité de cette variété de luxation. Il peut se faire, en effet, que l'évolution de la rotule ait été si rapide que le chirurgien n'ait pu en suivre les divers temps. Nous devons encore faire à M. Faucon une légère objection; il intitule son observation : luxation de la rotule externe complète verticale. Cette dénomination est insuffisante pour désigner la variété de déplacement décrit par lui. Il faut dire luxation externe complète avec renversement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Block et Braine proposent, pour combattre la douleur en général, de substituer à l'injection hypodermique de morphine, l'injection hypodermique d'antipyrine, avec une solution contenant 50 centigrammes d'antipyrine pour un gramme d'eau, ils ont pu facilement combattre les douleurs notamment dans un cas de névrite intercostale, et dans des cas de périmétrites très douloureuses. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces recherches.

— A la suite de la première épreuve du concours pour deux

places de chirurgien du Bureau central, sont admis, par ordre alphabétique, à continuer les épreuves :

MM. Barette, Broca, Castex, Chaput, Guinard, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Michaux, Nepveu, Ozenne, Petit-Vendol, Picqué, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère et Walther.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Carnelle, le dimanche 19 juin 1887. Le départ aura lieu à la gare du Nord, à huit heures vingt-cinq minutes du matin, pour la station de Presles.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21316

52

SIROP DE RAIFORT IODÉ

préparé à froid, de GRIMAULT et Cie.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes anti-scorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. 5 centigr. d'iode par cuillerée à bouche. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

72

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

DE PELLETIER

(DIT DES 3 CACHETS)

Suppression d'amertume, facilité d'absorption et solubilité garanties. Chacune d'elles porte le nom PELLETIER et renferme 10 centigr. Le prix pour le pharmacien est de 6 centimes pièce par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin. Les sels suivants se délivrent également en capsules de 10 centigrammes :

Bi-Sulfate de quinine. — Bromhydrate de quinine. — Lactate de quinine. — Valérianate de quinine — Salicylate de quinine.

Phie VIAL, 1, r. Bourdaloue et tous pharmaciens.

78

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

33

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

15

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, t toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

90

CROISIC (LOIRE-INFÉRIEURE)

Établissement de bains de mer et d'hydrothérapie marine de la Plage. Ouvert le 1er juillet.

Traitement spécial et énergique des **affections des os**, de la faiblesse de constitution, des maladies nerveuses et rhumatismales de la moelle épinière.

Guérison de la scrofule à tous les degrés par les Eaux-mères. Bains térébenthinés.

12

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

12

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

77

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

43

L'ÉLIXIR TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

Est le plus puissant **Digestif** connu. Contre *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Constipation, Vomissements, Diarrhée.* DOSE : Un petit verre à liqueur après chaque repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

57

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

15

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir** de Boldo-Verne. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

58

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

33

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris

99

PILULES DE PEPSINE DE HOGG

ASSOCIÉE AU BISMUTH

Contre la dyspepsie.

Deux à trois pilules aux principaux repas, procurent une bonne digestion.

Pharmacie HOGG, 2, rue Castiglione, Paris.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 76. — MARDI 21 JUIN 1887. 60e ANNÉE MARDI 21 JUIN 1887. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

I

Discussion sur le traitement de la syphilis. — Quand on se reporte en arrière d'une vingtaine d'années, il semble que le mot « discussion » a singulièrement changé de sens dans les Sociétés de médecine. Qu'on voie, par exemple, ce qui se passe à la *Société médicale des hôpitaux*, où, vers cette époque reculée, des questions telles que celle du rhumatisme blennorrhagique, etc., soulevaient des luttes si vives. Depuis quelques mois, une discussion sur le traitement de la syphilis y a été déclarée ouverte. Plusieurs orateurs s'y sont fait entendre. Mais, sans s'arrêter à la critique des opinions antérieurement émises, chacun se borne à exposer, comme dans une communication isolée, ses opinions propres et sa pratique personnelle. Il n'y a plus de *corps à corps*, un des membres les plus en vue de cette savante compagnie en faisait la remarque en soupirant.

Il est vrai qu'au fond les divergences ne sont pas bien considérables. Il n'est personne, jusqu'ici, qui ne déclare admettre en principe les grandes lignes de la doctrine et de la méthode de M. Fournier. La médication mercurielle et la médication iodée ne rencontrent plus aucun adversaire. On est d'accord sur l'utilité de les employer l'une et l'autre, successivement ou même alternativement. On ne songe plus à s'attaquer à la théorie microbienne ou parasitaire, que Diday exposait déjà il y a juste vingt ans (voir *Gazette des hôpitaux*, année 1867, p. 431), car elle domine aujourd'hui, — non seulement pour la syphilis, mais pour la plupart des maladies, — telle qu'il la développait alors.

Que reste-t-il donc en question? Simplement un point de pratique, important sans doute, car la pratique est le but dans la médecine, mais difficile à élucider autrement que par des séries d'observations comparatives, continuées avec une certaine persévérance.

Ajoutons que ce sujet de litige n'est point absolument nouveau. On se demande, depuis longtemps, par quelle voie et sous quelle forme il faut administrer le mercure pour qu'il produise, le plus sûrement et le plus rapidement possible, le maximum d'effet curatif avec le moins de dommage pour la constitution. Il y a plus de vingt ans qu'on proposa les injections hypodermiques et que Scarenzio fit pénétrer le calomel par cette voie. Liégeois, préférait le sublimé corrosif, qu'il administrait de la même manière et je me rappelle encore avec quel enthousiasme il préconisait cette méthode.

La communication de M. Balzer, qui a été l'occasion de la discussion actuelle à la Société médicale des hôpitaux, portait précisément sur une application de la méthode de Scarenzio, c'est-à-dire sur l'introduction de mercuriaux, par eux-mêmes insolubles, en dessous du derme, où ils subissent une absorption lente.

M. Balzer emploie pour véhicule l'huile de vaseline : il se conforme, pour les doses de calomel ou de précipité jaune, aux indications de Smirnoff. Chaque seringue de Pravaz contient, d'un de ces produits, dix centigrammes, tenus en suspension dans un gramme d'huile de vaseline. Les injections sont renouvelées, à deux au moins ou plutôt trois semaines d'intervalle, jusqu'à quatre fois chez un adulte. Elles sont pratiquées à la fesse, dans la dépression verticale placée à trois ou quatre centimètres en arrière du grand trochanter. Elles provoquent les jours suivants, à la région piquée, un gonflement douloureux, parfois, rarement, suivi d'abcès : c'est leur inconvénient. Mais, en revanche, elles font disparaître avec une grande rapidité les plaques muqueuses et les éruptions; M. Balzer raconte, en outre, avoir obtenu de cette manière d'agir les meilleurs résultats dans plusieurs cas graves de syphilis tertiaire et dans un cas de syphilis cérébrale.

MM. du Castel et Besnier ont formulé quelques réserves sur la généralisation de ce procédé. Puis, M. Martineau est venu exposer le sien.

Comme M. Balzer, il se sert de la voie hypodermique. Mais, c'est pour introduire un peptonate mercurique ammonique, c'est-à-dire un produit basé sur un sel soluble, et comme région, il préfère le dos. Chaque seringue de Pravaz renferme, en combinaison, 10 milligrammes de sublimé. Ces injections offrent plus de prise à l'absorption que les mercuriaux insolubles. Il faut donc les renouveler plus vite et plus souvent. Mais la production d'un abcès est très facile à éviter, et M. Martineau déclare que c'est là, de toutes les méthodes, la plus prompte, la plus efficace, la plus maniable et la plus sûre, n'exposant pas à des accidents gastro-intestinaux, ou urinaires, ou généraux, ou cérébraux, à aucune forme d'intoxication mercurielle.

MM. Mauriac et Hallopeau ne sont pas partisans de la voie hypodermique : l'un préfère surtout la voie stomacale, l'autre surtout la voie cutanée.

Suivant M. Mauriac, c'est par l'estomac, et par l'estomac seulement, que le mercure peut être administré toujours et partout. Les troubles digestifs qui en peuvent résulter sont habituellement éphémères et, en dehors de ces cachexies qui excluraient également tout autre genre de médication mercurielle, on ne se trouve guère en présence d'une intolérance absolue. Cependant exceptionnellement l'emploi des frictions mercurielles peut être indiqué, quand il faut agir vite et frapper un grand coup, par exemple en cas de syphilômes de l'œil ou des centres nerveux.

M. Hallopeau, au contraire, a toutes ses prédilections pour la méthode des frictions, dont la puissance et l'utilité lui paraissent incontestables. C'est par les frictions mercurielles qu'il commence habituellement dès qu'il est sûr de son diagnostic, sauf à alterner ensuite leur emploi, durant la période d'état de la maladie, avec l'usage des pilules d'hydrargyre et du sirop de Gibert. Il traite en outre localement toutes les manifestations de la syphilis, par l'emplâtre de Vigo, la pommade au calomel, les lotions de sublimé, etc.

On le voit, depuis vingt ans, la question principale que la Société médicale des hôpitaux vient de remettre en discussion, n'a pas beaucoup changé de face. Toutes les méthodes préconisées alors ont conservé des partisans. Et, il faut le dire, les points secondaires, qu'on a soulevés incidemment, étaient déjà controversés vers la même époque. Certains auteurs croyaient, par exemple, qu'on pouvait prévenir, ou tout au moins atténuer l'infection générale syphilitique par la destruction, assez précoce, du chancre initial. D'autres étaient d'un avis contraire. M. Martineau tient pour ceux-ci, M. Mauriac tient pour ceux-là. Sur le moment où il faut commencer à traiter les syphilitiques et à leur faire prendre du mercure, sur les indications de l'iode, sur les périodes pendant lesquelles il peut convenir de l'employer, sur son association simultanée avec un traitement mercuriel, il y avait également autrefois des divergences, qui se reproduisent aujourd'hui.

Quant à la doctrine étiologique actuellement régnante et à laquelle M. Hallopeau a fait allusion, nous ne pouvons mieux la faire comprendre qu'en copiant quelques phrases de M. Diday, tirées du travail déjà cité, daté du mois de juin 1867.

« Comme les germes des parasites végétaux et animaux, les agents des maladies virulente sont toujours une période d'incubation, variable suivant les espèces; comme ces germes, les virus ont des périodes alternatives de sommeil et d'activité, de stérilité et de procréation. A ces périodes répondent, symptomatiquement, les alternatives d'arrêt et de poussées successives de manifestations morbides... Il n'existe pas, dans la nature, d'autres corps que des êtres organisés qui aient la propriété de proliférer et de donner naissance à des produits identiques, jouissant de la faculté de se reproduire. Pourquoi certains corps, sous le nom de virus, feraient-ils exception à cette loi, alors qu'ils présentent les caractères des germes végétaux ou animaux?... Physiologiquement le virus, comme les germes, persiste dans l'organisme, tant qu'il y trouve les conditions de son existence et de son développement.

Au point de vue thérapeutique, la même impuissance du parasiticide à empêcher l'évolution des germes, se retrouve dans le mercure, qui ne peut prévenir l'explosion de la syphilis. D'autre part, l'efficacité que possède le parasiticide pour détruire les germes une fois développés, le mercure la possède également pour faire disparaître les manifestations du virus. Tant que le germe reste à l'état de germe, impuissance du parasiticide; tant que le virus reste latent, impuissance du mercure; dès que le germe est développé, efficacité du parasiticide; dès que le virus a effectué sa poussée, efficacité du mercure. — Impuissance du parasiticide à prévenir une nouvelle génération de parasites; impuissance du mercure à prévenir les récidives des accidents syphilitiques. Efficacité du parasiticide à détruire chaque génération nouvelle de parasites; efficacité du mercure à modifier chaque manifestation nouvelle de la syphilis... Il importe de tenir grand compte de l'état de l'organisme vivant. La condition de l'éclosion et du développement des parasites, végétaux et animaux, c'est la faiblesse de l'organisme, ainsi que l'a très bien établi M. le professeur Ch. Robin... C'est pourquoi il faut, dans le parasitisme, faire intervenir à la fois le parasiticide et l'hygiène reconstituante; de même, dans la syphilis, il convient de faire la part du mercure donné à propos et de l'hygiène reconstituante ou, en d'autres termes, du traitement tonique et réparateur. »

Évidemment, M. Diday, en parlant ainsi des parasites de la vérole, songeait à de très petits organismes vivants : si l'on eût déjà tiré du grec le néologisme « microbes », il l'eût certainement choisi comme traduisant sa pensée au mieux.

Troubles trophiques rhumatismaux. — Signalons encore, à propos de la Société médicale des hôpitaux, une note communiquée, dans sa dernière séance, par M. Renaut, au sujet de troubles trophiques consécutifs à des attaques de rhumatisme articulaire.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, qui, depuis quinze ans, a été repris chaque année de rhumatisme vers le mois de février et qui, chaque fois, sauf la première, a perdu ses cheveux et les ongles de plusieurs orteils.

M. Renaut a été témoin de la dernière de ces atteintes rhumatismales. Elle a été caractérisée par des douleurs articulaires et musculaires siégeant dans les membres inférieurs, sans la moindre fièvre. Le traitement a consisté en salicylate de soude. Au bout de huit jours, les douleurs avaient disparu; les cheveux commençaient à tomber, les ongles des orteils à se soulever et à s'ébranler. La chute des ongles s'effectua lentement; ils furent remplacés par des ongles nouveaux. Quant aux cheveux ils repoussèrent vite. Il paraît que le père de cet homme était déjà sujet aux mêmes phénomènes.

La décapitation. — A la *Société de biologie*, M. Paul Loye a communiqué le résultat de ses expériences de décapitation pratiquée sur le chien.

Il a observé, aussitôt après la section de la tête, sur la face, des convulsions de tous les muscles, des roulements d'yeux, etc.; puis, au bout d'une vingtaine de secondes, pendant environ deux minutes, ces mouvements de la bouche et des narines, ces bâillements que Legallois avait décrits et qu'il comparait à des efforts respiratoires.

Convulsions, grimaces et bâillements sont indépendants de la volonté et de la conscience, car ils surviennent également chez un animal endormi par le chloroforme.

Ils ont, du reste, leurs équivalents tout à fait exacts dans le tronc détaché de la tête et, par conséquent, mis en de-

hors de toute action de la volonté. Aussitôt après la chute du couteau, le thorax est soulevé par une profonde inspiration, les membres postérieurs sont agités de mouvements énergiques, assez violents pour projeter parfois l'animal hors de la gouttière qui le renferme. Puis, au bout d'une demi-minute, le corps présente des mouvements des quatre membres; une contracture générale le redresse, et, en même temps, le rectum fait des efforts d'expulsion. Enfin, deux minutes après la décollation, on constate des mouvements fibrillaires plus marqués dans les muscles de la région postérieure que dans ceux de la région antérieure.

Tel est le résumé des faits observés par M. Paul Loye. Ces faits sont très curieux, sans doute; mais ils soulèvent des problèmes d'une interprétation moins ardue que ceux qu'on voit journellement dans nos provinces de l'est; et, avant de s'arrêter à une théorie quelconque pour les expliquer, il convient de les en rapprocher d'abord.

En Franche-Comté, pour tuer les canards, les oies, les poulets, la coutume est de leur trancher la tête avec un couperet.

L'animal tombe, il reste un instant sur le sol, presque immobile; puis il se relève et il s'enfuit, souvent très loin, agitant ses ailes et criant. Je n'oublierai jamais l'impression vive que me causa, la première fois, quand j'étais enfant, cette course rapide et ce cri d'un canard sans tête.

Plus tard, quand, dans mes cours sur les maladies nerveuses, à l'École pratique, cours dont la *Gazette des hôpitaux* a publié quelques leçons en 1863, j'eus à placer en parallèle, à propos de l'épilepsie, la théorie de Robert Whytt et les théories plus modernes, j'eus soin de rappeler aux élèves cette observation journalière de mon enfance et de ma jeunesse. Les oies et les canards vont plus loin, crient plus fort, agitent mieux les ailes que les poulets; mais, chez les uns comme chez les autres, il s'agit de mouvements parfaitement combinés, malgré l'absence des centres cérébraux, et, par conséquent, malgré l'absence de toute volonté, de toute conscience, de toute sensation, à proprement parler, perçue par l'être lui-même.

Ces mouvements d'ensemble, combinés de manière à effectuer une translation en masse (comme dans d'autres cas, chez la grenouille, à repousser un objet qui blesse), — aussi concordants que s'ils eussent été calculés pour atteindre un but, alors qu'un calcul intelligent n'est plus possible, — Robert Whytt avait su les voir. Sa théorie des centres nerveux superposés en subordination, — théorie si remarquablement analogue à celle que Vulpian a développée dans son grand article sur la moelle épinière, — repose principalement sur cette base.

Et, en effet, je n'en sais guère d'autre qui puisse expliquer la course en ligne droite de l'oie ou du canard. Les centres médullaires agissent, dans ce cas, comme s'ils avaient reçu du cerveau même les ordres qu'il avait coutume de donner dans sa plus grande excitation. L'oie et le canard, avant la décapitation, traduisent volontairement, par une fuite avec cris, leurs impressions les plus aiguës et leurs émotions les plus vives, celles qui se rattachent à la douleur ou à la terreur.

Je serais donc, pour ma part, tout à fait disposé à admettre, en ce cas, l'effet d'une excitation directe produite, au niveau de leur section, sur les faisceaux de la moelle chargés de mettre les centres inférieurs en rapport avec le cerveau. Ces centres s'y trompent et ils agissent comme si le cerveau leur donnait des ordres par une excitation semblable.

Chez les animaux supérieurs, chez le chien, par exemple, les ordres énergiques donnés par le cerveau peuvent être beaucoup plus complexes : les phénomènes n'ont plus autant de netteté. Mais ils ne sont pas d'une autre nature.

J'avoue donc que la théorie des simples mouvements réflexes mécaniques et celle de l'asphyxie ne me satisfont qu'à moitié, quand on les invoque pour interpréter les expériences de M. Paul Loye.

II

Le jeûne prolongé. — La *Société de médecine de Berlin* a consacré plus d'une séance à l'exposé des observations recueillies sur le jeûneur Cetti, qui, pendant onze jours, sans avaler autre chose que de l'eau, s'était soumis à l'examen d'une commission nommée par elle.

On a constaté que son poids avait graduellement diminué, bien qu'il eût conservé sa vigueur physique et la jouissance de ses facultés intellectuelles ; que la déperdition portait sur tous les tissus de l'économie, sur les phosphates, sur les sulfates ou sulfures, sur l'albumine, dont on trouvait une certaine quantité non transformée dans les urines et qui devait servir en partie à la production de l'urée, moins abondante de jour en jour. L'analyse de l'urine révélait également un appauvrissement en sels sodiques, que n'introduisait plus l'alimentation, et l'apparition de certains produits organiques, tels que la pepsine.

Somme toute, ce qui ressort le mieux de ces études, c'est que la diète, durant plusieurs jours, n'a pas des effets aussi désastreux, par elle-même, qu'on le supposait.

Il est vrai qu'on avait déjà, dans la science, bien des exemples d'individus qui, sans manger, avaient vécu durant des semaines et des mois. Mais, si l'on ne veut pas tenir compte de l'histoire de ces célèbres cénobites syriens qui, au commencement du carême, se faisaient murer dans quelque caverne avec une seule cruche d'eau et qu'on y retrouvait, près de deux mois plus tard, encore en vie, bien qu'anéantis, sans connaissance, respirant à peine, il restait surtout des malades, des hystériques particulièrement. C'est ainsi qu'une jeune fille entrée, en février 1873, dans le service de M. Bernutz à la Charité, y est restée jusqu'en 1875, sans prendre d'aliments et même sans recevoir, du moins durant les derniers mois, aucun lavement nutritif. Bien qu'elle eût toute sa connaissance, les sécrétions et les excrétions s'étaient réduites chez elle presque à rien, et son poids diminuait à peine (voir *Gazette des hôpitaux*, année 1873, p. 707 ; année 1876, p. 673). Ce fait est d'autant plus probant que toutes les précautions avaient été prises avec grand soin pour qu'aucune supercherie ne fût possible. Aussitôt qu'on essayait d'introduire quoique ce fût dans l'estomac de cette malade, elle le vomissait, et on avait renoncé à toute tentative. Chose curieuse, vers la même époque, des cas semblables se présentèrent dans le service de M. Bouillaud, dans le service de M. Gallard, dans le service de M. Mesnet ; puis cette série s'arrêta.

Faut-il donc dire, avec M. Bernheim, que l'auto-suggestion, résultant de l'idée qu'on a faim et que la faim tue, est la vraie cause de la mort quand on est privé d'aliment : et qu'on peut continuer à vivre si, sous un prétexte ou sous un autre, on se suggestionne en sens contraire ?

La fièvre de foin. — Elle est à la fois à l'ordre du jour en Angleterre et en Amérique. Elle manifesterait, en effet, s'il faut en croire le docteur sir Andrew Clarke, qui en a fait le sujet

d'une *Cavendish lecture* devant la Société médico-chirurgicale de l'ouest de Londres, « une prédilection singulière pour les gens de race anglo-saxonne ou tout au moins parlant anglais ». M. Clarke dit également qu'elle choisira l'homme instruit plutôt que l'ignorant, le gentilhomme plutôt que le vilain, le courtier plutôt que le clown.

Quoi qu'il en soit, cette affection est d'une grande ténacité dans les pays où elle règne, et de là vient la diversité des moyens que l'on préconise pour la combattre, moyens que souvent abandonnent bientôt ceux qui les avaient d'abord proposés.

Un exemple. M. Clarke, qui attribue la fièvre de foin à un excès de sensibilité de la muqueuse des fosses nasales, avant d'exposer sa propre méthode, rappelait les succès brillants et durables qu'avaient obtenus plusieurs médecins américains, notamment M. le docteur Mackenzie, de Baltimore, en détruisant au moyen de cautérisations galvaniques ou autres une portion plus ou moins étendue de cette muqueuse. Or, précisément vers la même époque, dans une discussion ouverte sur ce sujet au sein du neuvième congrès de l'*Association laryngologique américaine*, à New-York, M. le docteur Mackenzie, de Baltimore, combattait la méthode qui lui était attribuée à Londres. Suivant lui, cette maladie est une névrose, et en la traitant comme telle on peut obtenir des résultats bien supérieurs à ceux des traitements locaux. Quand une intervention opératoire paraît nécessaire, l'incision du tissu malade, en étoile, est bien préférable à la destruction ou à l'ablation de ce tissu.

Pour en revenir à la méthode du docteur Clarke, elle consiste à appliquer, une ou plusieurs fois, un mélange de glycérine, d'acide phénique, de chlorhydrate de quinine et de sublimé. Quant aux résultats qu'il obtient, ils sont le plus souvent momentanés. Cependant il croit avoir guéri radicalement quatre malades.

La lèpre. — On tend de plus en plus à considérer la lèpre comme une maladie transmissible par contagion (voir *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 659 ; 1881, p. 389 ; 1885, p. 648, etc.). Dernièrement, devant la *Société Harvéienne de Londres*, à l'occasion de la présentation d'un lépreux par M. Malcolm Morris, M. Sedgwick, qui a vu la lèpre dans les pays où elle est endémique, a exposé certains faits nouveaux qui viennent à l'appui de la théorie contagionniste.

Il ne nie pas que la multiplication rapide des cas de lèpre dans certaines colonies anglaises, telles que celle du Cap, aux îles Windward, etc., puisse être expliquée en partie par des influences héréditaires, ainsi que l'a fait le Collège royal des *physicians* dans son rapport daté de 1867. Mais il croit que ce n'est pas là toute l'étiologie, et il appelle l'attention sur une autre source de danger qui se rattache directement à la contagiosité possible. M. le docteur Wynne, médecin en chef de la léproserie de l'île Robben (Afrique anglaise) a remarqué que, dans les salles occupées par les lépreux, on prenait souvent des souris lépreuses. Il a également constaté l'existence de la lèpre sur un certain nombre de pigeons qui étaient élevés dans un même asile. Comme ces pigeons allaient se reposer sur les toits du quartier habité par les médecins et leurs aides et pouvaient ainsi contaminer l'eau des citernes destinées à ce quartier, M. Wynne se hâta de les faire tuer tous. Mais d'autres animaux vivant au milieu des lépreux, des faisans, des poulets, des porcs, présentaient également des signes de lèpre incontestable, et on se demande jusqu'à quel point la chair de ces animaux contagionnés peut être consommée impunément par des gens bien portants.

Dans cette même séance et à ce même propos, M. Maguire a annoncé que, suivant des renseignements fournis par l'hôpital des lépreux de Bergen en Norvège, la lèpre tendait actuellement à disparaître de ce pays. Il n'y a pas encore bien longtemps qu'elle a cessé d'être endémique en Angleterre. A une époque relativement récente, il s'y trouvait encore des léproseries, à Bath et dans le voisinage. M. Maguire ne serait même pas éloigné de supposer, avec M. Buzzard, que certains cas anomaux d'atrophie musculaire peuvent se rattacher à des restes de lèpre dans des pays où cette maladie paraît être éteinte.

Dilatation aiguë du cœur produite par l'alcoolisme. — A la *Société clinique de Londres* M. Maguire a communiqué deux observations ainsi intitulées.

Un de ses malades était âgé de vingt-trois ans, c'était un buveur invétéré de *gin*, et en dehors de l'alcoolisme on ne pouvait découvrir chez lui aucun antécédent morbide. Quand M. Maguire l'examina, il était atteint d'une polyurie excessive, ses jambes étaient œdématiées et il présentait un peu d'ascite. Le pouls fut trouvé petit, fréquent, sans résistance, accusant très peu de tension artérielle. Le cœur occupait un plus large espace qu'à l'état normal ; il paraissait évidemment dilaté, et très affaibli ; les bruits normaux, résonnant très peu, semblaient plus distants les uns des autres qu'ils n'auraient dû l'être ; un léger souffle systolique se faisait entendre à la pointe. Le second malade, âgé de quarante-trois ans, et dont les jambes étaient également œdématiées, mais sans qu'il y eût d'ascite, présentait à un haut degré la trémulence de la langue et des mains caractéristique de l'alcoolisme. Le cœur était élargi, ses contractions faibles, ses bruits sourds, mais il n'y avait pas de souffle anomal. Le pouls était petit, facilement dépressible comme chez le précédent. L'un et l'autre se rétablirent très vite sous l'influence d'un traitement par les toniques du cœur : et cet organe, reprenant sa force, cessa par cela même d'être dilaté.

M. Maguire et ses confrères, qui discutèrent sur la question de savoir s'il fallait attribuer, à l'action toxique de l'alcool sur le muscle cardiaque ou à des lésions inflammatoires de ce muscle, les phénomènes observés, ont paru croire que c'étaient là des faits sans précédents. Ce serait une erreur. La *Gazette des hôpitaux* a publié avec détails (année 1886, p. 541, 678) un fait tout à fait analogue, observé et commenté par M. le professeur Peter.

Chez le malade de M. Peter, la période de dilatation passive, se traduisant par des signes locaux identiques à ceux que décrit M. Maguire, s'était produite à la suite d'une période de simple trémulence avec légère parésie du muscle cardiaque, trémulence accusée par les tracés sphygmographiques et tout à fait comparable à celle qu'on observait à la langue et aux mains.

Elle ne causa pas d'œdème notable ; mais il ne faut pas oublier qu'elle survenait à l'hôpital, chez un sujet en observation, et que le traitement approprié ne se fit point attendre. Le rétablissement fut d'ailleurs très prompt, comme chez les malades de M. Maguire.

Paralysies alcooliques, progressives, des extrémités. — Les paralysies alcooliques des membres, sujet très connexe, ont occupé la *Société royale de médecine et de chirurgie* de la même ville.

Les paralysies progressives pouvant affecter les quatre membres, mais se complétant graduellement et précédées, accompagnées de douleurs vives, sont bien connues comme un des résultats possibles de l'alcoolisme (voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1877, p. 803; année 1883, p. 861; année 1884, p. 885, p. 985, etc.)

A la *Société médico-chirurgicale* de Londres, M. Finlay vient d'en communiquer trois nouvelles observations, dont deux suivies d'autopsie. Il a constaté chez ces deux malades les lésions des nerfs périphériques, signalées, il y a vingt ans déjà, par Leudet, de Rouen. Chez une, en outre, il paraissait y avoir un certain degré d'atrophie des grosses cellules des cornes antérieures de la moelle. L'une et l'autre étaient encore jeunes : c'étaient des femmes de vingt-huit ans. La troisième malade, âgée de quarante-trois ans, a fini par récupérer les mouvements de ses membres, mais les réflexes n'ont pas reparu.

Dans tous ces exemples, je le répète, comme c'est la règle classique, la paralysie ne s'était produite que peu à peu.

III

Paralysie subite des quatre membres. — Chez un alcoolique, qui se trouve couché actuellement dans le service de M. Rigal, salle Saint-Ferdinand, n° 4, elle est survenue tout à coup. C'est un des faits les plus curieux que nous ayons à signaler en ce moment : car la marche de la maladie la rend tout à fait insolite.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, blanchisseur dans un quartier suburbain, fort buveur, d'ailleurs gai compagnon. Il avoue boire plus que personne, sans s'en sentir jamais incommodé, ajoute-t-il. Toutes les boissons lui sont bonnes, vin blanc, absinthe, liqueurs de tout genre.

Le 1er mai de cette année, après déjeuner, il se sentit un peu fatigué et se jeta sur son lit; il y eut un peu froid. Il se releva et se dirigea vers un marchand de vins du voisinage. En route il s'arrêta pour causer, n'éprouvant aucune espèce de malaise.

Il s'était assis tranquillement à sa place habituelle, lorsque le marchand de vins, qui était son ami, en remontant de la cave, le regarda et lui dit : « Qu'as-tu donc ? » — « Mais rien, je suppose, » lui répondit-il : en effet, il se trouvait, à ce qu'il lui semblait, tout aussi dispos que d'ordinaire, n'ayant ni douleur, ni malaise, ni quoique ce fût d'anomal. Le marchand de vins insista. « Essaye de te relever de ta chaise, et tu verras si tu le peux. » (Il est à remarquer qu'il n'était pas tombé, et qu'il se tenait sur sa chaise sans difficulté.) Il essaya donc de se lever, et il ne le put. Des assistants le prirent entre leurs bras, le mirent sur ses pieds, mais ses jambes étaient flasques et ne le soutenaient plus. On le transporta chez lui, on le coucha. Le bras gauche était flasque et paralysé comme les jambes. Le bras droit remuait encore, mais sans force : et bientôt il ne remua plus.

A la Pitié, où il ne fut soumis, du reste, à aucun traitement, cet homme recouvra, un beau matin, les mouvements du bras droit. Au bout d'une quinzaine de jours, il demanda qu'on lui permît de voir où en étaient ses jambes, en faisant venir des amis qui le soutiendraient et le conduiraient jusqu'au jardin : il y avait à descendre plusieurs étages. On le lui permit. Il marcha très bien; et, après un nouvel essai, il put gravir, seul, les escaliers, d'un pas égal, marche par marche, se servant aussi bien du pied gauche que du pied droit. Mais le bras gauche restait absolument paralysé.

Quand cet homme entra à l'hôpital Necker, il ne faisait encore aucun mouvement de ce bras gauche, qui pendait flasque. De ce côté, la main était œdématiée et un peu rouge. Il y avait eu, d'ailleurs, avant le début de la paralysie, depuis plusieurs années, des accès violents de douleurs dans les muscles, comme il en survient chez ceux qui doivent être paralysés par l'alcoolisme.

Des douleurs semblables, se faisant sentir principalement dans les épaules, dans les parois de la poitrine et dans le membre supérieur gauche, étaient accusées actuellement par le malade.

Mais la survenance si brusque de la paralysie des membres était tout à fait en dehors du cadre habituel des paralysies alcooliques.

Nous eûmes l'idée de voir ce que pourrait donner l'influence morale pure et simple, ce qu'on appelle actuellement la suggestion, sur le membre encore paralysé. En procédant graduellement et persuadant cet homme que ce devait être ainsi, nous arrivâmes, en quelques minutes, à lui faire soulever le bras, à lui faire amener la main jusqu'à la bouche. Une autre fois, nous lui fîmes saisir et serrer assez fortement le carafon de vin.

Est-ce à dire que, chez lui, la paralysie soit l'effet d'une suggestion, résultant de la conviction avec laquelle le marchand de vins, son ami, lui avait affirmé qu'il devait ne plus pouvoir bouger?

C'est possible : mais ce n'est pas certain, car la suggestion peut agir favorablement dans des cas où il existe pourtant une lésion matérielle.

La suggestion. — A une époque où le mot n'était pas inventé, où l'on se bornait à parler d'action morale, les cliniciens les plus habiles savaient déjà tout le parti qu'il était possible d'en tirer.

Dans un cas, par exemple, qui se trouve rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1868, p. 33), M. Barth améliora d'une façon très remarquable la situation d'un ataxique en lui faisant prendre des pilules d'*althœa officinalis*.

Cette expérience avait pour but de démontrer que l'action morale était la seule cause des résultats heureux attribués alors au nitrate d'argent dans l'ataxie locomotrice. M. Barth avait commencé par prescrire le nitrate d'argent, mais sans paraître avoir lui-même aucune confiance dans ce moyen : l'action en avait été nulle. Pour l'*althœa officinalis*, il avait soigné la mise en scène. Et « aussitôt après avoir commencé cette nouvelle médication, le malade marcha beaucoup mieux qu'il ne l'avait fait depuis longtemps. Quant aux douleurs, elles avaient diminué d'une manière très notable ».

Quelle différence foncière peut-on trouver entre une expérience ainsi conduite et les expériences modernes de suggestion? Ce n'est pas l'invention de quelque mot nouveau qui doit rompre la chaîne entre le passé et le présent.

Si l'on veut que la science marche d'une façon continue, il faut bien se garder de faire table rase des enseignements du passé et d'une expérience qui, souvent, a été chèrement acquise.

IV.

La suette miliaire. — Ainsi, voilà qu'en ce moment même, une épidémie grave de suette miliaire fait des victimes nombreuses dans la Haute-Vienne.

On a nommé une commission, composée de MM. Chantemesse, Thoinot et Descoust, pour aller étudier, sur place, le mal et ses causes. C'est très bien. Mais il ne faut pas ou-

blier, quand il s'agit de sauver d'abord ceux qui sont atteints, que, dans ces contrées ou leur voisinage, et aussi dans d'autres provinces, il s'est déjà produit plus d'une épidémie, meurtrière, de même nature. Mon père m'a souvent parlé de celle qu'il a eu à combattre, bien avant ma naissance, dans le Cher et dans l'Indre. La mortalité était énorme, quand on enveloppait les malades de couvertures épaisses, quand on les abreuvait de boissons chaudes, quand on maintenait autour d'eux une température élevée, de crainte qu'ils se refroidissent; et il suffisait souvent de changer tout cela pour les sauver.

Ces souvenirs me donnent une fort bonne idée d'un livre publié en 1854 par un des anciens collaborateurs de la *Gazette des hôpitaux*, M. le docteur A. Foucart, livre dans lequel il expose la méthode suivie par lui et qui lui a très bien réussi contre la suette miliaire épidémique. En ce qui touche l'hygiène du malade, si je puis m'exprimer ainsi, je constate un accord parfait entre la pratique de mon père et celle de M. Foucart, qui furent également heureuses.

Quant aux remèdes proprement dits, je ne me rappelle plus bien au juste ceux qu'employait mon père, n'ayant jamais eu moi-même à traiter de suette miliaire épidémique, ce qui eût fixé mes souvenirs.

Je ne puis donc mieux faire que d'analyser les conclusions de M. Foucart « basées, ainsi qu'il le dit lui-même, sur l'observation de mille cinq malades traités dans les départements de la Somme et de l'Aisne, et de quatre cent cinquante traités dans l'Oise; malades dont *pas un* n'a succombé, comme le prouvent les documents officiels cités aux pièces justificatives ».

Suivant M. Foucart, « le traitement de la suette miliaire doit consister dans :

1° L'emploi de couvertures légères ;

2° Les boissons froides, en très petite quantité à la fois et souvent répétées — (mon père les faisait prendre acidulées).

3° Les vomitifs administrés et comme évacuants des premières voies et comme agents perturbateurs de l'économie (l'Ipécacuanha est le seul qui doit être employé en cette circonstance);

4° Les purgatifs salins destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection ;

5° Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal dans le cas de suffocation ;

6° Une diète sévère pendant la maladie; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence. »

M. Foucart ajoute : « Dans le traitement de la suette miliaire, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes sont toujours nuisibles, souvent mortelles. » Et je le répète, sur ce point, l'expérience de mon père, acquise dans la région même où sévit l'épidémie actuelle, confirme pleinement celle de M. Foucart; ce qui prouve que la suette miliaire ne change pas de nature suivant les époques ou les provinces.

Dr V. Revillout.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de procéder aujourd'hui même, lundi, à quatre heures, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. Gosselin décédé.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 54, majorité 28, M. Verneuil a été élu par 47 voix, contre 3 données à M. Trélat, 2 à M. Cornil, 1 à M. Guyon et 1 bulletin blanc.

— La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecins du Bureau central s'est terminée samedi soir.

Les seuls candidats admis à subir les épreuves définitives, sont au nombre de dix. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. les docteurs Delpeuch, Dreyfous, Gauchas, Havage, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Marie, Martin (Hippolyte) et Petit (André).

La première épreuve définitive (composition écrite) aura lieu demain mardi 21 juin 1887, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'administration.

— Par décret, en date du 10 juin 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Py, Cousset, Lafont, Batut, Sénat, Frayssé, Ricard et Boutin.

— Par décret, en date du 11 juin 1887, le doyen de la Faculté de médecine de Nancy, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, les legs faits à ladite Faculté par M. le professeur Étienne-Frédéric Bouisson, suivant son testament olographe en date du 9 juin 1882, et consistant dans la nue propriété :

1° De sa bibliothèque, à l'exception de la division comprenant la collection des poètes français, donnée à la ville de Montpellier;

2° D'une somme de dix mille francs (10000 francs), pour l'installation de cette bibliothèque dans un local particulier de la Faculté, qui devra porter le nom de « salle Bouisson » et où sera placé le buste en marbre du testateur, également donné par lui;

3° D'une somme de cinq mille francs (5000 francs), pour l'impression du catalogue de ladite bibliothèque ;

4° D'une somme de cent mille francs (100000 francs), pour la fondation de cinq prix annuels, sous le nom de « Prix Bouisson ».

— Par décret, en date du 13 juin 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Crambes, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 15 juin 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Guillet, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 15 juin 1887, ont été décernées :

1° *Une médaille d'or de première classe* à Mlle Lacassagne (en religion sœur Julie), infirmière ; — lors de l'épidémie variolique de 1886 (département de Constantine) a montré un dévouement et une abnégation au-dessus de tout éloge, a sacrifié sa santé en passant les nuits aux chevets des malades;

2° *Mentions honorables*. — MM. Nicolas et Laherre, internes en médecine; — ont fait preuve d'un grand dévouement pendant la même épidémie cholérique;

MM. Thuriot et Poirier, infirmiers à l'hospice civil de Mustapha; — ont fait preuve d'un rare dévouement pendant l'épidémie cholérique qui a sévi de décembre 1885 à mai 1886;

M. Monpied, garçon d'amphithéâtre chargé d'ensevelir les morts; — a risqué sa vie pour remplir cette répugnante et dangereuse mission.

— Par circulaire ministérielle, en date du 15 juin 1887, il a été décidé que les étudiants en médecine et en pharmacie, qui se feront inscrire dans les Facultés des sciences, n'auront à acquitter aucun droit d'inscription, ni de bibliothèque. Ceux qui sont déjà pourvus de quatre inscriptions ne seront donc tenus, pour se présenter aux grades de licenciés, que de verser les droits d'examen de certificat d'aptitude et de diplôme.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21320

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question que M. Lagneau a cru pouvoir résumer par ces mots « le surmenage intellectuel » n'a pas l'extrême simplicité qui lui avait été attribuée d'abord.

Incriminer le travail seul, voir dans l'exercice de l'intelligence, dans l'effort un peu soutenu de l'esprit humain, un danger social; réduire tous les cerveaux, comme capacité de connaissances, à la mesure des plus étroits, — en les accusant de surmenage et les menaçant d'effondrement s'ils voulaient en sortir : c'était une idée séduisante pour une foule d'individus. Les principes d'égalité allaient pouvoir ainsi s'appliquer à ce qui leur avait échappé jusqu'ici, à la puissance de l'âme humaine se manifestant chez quelques-uns, mais chez quelques-uns seulement, par une faculté de travail, d'assimilation et de production inépuisable : par cette énergie dans l'attention, cette concentration soutenue de toutes les forces sur un point donné, qui fait pénétrer dans l'inconnu et qui éclaire tout à coup, comme d'une intuition presque divine. Ces grands travailleurs, dont l'antiquité honorait si fort le génie, on pourrait ne plus se contenter de les comparer à des fous, mais les plaindre et, soulevant, de pitié, les épaules, y voir de malheureux êtres surmenés, marchant à grands pas vers une catastrophe. Le vocable « surmenage intellectuel » est en effet très bien choisi pour faire pénétrer cette suggestion dans le gros public.

Les circonstances, d'ailleurs, s'y prêtent on ne saurait mieux. En ce moment deux grands faits coexistent, frappant à la fois les yeux de tous.

D'une part c'est la complication excessive des nouveaux programmes scolaires, surchargés souvent jusqu'à l'absurde, encombrant la mémoire de matériaux sans connexité, — dont le classement par un enfant est une chimère —, et, par l'absorption complète du temps, rendant impossible tout travail vraiment efficace, toute recherche personnelle, toute étude faite avec amour et poursuivie jusqu'à pleine assimilation, toute réflexion, tout développement de la pensée.

D'une autre part, c'est l'étiolement intellectuel, physique et moral de la jeunesse, particulièrement dans les grandes villes.

Que le premier de ces deux faits d'observation joue, dans une certaine limite, le rôle de cause par rapport à l'autre, c'est incontestable.

L'intelligence s'atrophie, en même temps que les muscles, pour les mêmes raisons, parce qu'elle reste inactive, alors qu'on écrase l'enfant, au moment où son développement devrait se faire, sous le poids de ce fatras de mots et de formules.

Les examens de fin d'études primaires ou secondaires, tels qu'ils existent aujourd'hui, paraissent avoir uniquement pour but la création d'une petite race d'hommes-perroquets, dont le corps et l'âme seront réduits au minimum, et dont la substance cérébrale n'aura plus qu'une fonction, celle de faire répéter les phrases laborieusement gravées dans la mémoire.

Mais vouloir confondre la mémoire avec l'intelligence, le surmenage de l'une avec le surmenage de l'autre, c'est une idée que ne peut admettre aisément quiconque a jamais sérieusement fait usage de cette dernière.

Le « surmenage de la mémoire » est tout ce qu'on peut imaginer de plus fatal pour le développement intellectuel, alors même que cette mémoire s'est agrandie graduellement par l'exercice, sans jamais plier sous le fardeau dont on la charge. En effet, la cervelle humaine, siège nécessaire de la pensée, a malheureusement des limites, et quand la mémoire y prend trop de place, il n'y reste aucun champ d'action pour l'intelligence proprement dite.

Il est vrai que certains grands hommes ont su échapper à ce danger par des périodes de recueillement, durant lesquelles ils faisaient dormir leur mémoire, ne lui donnant plus d'aliments nouveaux, ne l'exerçant plus en aucune façon et laissant ainsi la carrière ouverte à ce qu'on pourrait appeler les facultés vraiment *autogènes* de leur cerveau.

Un des philosophes modernes dont l'œuvre est le plus considérable, celui qui a su le mieux pénétrer le génie du travailleur le plus infatigable et le plus fécond de l'antiquité, d'Aristote (ses deux volumes sur la philosophie aristotélienne sont un véritable chef-d'œuvre), M. Ravaisson, a traité dernièrement, d'une façon magistrale, cette question, dans un travail, qu'il a communiqué d'abord à ses collègues de l'*Académie des Sciences Morales et Politiques* puis publié dans la *Revue bleue*.

Il a montré qu'à une époque où, dans l'éducation publique, on commençait à s'adresser principalement à la mémoire, où l'École de Port-Royal publiait en vers les racines grecques, pour les faire apprendre par cœur, les philosophes les plus

éminents, Pascal, Descartes, etc., insistaient vivement sur la nécessité de laisser reposer l'esprit, quand on voulait le faire produire, au lieu de l'appliquer sans cesse à l'étude des œuvres d'autrui.

Il faut bien le savoir, le repos apparent est souvent un moment d'activité puissante pour les intelligences d'élite, surtout quand on leur laisse une certaine liberté dans la direction de leurs études.

Le mieux est donc de les habituer le plus tôt possible, dès l'enfance, à cette éclosion inconsciente de la pensée, — singulier problème, qui mérite d'être médité.

Les temps de repos de la mémoire, les récréations prolongées sont d'ailleurs, durant la croissance, une nécessité pour le développement physique, développement qu'entrave déjà, dans une assez large mesure, par lui-même, le séjour des villes un peu grandes, où l'on respire un air qu'ont respiré antérieurement bien d'autres poumons : M. Brouardel vient de mettre ce point en lumière dans un discours fort applaudi.

Tout au plus pourrait-on reprocher à l'orateur de s'être un peu trop inspiré des doctrines de son ancien maître, Paul Lorrain, en ce qui touche les caractéristiques du vrai mâle et les conséquences, heureusement exagérées, de cette conformation que celui-ci nommait « infantilisme ou féminisme ». Pour tout le reste, M. Brouardel a parfaitement raison. L'élagage des programmes (si l'on conserve les épreuves probatoires d'études primaires ou secondaires); la dissémination des internats loin du centre des grandes villes; l'accroissement de la durée et du nombre des récréations, des congés, des temps de repos; les changements d'air multipliés autant que la chose sera possible : telles sont les réformes qui s'imposent.

A la suite du discours de M. Brouardel, MM. Dujardin-Beaumetz et Le Fort ont donné de nouveaux détails sur un grand nombre d'abus actuels.

Puis M. Rochard a proposé un nouveau programme d'enseignement obligatoire, comprenant jusqu'aux exercices du corps et forçant l'enfant à consacrer, à la gymnastique, au trapèze, etc., la plus grande partie du temps que les classes laisseront libre. Les notes des divers examens de capacité, des baccalauréats ès lettres, ès sciences etc., porteraient, en partie, sur les exercices corporels : et le maladroit, le mal bâti se verraient fermer toutes les carrières. C'est aller trop loin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, amputation de la jambe.

J'ai toujours eu le plus grand scepticisme dans l'efficacité des opérations chez les tuberculeux en général, et j'ai souvent répété que si l'on pouvait obtenir chez eux des succès opératoires, par contre les succès thérapeutiques étaient fort rares.

En effet, lorsque l'on est à même de suivre la marche de la tuberculose chez ces malades opérés, on voit plus ou moins vite éclater au loin, ou renaître dans le foyer primitif lui-même, de nouvelles manifestations de cette affection. Le fait nous est surtout démontré dans les cas de réaction pratiquée pour ostéo-arthrite tuberculeuse. Si l'on opère dès l'origine de la maladie, on commet une faute, car le mal, à cette époque, est susceptible de guérir, sans que l'on soit forcé de recourir à la résection. M. Ollier (de Lyon) le sait si bien que lui-même ne pratique plus cette opération chez les jeunes enfants, et les praticiens les plus enthousiastes de la résection reconnaissent eux-mêmes aussi que la résection est une très mauvaise opération chez les jeunes sujets.

Il en est presque de même pour les amputations de la cuisse ou de la jambe, chez des tuberculeux, à la suite desquelles on voit assez souvent, au bout de quelque temps, survenir quelque complication du côté des organes internes et une tuberculose rénale, thoracique ou cérébrale, enlever le malade. Il faut donc bien savoir que, quand on opère un tuberculeux, l'opération est purement palliative, et que la tuberculose a de grandes chances de se reproduire, soit dans le voisinage, soit au loin.

La malade dont je vais vous parler en est une preuve nouvelle. Au commencement de l'année dernière, une femme forte et jouissant, en apparence du moins, d'une bonne constitution, âgée d'une trentaine d'années à peine, entrait dans le service pour un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne, sans aucune plaie, gonflement dû à la présence de masses fongueuses dans les gaînes des tendons entourant l'articulation. Je la traitai tout d'abord par des révulsions, l'immobilisation, etc. Ces moyens, malheureusement, échouent bien souvent lorsque la maladie est, en réalité, d'origine tuberculeuse. Il en a été de même chez cette femme : la tuméfaction a augmenté et, au bout de quelque temps, une certaine quantité de pus a fait issue au dehors, l'ostéo-arthrite tuberculeuse était constituée.

Le diagnostic fut confirmé par une première opération, dans laquelle nous avons enlevé des masses tuberculeuses. Pendant ce temps la malade a commencé à maigrir, son état a empiré et j'ai dû faire un curage soigné des parties malades. Une amélioration en a été la suite, mais elle fut de courte durée, et bientôt le mal a repris sa marche envahissante, ce que voyant, je me décidai à pratiquer un curage radical, curage dans lequel j'ai même été conduit à enlever des fragments osseux assez volumineux. Puis, j'ai bourré la plaie d'iodoforme, j'ai fait un pansement ouaté, et j'ai placé le membre dans l'immobilisation. Cette fois, les résultats ont été des plus favorables, l'état général est devenu rapidement très bon, la malade cessa de tousser, l'appétit lui revint, elle mangea convenablement et sa mine devint presque florissante. De plus, la plaie se détergea promptement, la cicatrisation se fit en peu de temps, l'articulation reprit son volume à peu près normal et les douleurs disparurent.

Déjà je chantais victoire et j'insistais sur l'heureuse influence de l'iodoforme dans la plaie combinée avec un traitement général interne. Cependant la guérison ne se fit pas sans une déviation du pied, sans un peu de valgus. J'engageai la malade à s'essayer à marcher, tandis que je cherchais à corriger l'équinisme par un appareil. Enfin, le pied, aujourd'hui, pourrait fonctionner convenablement, n'étaient les douleurs que la marche continue à provoquer, tandis qu'elles cessent par le repos. Je dois même ajouter que, par la pression ou par toute manœuvre du pied, les dites douleurs reparaissent immédiatement; d'où nous devons conclure que la guérison n'est complète qu'en apparence et qu'il reste toujours dans l'articulation quelque point latent.

En résumé, son pied ne peut lui servir, donc, il lui est inutile, bien plus, il est une gêne pour elle; aussi, quoique,

en chirurgie, je sois aussi conservateur que possible, je suis obligé de songer, dans le cas présent, à une mesure radicale, c'est-à-dire à pratiquer l'amputation de la jambe, à la moitié inférieure.

Pourquoi donc amputer, me direz-vous?

1° Parce que cette opération lui permettra de se servir ultérieurement de sa jambe à l'aide d'un appareil prothétique;

2° A cause du danger de laisser, en un point de l'articulation ou dans son voisinage, un foyer de tuberculose susceptible de se rallumer et, par suite, de lancer, dans l'organisme de la malade, des colonies bacillaires qui l'emporteraient alors bien certainement.

Enfin, je vais opérer cette femme parce que, grâce à la saturation par l'iodoforme et au traitement interne que nous avons employé, nous l'avons mise actuellement dans un excellent état de santé.

Les nombreux cas dans lesquels on a vu survenir des éruptions tuberculeuses post-opératoires se rapportent à des sujets qui avaient été insuffisamment préparés. Notre malade, au contraire, ne risque rien, ayant été convenablement préparée à supporter le choc d'un traumatisme opératoire; tandis que si, en ce moment, je renonçais à intervenir chirurgicalement par une opération, si je la laissais quitter l'hôpital, elle nous reviendrait plus tard dans de mauvaises conditions, c'est-à-dire nous présentant alors de véritables dangers de généralisation dans le cas où je songerais à l'amputer.

En résumé, il s'agit donc, après avoir épuisé tous les moyens doux, d'une véritable question d'opportunité. Mon but, en pratiquant aujourd'hui l'amputation de la jambe, est donc de lui rendre la marche possible et d'éviter la généralisation de sa tuberculose.

Un médecin anglais, dont le nom m'échappe en ce moment, a affirmé que, chaque fois que l'on était en présence d'une tuberculose à marche rapide, l'autopsie démontrait toujours l'existence, en un point quelconque de l'économie, d'un petit foyer tuberculeux à l'état latent, dont la présence n'avait généralement pas été soupçonnée pendant la vie, qui avait été le point de départ de la généralisation des accidents tuberculeux, qui avait servi, pour ainsi dire, de graine et avait amené, à un moment donné, des manifestations plus ou moins lointaines.

Les observations de faits semblables sont nombreuses, et je me souviens de certain malade qui fut emporté en dix jours après avoir subi l'extirpation de ganglions de l'aisselle, dans de très bonnes conditions. Or, à l'autopsie, on trouva au sommet des poumons des dépôts crétacés, indices d'une tuberculisation éloignée, qui avait commencé à coloniser dans les ganglions axillaires et qui, sous l'influence d'une opération, s'était généralisée.

Certainement, un grand nombre d'entre nous ont des tubercules passés ou présents; or si, sous une influence quelconque, le foyer tuberculeux venait à se rallumer et surtout si quelque traumatisme se produisait, opératoire ou accidentel, l'infection se généraliserait bien vite. Nous n'en sommes pas encore arrivés à pouvoir faire chez l'homme, comme on l'a fait expérimentalement chez le chien sans aucun accident, la résection d'une portion de poumon, renfermant ces dépôts crétacés.

Bref, je vais donc opérer ma malade, pratiquer l'amputation de la jambe au niveau de la moitié inférieure. S'il s'agissait d'un traumatisme récent du pied, d'un écrasement par une roue de voiture, de wagon, ou autre, j'amputerais le membre loin de la lésion, de peur de voir les lambeaux tomber en gangrène, comme on l'a fréquemment observé. Si, au contraire, nous étions en présence d'un traumatisme ancien, d'une nécrose, d'une ostéite non tuberculeuse, j'amputerais, sans aucun inconvénient, près du point malade. Enfin, dans le cas de tuberculose, il faut toujours se méfier de la zone suspecte, des prolongements possibles du tubercule, assez loin dans les gaines, et, par suite, opérer à une certaine distance. C'est ainsi, qu'amputant certain jour un jeune malade présentant des fusées tuberculeuses dans les gaines des tendons, je fus surpris de voir, après la réunion immédiate, se développer un ulcère sur la cicatrice et de nouveaux accidents tuberculeux se manifester en ce point. Le couteau avait passé trop près de la limite du mal et, par suite, laissé quelques points tuberculeux au-dessus de la partie amputée, c'est-à-dire dans le moignon. . . . .

En résumé, les règles à suivre dans l'amputation de jambe que je vais pratiquer chez ma malade sont : 1° de laisser une certaine longueur au moignon; 2° de s'éloigner suffisamment du foyer pour en faire l'ablation totale. Je vais procéder par la méthode à deux lambeaux, placer ensuite deux ou trois points de suture, deux drains, une ligature sur le côté, un pansement ouaté que je laisserai pendant dix jours, de sorte que, lorsque je le retirerai pour la première fois, la plaie opératoire sera certainement aux trois quarts cicatrisée.

SURMENAGE INTELLECTUEL

Par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Je désire faire à l'Académie une très brève communication, pour appuyer les documents que j'ai déjà fournis dans une séance précédente à propos de l'enseignement primaire, et pour donner à mes chiffres plus de précision.

Lorsque j'eus communiqué à l'Académie, en me basant sur les documents officiels fournis par le ministre de l'instruction publique, la disproportion colossale qui existait entre les postulants et les postulantes aux fonctions d'instituteurs et d'institutrices et les places qui étaient disponibles, mon collègue et ami Armand Gautier voulut bien m'interpeller en me demandant quelles étaient les places dont on pouvait disposer pour ce nombre toujours croissant de demandes. Je lui répondis que je pensais que, pour le département de la Seine, ce nombre pouvait être de 100 pour les institutrices. Mon estimation était exagérée de près de moitié, et le chiffre de 100 devait comprendre les instituteurs et les institutrices.

Je me reporte, en effet, à la communication faite au Conseil municipale dans la séance du 23 décembre dernier, par l'éminent directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine. J'y vois que, pour l'année 1887, il ne peut disposer que de 115 nominations, 55 pour les hommes et 60 pour les femmes; et, pour ces 115 nominations, il y a 7000 postulants; et encore, lorsqu'on examine de plus près ces chiffres, on voit que ces 115 places n'existent pas, à proprement parler, puisqu'elles sont déjà prises, et même au delà, par les élèves sortant des Écoles normales supérieures des instituteurs et des institutrices : 40 pour les hommes, 25 pour les femmes, auxquels viennent s'ajouter les suppléants et suppléantes à traitement fixe, qui sont au nombre de 40 pour les hommes, et 40 pour les femmes. Ainsi donc, on peut dire que les 7 000 postulants et postulantes pour le département de la Seine ne peuvent être placés. Il en est de même pour les autres départements, et les 20 000 (le chiffre exact, au 1er janvier 1887, était de 19 169, en dehors du département de la Seine) resteront donc sans emploi.

Cette véritable armée qui s'élevait, pour 1887, à 27 000 personnes

s'augmente chaque jour et sans compter le département de la Seine, l'augmentation sur 1886 avait été de 4447. On peut compter que cette augmentation se produira cette année et qu'on comptera au début de 1888 plus de 30 000 personnes s'efforçant de pénétrer dans l'instruction primaire dont les portes sont absolument closes, du moins pour le moment. Cette même tendance se montre aussi dans l'enseignement secondaire. Le nombre des licenciés des deux sexes et le nombre des concurrents et concurrentes à la licence augmentent chaque année et en disproportion absolue avec le nombre des places disponibles. De telle sorte que plusieurs d'entre eux sont forcés d'accepter des places de maîtres d'étude dans les lycées en attendant des temps meilleurs.

J'ai montré que cette multiplication des concurrents avait une conséquence fatale, c'était d'exagérer les programmes pour rendre l'obtention de ces titres plus difficile et que cette exagération des programmes entraînait un surmenage intellectuel non douteux qui porte, vous le voyez, sur un nombre considérable d'individus, puisque nous voyons pour l'enseignement primaire seul plus de 30 000 individus, obtenir leurs titres et brevets, et l'on peut dire qu'un plus grand nombre encore a été arrêté par des échecs ou par toute autre cause.

Il faut donc que les familles sachent dès aujourd'hui que cette carrière de l'instruction est pour ainsi dire fermée et cela pour longtemps, et qu'il est dangereux de faire subir sans profit aux cerveaux de leurs enfants un surmenage inutile et je reviens maintenant, pour terminer, à l'emploi du temps dans les écoles primaires. J'insiste beaucoup sur cet enseignement primaire; car, comme il est aujourd'hui obligatoire, il atteint tous nos enfants.

Le tableau suivant montre l'emploi du temps dans les différents cours qui constituent l'enseignement primaire communal.

Cours élémentaire. — Matin, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2; soir, de 1 heure à 4 h. 1/2. — Total : 6 h. 1/2 par jour, 32 h. 1/2 par semaine.

Cours moyen. — Matin, 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2; soir, 1 heure à 5 heures. — Total : 7 heures par jour, 35 heures par semaine.

Cours supérieur. — Matin, 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2; soir, 1 heure à 5 heures. — Total : 7 heures par jour, 35 heures par semaine.

Cours complémentaire. — Matin, 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2; soir, 1 heure à 5 heures. — Total : 7 heures par jour, 35 heures par semaine.

On voit donc, en résumé, que dans les écoles primaires, 6 h. 1/2 sont consacrées par jour aux leçons pour les cours élémentaires et 7 heures pour les cours moyen et supérieur.

Cependant, il faut retirer une demi-heure divisée en deux quarts d'heure qui sont employés par des marches en rang; il est bien entendu que l'espace compris entre 11 h. 1/2 et 1 heure est juste suffisant pour que l'enfant puisse prendre son déjeuner, surtout quand son logis est distant de l'école.

A première vue, le chiffre de 6 heures et de 6 h. 1/2 paraît peu élevé, mais je ferai remarquer à l'Académie qu'il n'y a pas un instant pour l'étude dans ces 6 heures et 6 h. 1/2 qui sont complétement consacrées à la leçon, et que l'enfant, une fois rentré chez lui, doit consacrer un temps plus ou moins long, suivant sa facilité de travail, aux devoirs : l'on voit souvent des enfants travailler jusqu'à 10 heures du soir et même davantage pour maintenir leur rang dans les classes. Il serait donc bien nécessaire que l'on réduisît à leur minimum et même que l'on supprimât ces devoirs de maison, qui fatiguent outre mesure l'enfant. Il serait bien aussi que l'on apportât une réforme radicale dans les matières de l'enseignement.

Qu'on jette un coup d'œil sur les programmes de l'enseignement primaire élémentaire et supérieur et l'on y verra, outre la géographie, l'histoire, la langue française et l'arithmétique, que l'on y enseigne la morale, l'enseignement physique, l'algèbre, la géométrie, le droit, l'économie politique, plus l'histoire naturelle, le dessin, etc.

Je crois que sans compromettre le but que l'on désire atteindre, celui d'instruire tous nos enfants et auquel nous applaudissons tous, on pourrait cependant restreindre dans une certaine proportion l'étendue de ce programme.

Telles sont les très courtes observations que je désirais présenter à l'Académie.

THÉRAPEUTIQUE

La diarrhée verte et son traitement.

Par M. le docteur D. Delattre.

La diarrhée verte est la plus puissante cause de l'énorme mortalité des enfants du premier âge, surtout pendant la période des grandes chaleurs. Aucune épidémie ne peut lui être comparée, car, chaque année, l'été provoque sa recrudescence. Il suffit de rappeler que, dans la seule ville de Paris, la diarrhée verte cause au moins cent décès par semaine, pendant la saison chaude. Ces considérations donnent un intérêt d'autant plus vif au travail, sur cette maladie, que M. le professeur Hayem vient de lire devant l'Académie de médecine. La diarrhée verte est due à la présence d'un bacille spécial, déjà signalé par M. le professeur Damaschino et rencontré en grandes masses dans les vomissements et les garde-robes. Le microbe se développe, à la suite de troubles dyspeptiques transformant l'estomac en un milieu alcalin ou neutre, favorable à sa multiplication. L'indication du traitement acide découle donc logiquement de la connaissance des causes de la maladie.

L'acide chlorhydrique ne donne que des résultats incomplets et souvent nuls. Seul, l'*acide lactique* réussit avec rapidité; deux ou trois jours suffisent, le plus souvent, pour amener la guérison.

Cette action si nette de l'acide lactique prouve que, si la diarrhée verte ne survient pas lorsque les fonctions digestives sont normales, c'est uniquement parce que les bacilles rencontrent alors dans l'estomac une proportion de cet acide suffisante pour empêcher leur multiplication. Elle concorde avec tous les travaux antérieurs qui ont montré que, au début de toute digestion normale, on ne trouve que l'acide lactique dans l'estomac.

Les résultats que M. le professeur Hayem a obtenus à la crèche de l'hôpital Saint-Antoine viennent confirmer et expliquer les faits observés déjà en 1867 et 1868 par le regretté docteur Parrot, lorsqu'il expérimentait, à l'hospice des Enfants-Assistés, le Sirop de lacto-phosphate de chaux de Dusart (voir *Archives générales de médecine*, 1869-1870).

Depuis cette époque, la préparation de Dusart, faite avec de l'acide lactique obtenu de la fermentation du lait, est restée au premier rang dans le traitement de la diarrhée et de la cachexie des enfants, contre lesquelles on la prescrit à la dose de 4 à 5 cuillerées à café, chaque jour, administrées tantôt avant, quelquefois vingt-cinq à trente minutes après chaque tétée. Le Sirop de lacto-phosphate de chaux, dont la composition est toujours identique, est d'une administration plus simple et plus facile que celle de l'acide lactique. Le petit malade profite à la fois de l'action, en quelque sorte spécifique, de l'acide lactique et de la propriété reconstituante du phosphate de chaux. Le médecin a, de plus, la certitude d'employer l'acide lactique du lait, et non l'acide lactique artificiel, obtenu par l'action des alcalins sur les glucoses, aujourd'hui très répandu dans le commerce.

Dans les cas de diarrhée simple chez les jeunes enfants, lorsque la nourrice est fatiguée, on voit cesser les vomissements et la mauvaise nature des selles, à la suite de l'administration à la nourrice, du Sirop de lacto-phosphate de chaux. Ce résultat est dû à la modification rapide de l'état général de la nourrice et de la composition de son lait. Des analyses très précises ont montré, en effet, qu'à la suite de la médication, le chiffre du phosphate de chaux contenu dans le lait monte de 1 gramme à 2gr,50 ou 3 grammes et quelquefois plus encore, donnant ainsi au lait le double caractère d'un aliment parfait et d'un médicament tout assimilé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Diday (de Lyon), correspondant de l'Académie, à propos du rapport de M. Fournier, sur la qualification et le genre de répression que demandent les provocations sur la voie publique, M. Diday pense qu'au lieu d'y voir un délit passible de peines correctionnelles, il vaut mieux les définir *contraventions de simple police*, ce qui les rend justiciables du juge de paix assisté du commissaire de police comme ministère public, avec faculté d'appel, soit de la part du ministère public, soit de la part de l'inculpée.

2° Une lettre de M. Cantani de Naples, qui transmet copie d'une lettre à lui adressée par le secrétaire de l'Académie de cette ville afin de lui faire retirer sa démission. M. Thomassi aurait désavoué la paternité de la lettre adressée à Paris, en son nom, et lue à l'Académie de médecine.

3° Une lettre par laquelle M. de Wannebrouck, doyen de la Faculté de Lille, sollicite le titre de correspondant national.

4° Une lettre de remerciement de M. le docteur Kosloff, récemment élu correspondant étranger.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

Première ligne : M. Moissan.

Deuxième ligne : M. Marty.

Troisième ligne *ex æquo* : MM. Beauregard et Petit.

Quatrième *ex æquo* : MM. Quesneville et Vigier.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40,

M. Marty obtient 47 voix, M. Moissan 31.

En conséquence, M. Marty ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré membre titulaire de l'Académie.

LECTURE

Le chien et les kystes hydatiques chez l'homme. — M. Ollivier lit un mémoire sur la transformation, bien connue, de l'œuf d'un des tænias du chien en échinocque chez l'homme qui l'avale et sur les précautions à prendre contre ce danger.

DISCUSSION

Le surmenage intellectuel. — M. Brouardel. L'étiolement physique et intellectuel qui atteint une partie des élèves de l'enseignement secondaire de nos lycées n'a pas seulement pour cause le *surmenage intellectuel* et la *sédentarité*. Il faut y joindre le séjour dans les grandes villes.

L'infantilisme ou le féminisme, suivant les expressions de Lorrain, est un résultat très habituel de ce séjour dans les grandes villes.

Et si l'on compare à ce point de vue le fils d'ouvrier, l'enfant du peuple, au fils du bourgeois, au lycéen, on voit que le premier n'est pas moins affecté que le second. Qu'on les suive un peu dans la vie et on aboutit à cette conclusion.

On est frappé de la vivacité de l'intelligence, de la précocité d'esprit du gamin de Paris, du gavroche parisien, jusqu'à dix ou douze ans, quand il a conservé une bonne santé et a échappé à la scrofule. Il est en général petit, cela est vrai, mais alerte, prompt à la réplique, très adroit à se débrouiller dans les petites difficultés de la vie de famille. A cet âge, il est quelqu'un, sait ce qu'il veut ; parfois quand le père manque à son rôle en se donnant à l'alcool, on est étonné de voir que c'est un fils ou une fillette de onze ou douze ans qui est le chef vrai et obéi de la famille.

Cinq ou six ans plus tard, nous retrouvons ce même gamin, éteint, petit, n'ayant plus la vivacité d'esprit antérieure, et n'ayant plus de volonté. Au moment de la puberté, il a subi un temps d'arrêt, et sa conformation corporelle est restée presque stationnaire.

La verge est grêle, les testicules petits, le système pileux très peu développé, l'aspect général presque féminin.

L'intelligence, si vive antérieurement, s'est alourdie. Les ouvriers des grandes villes deviennent gouailleurs, sceptiques. Ils n'ont pas les ardeurs entreprenantes dévolues au mâle dans la série animale, et, s'ils sont débauchés, ils subissent plutôt qu'ils ne provoquent les actes génitaux auxquels ils participent.

Les deux caractères prédominants de la dégénérescence de cet enfant des grandes villes, en dehors de toute influence scolaire, sont l'étiolement intellectuel et l'inaptitude génésique.

Dans un autre milieu, l'enfant des grandes villes, né d'une famille plus aisée, et subissant dix ans de vie scolaire, étonne souvent sa famille par la précocité de son intelligence. C'est « un petit prodige », il travaille bien, est gai, alerte. Puis quand survient la puberté, physiquement et intellectuellement, il se produit de profondes modifications.

Remarquons d'abord que la croissance, très irrégulière, se fait par saccades ; souvent chaque année, aux mêmes saisons et seulement durant plusieurs mois ; elle ne porte pas toujours à la fois sur les diverses parties du corps ; et c'est après coup que l'équilibre se rétablit.

Chez les enfants d'une classe relativement aisée, on trouve avec quelques nuances les mêmes tares que chez ces enfants d'ouvriers.

L'atrophie des organes génitaux est assez fréquente, durable : ce n'est pas une impuissance absolue, c'est une impuissance relative qui menace pour plus tard les jeunes gens des villes. Ceux qui se marient ont peu ou pas d'enfants. Le plus grand nombre fait en somme de très pauvres maris.

En même temps que surviennent les troubles physiques, l'intelligence devient paresseuse, le classement scolaire est mauvais : ce sont d'ordinaire des jeunes camarades venus de province qui prennent les premiers rangs.

Ce qui manque surtout aux Parisiens, c'est la faculté d'arrêter longtemps leur attention sur une même question. Ils sont incapables de faire l'effort nécessaire pour déduire eux-mêmes les conclusions des faits qu'ils étudient : et c'est pourquoi leur maître est obligé de se prodiguer.

Mais il est évident que plus on multiplie le nombre des objets sur lesquels doit porter l'attention des élèves, plus on augmente le danger. Tout devient superficiel, et tout s'oublie aussitôt le volume d'étude mis de côté.

Pour lutter contre l'étiolement, il faut, autant que possible, éviter les grands internats. La classe, la salle d'études, le dortoir, placent les internes dans les conditions d'encombrement dont sont victimes les enfants d'ouvriers. Il faudrait pouvoir placer les lycées en dehors des villes, dans un milieu où existent encore de grands jardins.

Il faut aussi que les enfants peu fortunés puissent changer d'air pendant les vacances; car il y a moins d'inconvénient à manger plusieurs dans la même gamelle qu'à respirer le même air après bien d'autres.

En conséquence, M. Brouardel, adoptant d'ailleurs la conclusion de la Commission, propose d'y ajouter la suivante :

« Le séjour des adolescents dans les grandes villes, leur internat dans les grands établissements d'enseignement, les exposent à des arrêts de développement physiques et intellectuels.

Il y a utilité à placer ces établissements loin du centre des grandes villes, à faire aux exercices du corps, en plein air, une large part, presque égale au temps d'étude; à veiller à ce que, chaque année, ceux des élèves à qui leur famille ne peut assurer, pendant les vacances, un séjour à la campagne, puissent y être conduits, au grand bénéfice de leur développement physique et intellectuel. »

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 623.)

M. Le Fort. Ce ne sont pas seulement les écoles des villes,

mais celles des moindres villages qui seraient à réformer au point de vue des heures de travail.

Dans les villages, il n'y a souvent qu'un seul maître pour des enfants de tous les âges, et il ne peut que successivement apprendre à lire aux plus petits, préparer les plus grands aux examens de capacité et s'occuper encore des autres. Or, pour garder leurs bêtes, leurs vaches, leurs oies, pour les mener aux champs, — chose excellente pour la santé de ces enfants — les paysans voudraient les avoir sous la main, au moins quelques heures dans la journée. Au lieu de cela, le maître les garde tout le jour, à ne rien faire les trois quarts du temps, car les leçons qu'il donne à une catégorie de ces enfants ne profite pas aux autres.

Il importerait de changer cela.

M. ROCHARD. Il est presque certain qu'en ce moment un groupe de députés compte se servir de l'initiative parlementaire pour introduire un projet de loi sur l'instruction publique, dès que l'Académie aura formulé ses conclusions.

Il importe donc que ces conclusions soient complètes et précises.

Voici, par exemple, comme il conviendrait de les rédiger :

« L'Académie de médecine, pénétrée des inconvénients graves que présente l'abus du travail intellectuel dans les établissements consacrés à l'éducation des deux sexes, persuadée qu'il porte une atteinte sérieuse à la santé et au développement des enfants qui y sont soumis, appelle sur ce sujet l'attention des pouvoirs publics.

Elle émet le vœu :

1° Que la durée des classes et des études, que le temps exigé par les devoirs et les leçons, soient calculés de manière que le travail intellectuel ne dépasse pas huit heures par jour, pour les élèves les plus âgés;

2° Que le temps attribué aux récréations et aux exercices du corps soit augmenté, que ces derniers deviennent obligatoires et entrent comme épreuves éliminatoires dans les examens et les concours, avec des coefficients suffisants pour que les candidats aient intérêt à s'y livrer et à s'y rendre habile.

3° Que les lycées où les élèves seront internés soient transportés hors de l'enceinte des grandes villes et qu'on n'y conserve que des externes. »

L'avantage qu'il y aurait à faire porter les notes des examens, aussi bien sur les exercices purement physiques que sur les exercices intellectuels, c'est qu'on forcerait les enfants à leur consacrer chaque jour un nombre d'heures déterminé. Ce serait le meilleur moyen d'empêcher l'excès de travail et le surmenage intellectuel.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 16, 17 et 20 juin 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Camus, Martel et Ripoteau, aides-médecins, docteurs en médecine.

— Par décret, en date du 18 juin 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Saubost, Fauchart, Savidan, Vincent, Genestoux, Hartmann, Lefebvre et Reilhac.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1887 ;

M. le docteur Reclus, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre;

M. le docteur Félizet, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice des Incurables.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 juin 1887, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Conseil d'hygiène, est nommé membre de la commission chargée d'examiner la question des précautions à prendre contre les incendies et d'étudier les réformes à apporter dans les théâtres subventionnés.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1887. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire, avant les vacances, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Albertin, chargé des fonctions de prosecteur, est nommé prosecteur pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1887.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Broussolle est institué suppléant des chaires de pathologie, de cliniques chirurgicale et obstétricale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Josso est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. de Larabrie, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, sera ouvert le mercredi 3 août 1887, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

MM. les élèves des hôpitaux, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, à partir du lundi 27 juin 1887, jusqu'au samedi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Liouville, député de la Meuse, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, décédé à Paris, le 20 juin 1887, et de M. Duroziez, président honoraire de la Société des pharmaciens de la Seine, décédé à Châtillon, le 19 juin 1887.

— M. le docteur J.-P. Bonnafont, médecin principal en retraite de l'École d'état-major, correspondant de l'Académie de médecine, vient d'avoir le plaisir de recevoir la traduction, en langue espagnole, de son « Traité des maladies de l'oreille ». L'ouvrage a été publié à Madrid sous le titre de « Tratado teorico y practico de las Enfermedades del Oido y de los organos de la Audicion, segunda edicion, traducida al español por D. Pedro Espina y Martinez y Dr Antonio Espina y Capo ».

— M. le docteur Dumontpallier commencera, à l'Hôtel-Dieu, son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 25 juin, à dix heures, et le continuera les samedis suivants dans l'amphithéâtre de gynécologie. — Les lundis et mercredis, consultations avec examen au spéculum. — Tous les jours, à huit heures et demie, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation les samedi 26, dimanche 27 et lundi 28 juin 1887, aux environs de Rouen et des Andelys. Pour profiter des réductions de prix du voyage, il est nécessaire de se faire inscrire aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle, jusqu'au 24 juin.

— M. Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique aux environs de Beauvais, dimanche prochain, 26 juin 1887.

Rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra, à six heures dix minutes du matin, le train pour Villers-sur-Thère.

On sera rentré à Paris à neuf heures vingt minutes du soir. — Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie, galerie de géologie, avant samedi soir, à quatre heures.

— Clientèle à céder, dans un chef-lieu de canton, à 18 lieues de Paris (2500 habitants). Recettes 10000 francs. — S'adresser à M. le docteur Hervé, 48, rue Taitbout.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21320

N° 78. — SAMEDI 25 JUIN 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 25 JUIN 1887. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Étiologie de la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur Henri Toupet, ancien interne des hôpitaux.

I

Il est peu d'affections qui, pendant le xixe siècle, aient suscité autant de recherches et de travaux que la fièvre typhoïde. Chaque partie du siècle semble s'être partagé la tâche pour approfondir cette maladie. Nous voyons d'abord l'école de 1830, avec Bretonneau, Louis, Chomel, dégager la fièvre typhoïde de toutes les autres fièvres continues et réunir dans un même groupe celles qui présentent les lésions caractéristiques de l'appareil lymphoïde de l'iléon. La synthèse était faite, mais on avait peut-être trop compris; il y eut une réaction, surtout en Angleterre, où la question présentait de l'intérêt plutôt que chez nous; on en sépara le typhus exenthématique, qui avait bien de commun avec la fièvre typhoïde l'état typhique, mais qui en différait par d'autres points. La maladie fièvre typhoïde était constituée, sa symptomatologie décrite de main de maître, ses lésions analysées dans les détails; mais, en somme, s'il est utile de connaître une affection, s'il est intéressant de savoir son évolution anatomique et clinique, là n'est pas encore le but extrême que l'on doit se proposer. Après la solution de ces questions, devaient s'en poser d'autres dont l'intérêt n'est pas moindre; on en vint donc à étudier l'étiologie, l'histoire et le développement des épidémies; puis, quand ce côté parut épuisé, ce fut le tour du traitement; et, il y a quelques années, on vit apparaître les méthodes thérapeutiques les plus diverses : la réfrigération par les agents physiques ou par les médicaments; ou bien encore les médications antiseptiques les plus variées. Est-ce en voyant le peu de succès auquel on aboutissait finalement avec chacune des médications tour à tour prônées puis bientôt abandonnées; est-ce sous l'influence des idées nouvelles sur la genèse des maladies infectieuses que les esprits furent un peu détournés de la thérapeutique? C'est probablement sous cette double influence qu'on en est revenu aujourd'hui à l'étiologie, avec l'espoir, d'ailleurs parfaitement justifié, que c'est bien plus par la prophylaxie que par les méthodes thérapeutiques que l'on se mettra à l'abri des ravages qu'a faits trop souvent et que fait encore la fièvre typhoïde.

L'étiologie de la fièvre typhoïde comprend donc deux périodes : une première dont les plus illustres représentants sont Budd et Murchinson; puis, à quelque temps de là, sous l'influence des idées bactériologiques, on fait une série de recherches nouvelles pour trouver, d'abord l'agent spécifique de la maladie, puis ses principaux moyens de diffusion; c'est la période actuelle, celle dont nous nous occuperons surtout ici, nous contentant de donner un court aperçu de travaux anciens, exposés d'ailleurs, d'une façon tout à fait magistrale, dans l'ouvrage de M. Guéneau de Mussy (*Clinique médicale*, 1884) et dans l'article remarquable fait par M. Homolle dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse; tout le monde s'accorde sur ce point, et, en tant que maladie infectieuse, elle comporte deux ordres de causes : les unes inhérentes au sujet, les autres se rapportant à l'agent infectieux.

Nous ne voulons pas nous arrêter ici aux conditions d'âge, de tempérament, de profession, etc., qui rendent les sujets plus spécialement aptes à recevoir le principe typhoïdique; ces conditions ont, depuis longtemps, été déterminées par les observateurs; les recherches modernes n'y ont rien ajouté; elles ont expliqué pourquoi certaines de ces conditions favorisaient le développement de la maladie, mais, en ce qui concerne la réceptivité, elles n'ont rien ajouté aux résultats anciens.

On reconnaîtra peut-être un jour que le rôle que joue l'agent récepteur est le facteur le plus important du problème étiologique; mais comme c'est celui contre lequel on aura toujours le moins d'action, c'est contre le second facteur que l'on a principalement dirigé tous les efforts; c'est lui que l'on a cherché à déterminer, à étudier, pour pouvoir éviter son développement et sa diffusion.

II

Il y a quelques années encore, les auteurs étaient partagés en deux camps, dans la discussion touchant l'étiologie de la fièvre typhoïde. D'un côté, on voyait les partisans de Murchinson, les adeptes de la doctrine *pythogénique*; les autres, partisans de Budd, regardant l'agent typhoïdique comme absolument *spécifique*.

Murchinson disait : La fièvre typhoïde est engendrée par un miasme qui se dégage des matières en putréfaction, surtout des matières excrémentitielles.

Budd, de son côté, affirmait que les matières seules provenant de typhiques pouvaient engendrer la fièvre typhoïde; et chacun appuyait son opinion sur l'observation de faits très nombreux et, en général, recueillis avec une grande précision. Pour mieux faire comprendre les deux doctrines, nous citerons, parmi les nombreux faits rapportés par chaque auteur, un de ceux qui nous a paru le plus démonstratif pour l'une et l'autre théorie.

En 1858, quatre cent quarante-quatre habitants de Windsor, représentant à peu près le vingtième de la population de la ville, furent atteints de la fièvre typhoïde et trente-neuf succombèrent. La maladie fut circonscrite dans deux des trois districts de la ville; dans ces deux quartiers, les maisons avaient des water-closets communiquant avec les égouts collecteurs; une dérivation de la Tamise et l'eau des fontaines balayaient habituellement ces égouts; mais, à la suite d'une sécheresse excessive, des fontaines s'étaient taries et le niveau de la Tamise avait considérablement baissé. De là, stagnation du liquide des égouts et exhalaisons dans les maisons. Le quartier le plus pauvre et le plus sale fut à peu près épargné, parce que les cabinets d'aisance y étaient placés en dehors des maisons. Une femme de ce quartier cependant, qui se plaignait de l'odeur fétide venant d'une bouche d'égout située vis-à-vis de son habitation, perdit sa fille, atteinte par l'épidémie. Le château fut épargné, mais il avait un égout spécial et la conduite des eaux y avait été soigneusement entretenue. Voilà un fait démonstratif pour Murchinson.

Budd voulait bien, comme Murchinson, admettre le rôle des matières fécales en putréfaction, mais à condition qu'elles continssent des déjections de typhiques; pour lui, les matières fécales d'individus sains ne pouvaient pas donner naissance au poison typhoïdique; et le fait suivant, qu'il rapporte, nous paraît très convaincant à cet égard; c'est le récit d'une épidémie observée par Budd lui-même, au couvent du Bon Pasteur, à Arno-sur-Court, en 1864.

Ce couvent était installé dans un château du XVIII[e] siècle, solide, sec et bien aéré. On y avait annexé une maison de correction qui renfermait cent vingt-six jeunes filles et un pénitencier qui en contenait trente-quatre.

L'installation ne laissait rien à désirer sous le rapport des conditions hygiéniques; deux puits, à l'abri de toute infiltration de voisinage, fournissaient une eau salubre aux habitants de cette institution, qui était dirigée par cent vingt-cinq religieuses et un aumônier.

Pénitencier, maison de correction, couvent, logement du chapelain formaient des habitations parfaitement séparées les unes des autres.

Pendant plusieurs années, la mortalité fut faible et les maladies furent peu nombreuses dans cet établissement.

La fièvre fut introduite dans le couvent en 1863, par une jeune fille qui en était affectée. Pendant l'été de cette année, elle avait quitté l'établissement pour entrer au service d'une famille, qui habitait une grande ville à vingt lieues de là. Au milieu de novembre, les religieuses furent informées que leur élève avait contracté une mauvaise fièvre qui régnait dans la localité.

Le 17 de ce mois, le chapelain alla chercher cette jeune malade et la ramena au couvent; ses déjections furent jetées dans les cabinets d'aisance de l'infirmerie, et son linge sale fut lavé dans la buanderie commune.

Six semaines après, une fille de la maison de correction qui avait vu la malade à l'infirmerie, et qui était employée à la buanderie, fut elle-même prise de fièvre; puis, d'autres cas ne tardèrent pas à éclater tellement que, le 29 février, quand le docteur Budd fut appelé, trente des pensionnaires étaient atteintes de fièvre et vingt autres furent frappées dans les quarante-huit heures qui suivirent. L'épidémie ne s'arrêta que lorsque le docteur Budd eut prescrit des mesures extrêmement sévères de désinfection. Elle avait atteint cinquante-quatre personnes, dont quatre seulement en dehors de la maison de correction : deux employées à la buanderie, une religieuse qui soignait les malades et l'aumônier qui passait toutes ses journées au milieu d'elles.

Après la cessation de cette endémie, on examina les égouts de vidange, et l'on put constater que si l'écoulement des matières ne se faisait pas très régulièrement, ces matières ne pouvaient en aucune façon communiquer avec les réservoirs d'eau.

Il serait donc difficile ici de faire intervenir, comme cause déterminante de l'épidémie de fièvre typhoïde, autre chose que le principe infectieux, spécifique, apporté au château par la première malade qui était allée le puiser dans une localité fort éloignée.

Pour Budd, il en serait de même dans tous les cas, la fièvre typhoïde reconnaîtrait toujours et invariablement pour cause, un agent infectieux, spécifique, provenant d'un autre typhique.

Malgré nombre de faits analogues à celui que nous venons de rapporter tout au long, les partisans de Murchinson furent pendant longtemps beaucoup plus nombreux en Angleterre que ceux de Budd; mais les recherches nouvelles tendent, de plus en plus, à infirmer la doctrine de Murchinson, et l'on peut dire qu'aujourd'hui il n'est pas douteux que la vérité soit du côté de Budd. La fièvre typhoïde est véritablement spécifique. Ce point paraît bientôt hors de conteste, car on semble avoir définitivement trouvé l'agent typhoïdique, l'avoir isolé et caractérisé.

Mais n'empiétons pas sur la période actuelle, avant d'exposer la série de recherches qui permettent de penser que l'agent spécifique de la fièvre typhoïde est aujourd'hui bien connu; mentionnons encore une doctrine étiologique qui attribuait au niveau de l'eau souterraine une grande influence sur le développement des épidémies de fièvre typhoïde. Celles-ci coïncident fréquemment avec un abaissement de la nappe d'eau souterraine, c'est un fait d'observation incontestable; mais comment agit cet abaissement de la nappe d'eau souterraine? Pour Pettenkofer qui a plus particulièrement étudié les épidémies de Munich, le problème serait très complexe; mais l'élément le plus important serait le dégagement des gaz du sol. Les matières organiques répandues au sein des couches abandonnées par l'eau se putréfieraient; puis, selon l'épaisseur, la perméabilité, la porosité des couches sous-jacentes, selon aussi les variations de la pression barométrique, les effluves se multiplieraient entraînant, jusqu'à la surface du sol, le poison typhique. Pettenkofer aurait donc fait volontiers de la fièvre typhoïde une affection tellurique, au même titre que la malaria.

Liebermeister et Buchanan ont interprété d'une autre façon l'abaissement du niveau des eaux souterraines, et n'ont vu là qu'une cause de pollution des sources, où les infiltrations se font plus facilement, et où s'égouttent, par une sorte de drainage, les liquides des couches qui ont cessé d'être lavées par une irrigation constante.

Il est évident que l'eau d'un puits ou d'une fontaine est

d'autant plus impure qu'elle est plus basse, car dans ces conditions, les matières accumulées au fond sont plus facilement remuées et mêlées.

En résumé, avant la période actuelle, avant la période bactériologique, les observateurs avaient noté un grand nombre de faits dans lesquels l'influence des matières excrémentitielles, l'influence de l'adultération des eaux potables, paraissaient avoir joué le principal rôle dans le développement des épidémies de fièvre typhoïde. Mais si tout le monde était d'accord sur les faits, il n'en était plus de même pour l'interprétation; et sous ce rapport la science était partagée en deux camps; les uns avec Murchinson pensaient que l'agent typhogène pouvait naître de toutes les matières organiques en putréfaction; les autres avec Budd, et ceux-ci étaient peut-être en moins grand nombre, considéraient cet agent comme spécifique, et ne pouvant provenir que des déjections ou autres produits émanant de malades atteints eux-mêmes de fièvre typhoïde.

III

Les recherches modernes n'ont fait que confirmer la théorie de Budd en ce qui regarde la spécificité de l'agent typhique, mais elles ont peut-être infirmé quelques-unes de ses idées sur le mode de transmission de la maladie, car tout en admettant le rôle des infiltrations des sources par les fosses d'aisance, Budd accordait à la contagion une grande part, dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, et sous ce rapport peut-être se rapproche-t-on maintenant davantage des idées de Murchinson qui faisait jouer un rôle capital à la pollution des eaux potables par les matières excrémentitielles.

Dès que les idées de Pasteur sur la genèse des maladies infectieuses et que ses belles recherches sur le charbon commencèrent à se répandre, on fut naturellement porté à rechercher des microbes dans toutes les maladies, et la fièvre typhoïde ne fut pas la dernière affection dont on s'occupa. Tigri de Sienne, en 1864; Coze et Feltz, en 1866; Hallier, en 1868, décrivirent successivement un microbe de la fièvre typhoïde, ils firent peu d'adeptes; Klein, en 1875, vint affirmer la présence de champignons pourvus de mycelium et de microcoques dans l'intestin, les ganglions mésentériques et les selles des typhiques; on vit plus tard qu'il n'avait décrit qu'une de ces innombrables variétés de microcoques qui remplissent l'intestin. Les recherches étaient nombreuses, mais presque toutes contradictoires; cependant, les travaux originaux et les recherches de bacilles se multipliaient chaque jour.

Enfin, en 1880, parurent les premiers travaux d'Eberth (1); le professeur de Leipzig avait trouvé, dans la rate et les ganglions lymphatiques de certains typhiques, une bactérie de forme toute particulière, qu'il n'avait point rencontré dans d'autres affections.

C'est, disait-il, un bacille qui a la forme d'un mince fuseau, plutôt que celle d'un vrai cylindre. Les extrémités sont arrondies comme celle du bacille de la putréfaction. Le contenu est homogène à l'exception de petits corps inconstants, d'un éclat mat, semblables à des spores et au nombre de un à trois dans chaque bacille. Ce bacille prend très mal les couleurs d'aniline, et apparaît dans les coupes sous forme d'amas. Les caractères morphologiques, assignés par Eberth, avaient une très grande importance; ils étaient nets, précis, et suffisaient à la grande rigueur pour différencier le bacille typhique des autres bactéries, que l'on peut rencontrer dans l'organisme. C'était un grand progrès; mais il restait à faire la série des recherches que comporte actuellement l'étude complète d'une bactérie, il fallait l'isoler, la cultiver sur différents milieux de culture, pratiquer des inoculations, voir les conditions qui activaient ou retardaient les cultures, en un mot faire la biologie de ce bacille. Une bonne partie du travail fut faite au laboratoire de Koch, par Gafky; mais parmi ceux qui contribuèrent pour une grande part à élucider l'histoire de ce bacille on peut, après Gafky, citer MM. Chantemesse et Widal dont les remarquables recherches, entreprises au laboratoire de M. le professeur Cornil, ont fait faire un grand pas à la question, surtout dans la voie des déductions pratiques. Nous emprunterons au travail de ces deux auteurs, publié dans le dernier numéro des *Archives de physiologie* (1), les principaux détails sur l'histoire du bacille typhique, histoire que nous résumerons autant que possible et que nous diviserons en trois chapitres.

(1) *Archives de Virchow*, 1880 et 1881; — *Recueil de Volkmann*, 1883.

Nous nous occuperons d'abord des recherches faites sur le malade et sur le cadavre, celles qui sont pour ainsi dire à la portée de tout le monde et qui peuvent servir à faire un diagnostic en clinique où à le confirmer après la mort.

Dans un second chapitre, nous indiquerons très brièvement les principaux procédés de culture et les résultats des inoculations.

Enfin, nous passerons en revue la série des recherches entreprises dans le but de déterminer les modes de diffusion et de multiplication du bacille, recherches qui jettent une lumière toute nouvelle sur le mode de propagation de l'agent typhique, et qui viennent confirmer, d'une manière éclatante, l'opinion émise déjà par Murchinson sur le rôle prépondérant des matières fécales et de la pollution des eaux dans la dissémination de la fièvre typhoïde.

IV

Le bacille d'Eberth rencontra bien quelques contradicteurs. Klebs (2), Letzerich (3), décrivirent d'autres micro-organismes, mais les recherches ultérieures sont venues confirmer celles d'Eberth et le bacille qu'il a décrit paraît bien être le microbe pathogène de la fièvre typhoïde.

Eberth avait déjà remarqué que ce bacille prend mal les couleurs d'aniline, aussi se contentait-il, pour le rechercher dans les coupes, d'éclaircir par l'acide acétique concentré sans coloration, et il reconnaissait son microbe à la périphérie des amas, où les organismes étaient moins tassés et plus disséminés. Chaque auteur est venu ensuite proposer sa méthode de coloration. Gafky durcissait à l'alcool et colorait les coupes dans une solution alcoolique de bleu de méthyle où il les laissait vingt-quatre heures; Artaud (4) n'obtint par ce procédé que de mauvais résultats; il fit des coupes sur les tissus congelés avec le chlorure de méthyle, les laissa vingt-quatre heures dans une solution alcoolique de bleu de méthyline, additionnée d'un tiers d'eau distillée, il fut plus heureux qu'avec la méthode de Gafky; M. Chantemesse, après avoir expérimenté tous les procédés préconisés, recommande le suivant, comme paraissant donner les

(1) *Archives de Physiologie*, 1er avril 1887.
(2) *Archiv. für path. Experimental*, 1881.
(3) *Archives de Virchow*, LXVIII.
(4) Thèse de Paris, 1884.

résultats les plus constants. Les coupes, faites sur des tissus durcis par l'alcool, sont mises dans la solution de Ziehl composée de :

Eau distillée	100
Fuschine	1
Acide phénique	5

On les laisse une demi-heure, on les lave rapidement dans de l'eau acidulée avec 1 p. 100 d'acide acétique, on décolore et on déshydrate par l'alcool ; on éclaircit par l'essence et on monte dans le baume.

On peut employer le même procédé pour colorer les lamelles faites avec le suc obtenu par le raclage d'organes typhiques, ou avec les différents produits excrémentitiels.

Ce qui distingue le bacille typhique sur les coupes, c'est d'abord sa forme ; c'est un petit bâtonnet à extrémités arrondies, long comme un tiers de globule rouge, et de largeur égale à un tiers de la longueur. Souvent il offre, dans son milieu, une petite vacuole qui n'est pas colorée ; ce caractère déjà indiqué par Eberth et Friedlander, et surtout par Artaud, n'est pas absolu. D'autre part, le bacille typhique est très souvent en amas, Gafky croyait cette disposition spéciale, mais Artaud a bien montré que les amas que l'on rencontre sur les coupes d'organes provenant d'individus morts de fièvre typhoïde, ne sont pas toujours des amas de bacille typhique, et il faut bien se garder de les confondre avec les amas du bacille de la putréfaction qui se présentent à peu près sous le même aspect. C'est par l'examen très attentif de la périphérie des amas où les micro-organismes sont isolés, que l'on peut distinguer les bacilles de la putréfaction, dont la forme est un peu différente ; d'après Artaud, le bacille de la putréfaction est plus petit que celui de la fièvre typhoïde, de plus il présente constamment deux extrémités renflées par rapport au corps du bacille, qui est grêle et rétréci. Enfin, il se colore beaucoup plus facilement et ne se décolore pas par la méthode de Gram, comme le bacille typhique.

Donc, forme spéciale, disposition en amas, difficulté de coloration, et décoloration par le procédé de Gram, tels sont les principaux caractères auxquels on pourra reconnaître le bacille d'Eberth dans les tissus.

Jusqu'ici, on l'a surtout trouvé dans la rate, dans les ganglions mésentériques, dans le foie et les parties profondes de la muqueuse intestinale, et quelquefois dans les urines et les déjections. Meisels l'aurait également vu dans sept cas, sur des préparations faites avec du sang tiré de la rate.

V

Malgré tout l'intérêt de ces recherches faites, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, elles n'auraient pas suffi à assurer la spécificité du bacille typhique, si elles n'avaient été complétées et confirmées par la méthode des cultures, la seule qui permette aujourd'hui de caractériser sûrement un micro-organisme. C'est Gafky, le premier, qui cultiva le bacille typhique au laboratoire de Koch et détermina les principaux caractères de ses cultures, tant sur la gélatine peptone que sur les pommes de terres.

Nous serons brefs sur cette partie de notre sujet, peut-être un peu trop technique ; nous dirons seulement que sur la gélatine, la culture apparaît au bout de quarante-huit heures à la température ordinaire : elle a un aspect membraneux pelliculaire tout spécial, se présente sous forme de stries contournées, et ne liquéfie pas la gélatine. Sur les pommes de terre la réaction est plus caractéristique, c'est, disent MM. Chantemesse et Widal, le critérium le plus sûr pour le diagnostic du bacille. Il y prospère et se multiplie, mais sans culture apparente à l'œil nu ; à peine aperçoit-on au bout de quelques jours sur la strie d'inoculation une traînée humide, et souvent, la tranche de pomme de terre doit être examinée sous un certain angle d'incidence, pour que l'on puisse déceler la présence d'une culture.

Dans les cultures, la forme du bacille est variable, l'espace clair central, que M. Chantemesse regarde comme une dégénérescence, manque la plupart du temps, les bâtonnets sont plus longs ; parfois réunis en filaments ; on peut faire apparaître des spores en maintenant les cultures sur pomme de terre pendant quelques jours entre 34 et 40°, ce qui explique que la même culture peut ensuite être portée pendant une heure entre 55 et 58° sans que le bacille soit détruit.

Mais il est un caractère constant et d'une grande importance, sur lequel Gafky avait déjà insisté, c'est la mobilité de ce bacille typhique, mobilité toute particulière en vertu de laquelle non seulement il se transporte d'un endroit à l'autre dans le champ du microscope ; « mais il présente encore un mouvement d'oscillation tout particulier sur lui-même : c'est une secousse de vibration pour les petits bacilles, de reptation pour les formes allongées. »

La méthode des cultures a permis de déceler le bacille d'Eberth, non seulement dans le foie, la rate, les ganglions mésentériques et les plaques de Peyer, mais encore dans le muscle cardiaque, dans les méninges du cerveau, et même dans le testicule. Elle a permis en outre de montrer d'une façon indiscutable que le bacille existait dans la rate des typhiques, tandis que du sang pris dans la rate d'individus atteints de maladies infectieuses autres, ne contenait rien de semblable.

Une dernière preuve restait à faire pour démontrer d'une façon absolue la spécificité du bacille typhique. C'est la preuve des inoculations. Malheureusement, les animaux, même ceux qui semblent le plus rapprochés de l'espèce humaine, comme les singes, ne sont pas aptes à contracter la fièvre typhoïde de l'homme ; de nombreuses tentatives ont été faites par Gafky, par Fränkel, Simmonds et d'autres, elles n'ont amené que des résultats contradictoires ; M. Chantemesse semble avoir été plus heureux, mais les expériences positives sont encore en trop petit nombre pour qu'on puisse baser sur elles autre chose que des espérances. Cette nouvelle preuve, qui ne tardera pas à être apportée, viendra confirmer la spécificité déjà bien établie d'ailleurs du bacille d'Eberth.

Avec l'aide de cette nouvelle donnée, l'existence d'un bacille spécifique producteur de la fièvre typhoïde, les recherches étiologiques vont maintenant marcher d'un pas plus assuré, et conduire à des résultats plus fructueux. C'est la voie dans laquelle s'est engagé M. Chantemesse, et son dernier travail nous montre qu'il est déjà arrivé à des conclusions d'une importance capitale. Ce sont ces dernières recherches qu'il nous reste maintenant à exposer.

VI

Depuis longtemps, on a considéré l'ingestion d'une eau impure comme la cause d'un grand nombre d'épidémies, et si Budd et Murchinson n'étaient pas d'accord sur la nature de l'agent typhique, ils s'entendaient au moins pour dire

que l'eau jouait un rôle considérable dans la dissémination et la propagation de la fièvre typhoïde ; on avait souvent noté des épidémies de citernes circonscrites aux maisons desservies par une même conduite d'eau, ou frappant exclusivement ceux qui buvaient l'eau d'une même fontaine ; il y avait des faits d'une précision presque mathématique, témoin en particulier l'épidémie de Lausen en 1872 racontée par Hœgler. Dans ce village du canton de Bâle, cent trente habitants sur huit cents furent atteints de fièvre typhoïde, et la maladie éclata seulement dans les maisons où l'on buvait l'eau des fontaines publiques ; aucun cas ne se montra dans celles qui usaient seulement d'eau de pompe. Or, l'eau des fontaines publiques était amenée, par un conduit souterrain, d'un ruisseau dans lequel se déversaient le contenu de la fosse et le purin des fumiers d'une maison, où il y avait eu un premier cas de fièvre typhoïde deux mois avant. Les observations de ce genre sont nombreuses ; tout le monde a conservé le souvenir de l'épidémie d'Auxerre, sur laquelle M. Dionis des Carrières fit à l'Académie un rapport si remarquable. L'histoire de l'épidémie de Monts, rapportée par le docteur Baraduc (1), n'est pas moins probante à cet égard. Le village de Monts, qui n'avait jamais été visité par la fièvre typhoïde, est divisé en deux agglomérations séparées par une distance de 140 mètres, sur le versant d'une colline. L'eau potable est différente pour les deux groupes d'habitants.

En novembre 1878, apparurent, chez des enfants du village d'en haut, deux cas de fièvre typhoïde qui furent les seuls ; leur source est restée inconnue.

Huit mois plus tard, débute une épidémie localisée au village d'en bas : sur trentre-trois habitants, quatorze sont atteints et quatre succombent. Des neuf maisons, cinq sont envahies ; sur les quatre restées indemnes, trois sont occupées par des vieillards, et la quatrième, isolée, est la seule qui possède une source particulière. Toutes les autres maisons prenaient leur eau potable dans une source dont le trop-plein servait de lavoir aux deux villages, et où notamment on avait lessivé le linge des deux petits malades d'en haut. On condamna la source, l'épidémie s'arrêta.

Le docteur Longbois (2) a réuni les principaux faits de ce genre, et la lecture de son travail ne laisse aucun doute sur le rôle de la contamination des eaux. Mais tout en reconnaissant l'importance de l'eau, dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, on ne savait pas à quel principe contenu dans cette eau la maladie était due, et les matières organiques d'une façon générale étaient principalement incriminées ; aujourd'hui, grâce aux travaux de Michaël et Mœrs en Allemagne, grâce aux recherches de MM. Chantemesse et Widal, on sait d'une façon péremptoire que les matières organiques ne sont pour rien dans l'affaire. A Pierrefonds comme à Clermont-Ferrand, M. Chantemesse a pu isoler dans l'eau incriminée le bacille typhique, et montrer que dans le bacille était la véritable cause de propagation de la maladie ; s'il faut en croire les expériences de M. Pouchet (3), non seulement les matières organiques seraient innocentes, elles empêcheraient même jusqu'à un certain point le développement du bacille qui se cultive mieux dans l'eau pure que dans l'eau d'égout filtrée. Cette recherche des bacilles dans l'eau, simplifiée beaucoup, grâce au procédé ingénieux imaginé par M. Chantemesse, a donné des résultats dont l'intérêt est capital, mais en même temps elle a conduit à des constatations qui sont loin d'être rassurantes au point de vue de l'hygiène publique à Paris, car on a trouvé des bacilles typhiques dans l'eau pure prise à une borne fontaine du quartier Ménilmontant ; M. Thoinot (1) en a trouvé dans l'eau de la Seine, recueillie au-dessus de Paris ; une partie de l'eau qui alimente Paris est infectée, et chaque fois que cette eau, depuis ces cinq dernières années, a été substituée à l'eau de source qui doit servir normalement à l'alimentation, on a constaté des recrudescences considérables de fièvre typhoïde. Nous espérons qu'il suffit que le fait ait été signalé pour qu'il ne se produise plus désormais.

Voilà donc un premier pas et un pas important fait en avant dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, le rôle de l'eau potable est maintenant bien établi avec des données scientifiques qui laissent peu de doute. Mais quelle que soit la part qui revienne à l'eau dans la propagation de la fièvre typhoïde, elle n'est pas le seul agent de dissémination de la maladie, il est des cas où l'on est obligé d'invoquer d'autres causes, abstraction faite bien entendu des conditions de réceptivité dont nous ne voulons pas parler ici.

En Angleterre, par exemple, on a fait jouer, dans ces derniers temps, un grand rôle à l'infection par le lait. Hart, en 1879, rassemblait soixante et onze épidémies de ce genre, observées dans le Royaume-Uni ; d'autres étaient signalées en Allemagne par Lübe, en Norvège et en Danemark. Faut-il ici incriminer l'eau qui servait à l'alimentation des vaches, ou celle qui servait à nettoyer les vases dans lesquels on renfermait le lait ? C'est là une question qu'il sera facile maintenant d'élucider.

Pour ce qui est des prétendues épidémies de fièvre typhoïde occasionnées par l'ingestion de viande altérée, il est à présumer que malgré la grande similitude des symptômes, malgré même les cas secondaires, les faits de ce genre, étudiés avec les nouvelles données de la science, seront prochainement rayés du cadre nosologique de la fièvre typhoïde.

Mais à côté de ces cas dont la nature est douteuse, il en est d'autres où l'affection transmise était certainement la fièvre typhoïde, et dans lesquels le contage paraissait avoir été apporté soit avec du linge, soit avec des objets de literie. La susceptibilité spéciale des blanchisseurs à contracter la fièvre typhoïde est connue depuis longtemps ; Clarke a également signalé la fréquence de la maladie chez les marchands de vieux vêtements ; outre cela il existe un certain nombre de faits où la contagion par le linge ne peut être mise en doute : témoin le cas de Thompson dans lequel des vêtements ayant appartenu à un typhique et transportés d'Amérique en Australie, déterminèrent l'éclosion d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Est-ce avec l'air, est-ce avec les aliments que l'agent typhique pénètre alors dans l'organisme ? Cette même question se pose encore pour expliquer les cas de contagion, rares, il est vrai, observés, par exemple, dans les hôpitaux. Ce développement de cas intérieurs est encore mis en doute par quelques auteurs ; et, cette année même, à la Société médicale des hôpitaux, M. Joffroy vint affirmer que sur une série de trois cent quarante-six fièvres typhoïdes, il n'avait pas observé un seul fait de contagion, M. Gérin-Rose, au contraire, sur trois cent soixante-deux cas, en avait constaté quinze dans lesquels la contagion lui avait paru évidente.

(1) *Revue d'hygiène*, 1881.
(2) *Des conditions typhoïgènes d'un groupe de maisons à Joigny*, Paris, 1886 (Octave Doin).
(3) *Académie de médecine*, 1887.

(1) Communication à l'Académie de médecine, 5 avril 1887.

En vertu de ce principe que les faits positifs ont plus de valeur que les faits négatifs, il est difficile d'admettre, même actuellement, que des individus en rapport avec des typhiques ne soient pas plus exposés que d'autres à contracter la fièvre typhoïde.

Si l'on remarque avec M. Bertillon que, contrairement à ce que l'on observe pour la variole et la diphthérie, les habitations voisines des hôpitaux où sont soignés les typhiques ne sont pas plus atteintes que celles beaucoup plus éloignées, on peut penser que la diffusion du germe typhique par l'air est au moins très faible, le transport se fait bien plutôt par les objets contaminés, linge, vaisselle, etc., et finalement par les aliments.

C'est là un point qui reste à élucider, mais, maintenant que l'on connaît bien le bacille typhique, les recherches seront beaucoup simplifiées et il faut espérer que, dans un avenir très prochain, on connaîtra tous les modes de propagation de cet agent morbifique. Cette connaissance permettra de l'éviter, de le combattre, et ce sera là un des plus grands progrès accomplis par la médecine moderne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

M. Ferrand offre en hommage les leçons qu'il a faites sur l'aphasie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 217.)

Lésions du myocarde consécutives à l'athérome des artères coronaires. — M. Letulle fait une communication sur ce sujet. Il s'applique à démontrer que les lésions du myocarde qui se produisent dans les cas d'athérome des artères coronaires sont des dégénérescences granuleuses pigmentaires atrophiques et non, comme on l'a cru, des myocardites scléreuses hypertrophiques. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion.

Tumeurs multiples de la peau, d'un diagnostic difficile. — M. Barier présente un malade âgé de trente et un ans, qui, au mois de décembre dernier, a été atteint d'une petite tumeur sous-cutanée au niveau de la commissure labiale droite; cette petite tumeur s'ouvrit et suppura. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis six mois, il a vu se développer une trentaine de tumeurs analogues, sous-cutanées, assez profondes, indolentes, qui s'ouvrent et deviennent fistuleuses. En même temps survient une hypertrophie assez considérable du corps thyroïde.

Le malade est indemne de syphilis. M. Barier s'est demandé s'il ne s'agissait pas du farcin chronique. Il a dû laisser de côté ce diagnostic, ainsi que celui de mycosis fongoïde, de cancer cutané. Ayant appris que ce malade toussait depuis quelque temps, il l'ausculta et trouva des signes sthétoscopiques de tuberculose pulmonaire.

Le pus de ces abcès a été examiné au microscope et on n'a pas trouvé de bacilles. C'est donc pour avoir l'avis de la Société que M. Barier présente ce malade.

M. Gaucher a vu récemment, à l'hôpital des Enfants, un petit malade atteint de tumeurs semblables, qui ont guéri avec des applications d'acide borique. Ce malade n'était pas tuberculeux.

Des troubles trophiques exceptionnels d'origine rhumatismale. — M. A. Renault rappelle que des troubles trophiques ont été signalés, dès le siècle dernier, par John Hunter, à la suite des affections des jointures. Mais Hunter et les auteurs qui traitèrent la question après lui, Bonnet, J. Roux, Gosselin, Verneuil, Le Fort, Auguste Ollivier, Vulpian, n'eurent en vue que l'atrophie musculaire.

M. le docteur Collette, dans sa thèse inaugurale, en 1872, outre l'atrophie musculaire, mentionne un autre trouble trophique, consistant en un épaississement notable de la couche adipeuse sous-cutanée.

Mais c'est surtout dans ces dix dernières années que l'attention des observateurs a été attirée sur ces faits intéressants et que le domaine des notions acquises s'est considérablement agrandi.

Qu'il suffise de citer le remarquable travail de M. Féréol, relatif à l'hypertrophie ou l'atrophie osseuse consécutives aux lésions articulaires; le mémoire de MM. Troisier et Brocq sur les nodosités rhumatismales; les communications de MM. les professeurs Potain et Verneuil sur le pseudo-lipome sus-claviculaire; enfin, celle de Hadden, en Angleterre, sur le *glossy skin* consécutif au rhumatisme. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 614.)

On ne peut penser ici au tabes, dont l'évolution s'accompagne quelquefois de la chute des ongles, ainsi que MM. Joffroy, Pitres et Roques l'ont déjà signalé. Le malade n'a absolument aucun symptôme médullaire, et, dans l'intervalle des attaques, sa santé est parfaite. Ce fait est favorable à la théorie des auteurs qui admettent au rhumatisme une origine nerveuse et qui même, en localisant davantage, pensent que la lésion doit être recherchée dans la moelle. Cette théorie, déjà mise en avant il y a quarante ou cinquante ans, par Mitchell, Froriep, Canstatt, a été reprise, plus récemment par Weber et M. Trolard (d'Alger).

Il appartient à l'avenir de résoudre la question.

Mais, dès à présent, il est rationnel de penser que toute une catégorie d'affections rhumatismales articulaires semble se rattacher à un trouble fonctionnel ou à une lésion du système nerveux.

Syphilis. — M. Hallopeau reprend la discussion sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 613.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les différents concours de clinicat s'ouvriront lundi prochain, 27 juin 1887, à neuf heures. Les candidats, ainsi que les membres du jury, pour chacun d'eux, sont :

A. Clinicat chirurgical. — Jury : MM. Duplay, Guyon, Lannelongue, Le Fort et Verneuil, juges titulaires; MM. Panas et Trélat, juges suppléants. — Candidats : MM. les docteurs Bournier, Michaux, Ozenne et Phocas.

B. Clinicat médical. — Jury : MM. Cornil, Damaschino, Dieulafoy, Peter et Germain Sée, juges titulaires; MM. Hayem et Potain, juges suppléants. — Candidats : MM. les docteurs Carron de la Carrière, Dalché, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Pignol et Martinet.

C. Clinicat des maladies nerveuses. — Jury : MM. Charcot, Cornil, Damaschino, Dieulafoy, Peter et Germain Sée, juges titulaires; MM. Hayem et Potain, juges suppléants. — Candidats : MM. les docteurs Berbez et Gilles de la Tourette.

— Le concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques, doit s'ouvrir le lundi 11 juillet 1887.

Un seul candidat s'est fait inscrire : M. le docteur Poirier. Le jury se composera de MM. Cornil, Duplay, Farabeuf, Lannelongue et Mathias-Duval, juges titulaires, et de MM. Guyon, Le Fort et Trélat, juges suppléants.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 26 juin 1887, dans la forêt de Fontainebleau.

Le départ aura lieu par le train de six heures et demie du matin, à la gare de Lyon.

— M. le professeur L. Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 26 juin 1887, dans la forêt de Saint-Germain.

Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à midi, pour le train partant à midi et demi, pour la station du Pecq.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21344

34

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse il est enfermé dans de petites capsules rondes contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.

Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*

Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas; pour les adultes, quatre à huit capsules.

DÉPÔT : pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

65

SIROP DE QUINQUINA FERRUGINEUX

De GRIMAULT et Cie,
au Pyrophosphate de Fer et de Soude.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes et contient par cuillerée à bouche 20 *centigr. de sel de fer* et 0,10 *extrait de quinquina*. Phie, 1, r. Bourdaloue.

241

PHOSPHATE DE FER

(*Pyrophosphate de Fer et de Soude*)
de LERAS, docteur ès sciences

Solution ou *sirop* incolores, sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation. Toujours bien supportées par les estomacs les plus délicats, ils réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique, et contiennent 20 centigr. de sel de fer par cuillerée à bouche. **Chlorose, anémie, appauvrissement du sang.**

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

72

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

A la Pepsine, Pancréatine
et Sous-Carbonate de Bismuth.

La composition de ce produit et sa forme pulvérulente en font un médicament précieux pour combattre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles digestifs de la grossesse.*

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour, Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

36

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris.20, pl. des Vosges.

11

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

72

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

Dose : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

19

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant
Contre **CONSTIPATION**
et les affections qui l'accompagnent, telles que :
Hémorrhoïdes, Bile,
Manque d'appétit, Embarras gastrique
et intestinal
et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

33

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE,
ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

97

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

90

AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DU LARYNX

PASTILLES CHARLARD-VIGIER

Au biborate de soude pur, 0gr,10 par pastille.

Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

95

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue. Fl. : 3f,50.— Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

12

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

60

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

66

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

22

IODURES EN SOLUTION SOUS ENVELOPPE DE GLUTEN

J. WARIN, Pharmacien, Joinville-le-Pont.

BULLES IODURÉES :

Chacune contient en solution 0gr,25 d'Iodure de potassium complètement assimilés et sans irritation du tube digestif.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES :

Chacune contient **EN SOLUTION** 0gr,25 d'iodure de potassium pur et 1/2 centigramme de bi-iodure de mercure, de sorte qu'elle correspond à **1/2 cuillerée de sirop de Gibert.**

Dépôt : MEULEY, 133, rue Saint-Antoine, Paris.
1886. Récompenses Liverpool et Paris.

46

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

41

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chroniques de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

39

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine,
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose quot. Granules (1 à 3).—Solution prus. int. (10 à 30 gttes).

Pour éviter les Digitalines étrangères **impures**, formuler : la *Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne*

Dr Homolle — Quevenne

Nº 79. — MARDI 28 JUIN 1887. 60e ANNÉE MARDI 28 JUIN 1887. — Nº 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Pédérastie passive et active.

Nous avons commencé précédemment l'histoire de la pédérastie, et, après avoir vu qu'il était très facile de reconnaître la pédérastie passive sur un sujet non consentant (rougeur de la marge, excoriation, fissures, ganglions dans l'aine, douleur même au repos et surtout dans la défécation), nous avons démontré le peu de valeur de l'infundibulum que nous ne considérons pas, avec Zacchias et Tardieu, comme un refoulement mais comme un effet de la contraction du releveur de l'anus. Descouts, qui, comme médecin du Dispensaire, n'a d'autre objectif, depuis plusieurs années, que les déformations de la vulve et de l'anus, n'a jamais trouvé d'infundibulum bien marqué, même chez les femmes venant de certains établissements spéciaux.

Un autre signe, après le relâchement du sphincter et après la disparition des plis (étoile de Tardieu), dont nous avons déjà parlé, serait dans ce fait que la muqueuse rectale, perdant ses adhérences avec les tissus sous-jacents, tombe et forme une sorte de bourrelet un peu semblable aux petites lèvres de la femme. Je ne nie pas ce phénomène, mais n'est-il dû qu'à des actes mécaniques?

Quand on a cinquante ans et qu'on exerce la médecine depuis vingt ou vingt-cinq ans, on a vu d'abord beaucoup d'hémorrhoïdes : c'est un fait presque constant chez la femme ayant eu des grossesses, et très fréquent chez l'homme après trente ans ; mais on a vu aussi bien souvent, spontanément et en dehors de tout acte obscène, une congestion anale se produire et le prolapsus de la muqueuse s'ensuivre. Il y a donc toujours un diagnostic à faire.

Vénot (de Bordeaux) dit avoir observé souvent des ulcérations de la marge de l'anus sur les prostituées. Descouts n'a pas encore noté un seul fait de ce genre.

Il est possible qu'une fistule à l'anus ou un cancer du rectum aient tiré leur origine de la pédérastie. Pourtant, rien ne justifie cette opinion que le cancer succède à un traumatisme. Le cancer du col de l'utérus n'est-il pas beaucoup plus fréquent chez les vierges que chez les femmes mariées? C'est pourquoi, je ne crois pas à ce signe de la pédérastie.

Dans quelques cas, un signe important peut se présenter dans les affections syphilitiques acquises. C'est en effet un préjugé que le mal vénérien ne peut pas se propager par la sodomie. Je ne parle pas de la blennorrhagie qui est en effet très rare au rectum, mais les chancres de la marge sont au contraire très fréquents. Et, dans certains cas, ces constatations peuvent donner une certitude à peu près absolue : par exemple, si les individus soupçonnés portent à la fois un chancre, l'un du côté gauche de la verge, l'autre du côté gauche de l'anus.

Encore une fois, chacun de ces signes considéré isolément n'a pas une grande valeur. Si vous obtenez l'accouplement de plusieurs d'entre'eux, vous aurez quelque probabilité, mais je vous engage à rester, dans tous les cas, dans cette catégorie de médecins que Tardieu taxait d'une trop grande timidité. Et ce n'est pas moi seul qui condamne ici Tardieu, mais la grande majorité des médecins légistes.

Un des diagnostics les plus difficiles à faire en médecine légale est certainement celui de la pédérastie active. On a indiqué comme caractéristique une verge petite, effilée, se terminant *more canum*, avec une empreinte, un étranglement au-dessus du gland, ou bien au contraire une verge très grosse se terminant en massue. Je vous assure qu'après avoir examiné la verge de presque tous les malades qui me sont passés entre les mains depuis de longues années, je n'en ai pas trouvé beaucoup qui se ressemblent et que je ne suis pas arrivé à concevoir des types de verge bien définis.

On a prétendu aussi que, chez certains pédérastes, la verge était comme tordue et la fente presque horizontale.

Tardieu a dû faire sa description sur un des commis de pédérastie, des petits chanteurs infantiles dont je vous ai fait le portrait. D'autre part, il s'est, je crois, un peu trop inspiré de ce qu'il appelle les confidences naïves d'une fille publique, qui lui avait raconté que les pédérastes qu'elle avait connus offraient tous des verges de chien. Je ne trouve pas le renseignement très scientifique et je vous fais d'ailleurs observer que M. Tardieu se trouve en présence de deux types absolument différents qu'il paraît difficile de concilier : petites verges et grosses verges. Il rappelle d'ailleurs, à l'appui de sa théorie, certaines déformations professionnelles, le pouce aplati dans certains métiers, les lèvres du flûtiste, etc. Toujours est-il que l'épithète de *caractère* me semble ici trop absolue.

Mais, en somme, comment vous en tirerez-vous si vous êtes appelés à faire une expertise? Ce qui pourra vous

arriver de plus heureux c'est que l'inculpé refuse d'être examiné. Autrement, certaines habitudes singulières pourront quelquefois vous mettre sur la voie. Certains, dès qu'ils vous aperçoivent, se mettent à quatre pattes sur le lit, sans se le faire dire, et se prêtent à l'examen comme s'ils en avaient l'habitude. D'autres, au contraire, résistent et commencent par vous prévenir qu'ils ne sont pas faits comme les autres, etc. Tout cela n'a pas une grande importance.

Ne vous laissez induire en erreur, ni par la dilatation résultant accidentellement de l'absence de sphincter (malade de Trélat), ni par une rectite qui peut survenir après une inflammation de l'utérus, après des hémorrhoïdes, etc.

Autrefois un signe assez probant résidait dans certains tatouages qu'on rencontre de moins en moins. C'est ainsi que plusieurs pédérastes avaient une botte dessinée sur la verge et ils s'abordaient en se disant : « Je vas te mettre ma botte dans le c... » Chez d'autres, on trouvait un serpent s'enroulant sur les cuisses et dont la tête entrait dans le rectum.

Enfin un dernier symptôme est constitué par les traces de violence. Les conditions habituelles dans lesquelles naissent les expertises médico-légales sur la pédérastie sont tantôt un outrage public à la pudeur, tantôt un prétexte tiré d'actes impudiques pour avoir un moyen de pénétrer chez le patient et de l'assassiner. Il y a eu, depuis dix ou quinze ans, un nombre de cas assez considérable rentrant dans cette dernière catégorie. On n'a jamais employé que deux procédés : ou bien la strangulation, ou bien le coup de couteau. Celui qui se trouve placé derrière l'autre lui passe un nœud coulant autour du cou ou bien il lui donne le coup de couteau classique des tentatives de suicide : de haut en bas et de gauche à droite sur le cou.

J'ai été chargé, il y a deux ou trois ans, d'une expertise à propos d'un individu qui avait été surpris traitreusement par l'autre, pendant qu'il était sur son bidet. La scène qui a précédé le meurtre n'était du reste pas douteuse ; on a trouvé dans la chambre des pots de pommade, des fleurs, des photographies, etc.

Quelquefois, il y a là-dessous des drames de vengeance et de jalousie, quelquefois de simples manœuvres d'escroquerie. Lorrain rapporte l'histoire de Bourda, *la belle Bordelaise*, et d'Alèche, *le beau blond*, qui n'avaient ni l'un ni l'autre des tournures de petits pédérastes. Le premier était sec, mince, une figure d'agent de la sûreté pour les mœurs ! Une nuit, l'un des deux coupa le cou à l'autre pour avoir son argent. Cet homme était affreusement sale. Il avait deux doigts de crasse sur le cou.

Remarquez que ces individus, friands de bagues et de bibelots, ne connaissent que de très loin les soins de la propreté la plus vulgaire.

Lorsque vous serez chargés d'expertises de cette nature, préoccupez-vous de l'état intellectuel des coupables. Ils n'ont certainement pas, en général, l'intelligence ordinaire. Faites toujours un large compartiment pour la simulation, mais pour peu que vous trouviez dans leur vie passée d'autres actes irréguliers, vous pourrez les ranger facilement dans le domaine de la psychopathie.

Si vous rencontrez des époux voulant arguer de faits de ce genre en séparation de corps, ne faites jamais de certificats de complaisance. Il y a là, au point de vue de la réputation du corps médical en général, un écueil à éviter.

La pédérastie revêt encore une autre forme particulière dont il faut se méfier. Pendant la belle saison, aux Champs-Élysées, on est poursuivi par des petites filles qui veulent fleurir votre boutonnière. Si on se laisse séduire par une de ces bouquetières et qu'on l'emmène, ne serait-ce que pour lui faire faire un tour très innocent au bois de Boulogne, on ne peut plus reparaître sans être poursuivi par toutes les autres qui vous disent : « Donne-moi vingt sous, ou bien je dirai ce que tu as fait à Pauline. » C'est encore un procédé de chantage.

Je vous ai déjà dit un mot du livre de Martineau sur le saphisme et de la valeur peu démonstrative des déformations possibles qu'il décrit. C'est ainsi qu'il parle d'un clitoris de 7 centimètres de longueur. J'affirme que, jamais, les frictions et les succions les plus répétées ne produiront ce résultat. Au Dispensaire, on voit des femmes avec les parties génitales les plus fraîches et les plus juvéniles qu'on puisse rêver, et le gland n'est même pas couvert par le capuchon clitoridien.

J'ai été battu dans le cas suivant : une pauvre vieille balayeuse des rues était accusée par sa fille de pratiquer sur elle des succions immondes. Or aucun signe ne permettait d'affirmer ces actes et cette femme disait que sa fille l'accusait ainsi pour se débarrasser d'elle, parce qu'elle ne voulait pas la laisser aller avec son amant. Elle a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Je termine par une petite anecdote. M. Fournier vit un jour entrer dans son cabinet une dame amenant son mari qui avait une luxation de la mâchoire. Il allait les renvoyer à un chirurgien, lorsque cette dame, racontant dans quelles circonstances son mari avait été mis à mal, expliqua en même temps qu'elle vînt s'adresser à un spécialiste pour les accidents vénériens.

PATHOGÉNIE DES KYSTES DE LA QUEUE DU SOURCIL

Par M. le docteur Larger.

Dans une séance antérieure, j'ai présenté à la Société de chirurgie un petit garçon âgé de deux ans, porteur d'une tumeur de la queue du sourcil. Par ses caractères extérieurs et l'intégrité absolue de la peau, cette tumeur, étant donné surtout le jeune âge du sujet, en imposait pour un kyste dermoïde congénital : telle fut, en effet, l'impression générale de ceux de nos collègues qui examinèrent le petit enfant.

Or, la cause productrice de cette tumeur était accidentelle et postérieure à la naissance. Au moment de celle-ci il n'y avait pas le moindre indice de tumeur à l'orbite, ainsi que je l'ai constaté moi-même, suivant mon habitude chez tous les nouveau-nés.

A l'âge de trois mois, la mère cogna la tête de l'enfant par l'angle externe de l'orbite, au coin d'un fourneau en fonte : cris violents mais pas de plaie, pas de tuméfaction appréciable. Le lendemain, cette femme, qui est très intelligente, constata l'existence d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, indolore, sans gonflement, sans rougeur ni ecchymose. Cette tumeur a augmenté depuis lors.

En en pratiquant l'ablation, j'ai constaté qu'elle faisait corps avec le muscle orbiculaire dans lequel elle était en grande partie cachée ; elle adhérait profondément au périoste par un pédicule fibreux assez lâche.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Mathias Duval a montré que la tumeur était un simple *kyste sébacé*. Il n'est pas douteux que le traumatisme, survenu à l'âge de trois mois, ait produit un petit thrombus du canal excréteur de l'une des glandes sébacées de la queue du sourcil : d'où oblitération du conduit et production d'un kyste par rétention. Il est donc bien établi qu'une tumeur d'origine traumatique de la queue du sourcil a pu être prise pour une tumeur d'origine congénitale. Je crois

que cette confusion est peut-être moins rare qu'on ne pourrait le supposer. En effet, les tumeurs de la queue du sourcil et du rebord de l'orbite en général s'observent le plus souvent, non dès la première enfance, mais bien dans l'adolescence et même plus tard encore. Si l'on songe, d'une part, à la fréquence extrême des chocs et des heurts, que subit, dans l'enfance, cette région si saillante et si exposée; si l'on considère, de l'autre, l'état anatomique de la région, la facilité avec laquelle le rebord osseux de la cavité orbitaire — tout particulièrement tranchant à l'angle externe chez l'enfant — peut offenser les parties molles sus-jacentes, on s'explique aisément la possibilité, la formation de ces kystes sébacés, à développement en général assez lent. L'on comprend en même temps leur confusion avec les kystes dermoïdes toujours simples dans cette région, d'après M. Lannelongue et que MM. Cornil et Ranvier confondent d'ailleurs avec les premiers.

Enfin, le fait que je signale permet de concevoir des doutes sur l'origine des *kystes huileux* de l'orbite, lesquels pourraient bien n'être que des kystes sébacés accidentels ayant subi la dégénérescence huileuse, comme cela s'est vu pour certains kystes du dos. La même remarque peut se faire pour les *kystes calcaires*.

J'ai prouvé que le rebord tranchant pouvait, dans un choc, blesser une glande sébacée et déterminer ainsi un kyste par rétention. Il peut aussi se faire que le périoste soit coupé, déchiré, et qu'un petit lambeau, végétant consécutivement, finisse par produire une tumeur revêtant en clinique, et même en macroscopie, tous les caractères d'une tumeur dermoïde congénitale.

Tel est le cas que j'ai observé ces jours derniers dans le service de M. Périer : ce chirurgien avait diagnostiqué une tumeur dermoïde de la queue du sourcil chez un homme de trente-quatre ans. A l'opération on trouva en effet la tumeur située sous l'orbiculaire et fortement adhérente à l'os. L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Mathias Duval, a démontré qu'elle était uniquement formée de tissu conjonctif résultant de la prolifération du périoste.

Nul doute, dès lors, que la tumeur n'ait eu pour origine un traumatisme quelconque, datant probablement de l'enfance.

Il y a mieux encore : on conçoit qu'un traumatisme de l'orbite survenu pendant la vie intra-utérine, ou au moment même de l'accouchement, puisse occasionner une tumeur qui se montrera dès la naissance ou peu de temps après. Tel paraît être le cas d'un élève en médecine qui était porteur à sa naissance d'une tumeur de la queue du sourcil : opérée à l'âge de quatorze ans, elle a été qualifiée par un professeur agrégé de kyste sébacé sous-musculaire.

Il serait facile, je crois, de recueillir quantité de faits analogues dans la pratique. Mais si l'origine traumatique d'un certain nombre de ces tumeurs de la queue du sourcil est désormais prouvée, il n'en est pas moins certain qu'il en existe d'autres pour lesquelles cette cause ne saurait être invoquée. Quel est le mode de production de celles-ci ? — Je crois qu'il est difficile de répondre à cette question, car, dans l'état actuel de la science, l'origine des tumeurs, en général, est, bien qu'on en dise, encore singulièrement nébuleuse. La théorie dite de l'*inclusion* de M. le professeur Verneuil et de Remak est ici universellement admise ; elle me paraît susceptible de bien des objections que j'ai déjà développées devant vous.

Cette théorie s'impose pour ce qui touche les fistules congénitales, car celles-ci s'observent exclusivement au niveau des fentes branchiales : tandis que les tumeurs dermoïdes se montrent en majorité dans des régions telles que l'ovaire, par exemple, où l'on ne peut évidemment leur trouver de rapport, même éloigné, avec aucune fente branchiale. La conclusion forcée est que l'origine des tumeurs dermoïdes n'est pas liée nécessairement, ainsi que le veut la théorie de l'inclusion, à la présence des fistules ou des fentes. A plus forte raison, faut-il rejeter la théorie qui fait des fistules congénitales un degré de l'évolution des tumeurs dermoïdes, ou réciproquement, comme le soutient M. Lannelongue.

En effet, si l'angle externe de l'œil est un des lieux d'élection des tumeurs dermoïdes, il est évidemment aussi celui des fistules congénitales puisque, d'après la théorie, les unes dérivent des autres. Or, M. Lannelongue n'a pas cité un seul exemple de fistule congénitale à l'angle externe de l'œil.

Et cela s'explique, car, ainsi qu'il résulte de recherches embryologiques encore inédites de M. le professeur Mathias Duval *il n'existe, à aucun moment, chez l'embryon, de fente ou de fissure, au niveau de l'angle externe de l'œil*, contrairement à ce qui a été admis jusqu'à ce jour. D'après M. Duval, la quatrième fente branchiale s'arrêterait à l'angle interne et non à l'angle externe de l'œil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Spasme de l'urèthre. — M. **VERNEUIL**, à l'occasion de l'observation adressée à la Société par M. Faucon, et sur laquelle M. Kirmisson a fait un rapport dans la dernière séance, communique deux cas dans lesquels, chez des malades porteurs de calcul, il a vu se produire un spasme de l'urèthre tel qu'il était impossible de passer la bougie la plus fine.

C'est ainsi que, dans un premier cas, ayant tout disposé pour pratiquer la taille, malgré l'anesthésie la plus profonde, il lui fut impossible de faire pénétrer une sonde dans l'urèthre. M. Verneuil fit alors la dilatation et, après quelques jours, il put introduire une bougie n° 15. Il se servit de cette bougie comme conducteur pour faire la taille médiane. Il pratiqua l'extraction du calcul, plaça une grosse sonde dans le périnée. Quelques jours après, il y eut plusieurs hémorrhagies. Ayant appris que ce malade avait été atteint de fièvres palustres, il donna le sulfate de quinine et ces accidents disparurent.

Le spasme de l'urèthre se reproduisit; et, pendant très longtemps, l'urine passa de temps à autre par le périnée.

Ce n'était pas un vrai rétrécissement; mais simplement du spasme uréthral.

M. Verneuil cite un autre exemple de ce spasme chez un malade atteint de néphrite tuberculeuse, de calcul, de cystalgie rebelle, de tuberculose de la vessie et de la prostate. Ce malade a succombé à la tuberculose généralisée huit mois après la taille prérectale. Il avait aussi des spasmes de l'urèthre, qui empêchaient complètement l'urine de passer par le canal. Il en résulta, comme dans le cas précédent, une fistule périnéale longtemps entretenue par le passage de l'urine. Le siège habituel de ces spasmes de l'urèthre est dans la portion musculeuse de ce canal.

M. **DESPRÉS** a présenté, en 1878, un malade chez lequel il a fait une taille en se conduisant sur une bougie n° 7. Il ajoute que le spasme de l'urèthre n'est pas très rare, consécutivement à la taille. Il en cite un exemple qui prouve, ainsi que l'a dit M. Verneuil, que c'est dans la portion musculeuse de l'urèthre que siègent ces rétrécissements spasmodiques.

Transplantation d'un tendon de lapin sur l'homme. — M. **MONOD** communique l'observation d'un malade qui avait une section du tendon du fléchisseur du pouce, avec écartement de 5 centimètres.

M. Monod intercala un tendon de lapin dans cet espace; ce tendon ayant été préalablement trempé dans une solution de sublimé chaude. Le résultat obtenu a été très satisfaisant. M. Monod fait observer que ce bout de tendon de lapin n'a agi, dans ce cas, que comme un moyen de réunion et n'a pas continué à vivre.

M. **LE FORT** dit que, en pareils cas, les tissus transplantés se résorbent, après avoir favorisé la réunion tendineuse.

M. **LANNELONGUE** a observé le même fait sur des os. Il a transplanté des portions osseuses dans des tibias de lapin préalablement creusés pour les recevoir. Ces os ainsi transplantés se sont résorbés et il s'est produit du tissu osseux de nouvelle formation.

M. **QUENU** cite l'exemple d'un enfant qui a été véritablement

scalpé par un chien. Il a transplanté sur la tête de cet enfant la peau d'un enfant nouveau-né venant de mourir. Cette greffe est tombée; mais elle n'en a pas moins hâté la cicatrisation.

M. LE FORT fait observer qu'il n'y a pas de résorption dans les cas d'autoplastie, c'est-à-dire dans les cas où un lambeau de tissu a été emprunté à l'individu même sur lequel il est implanté.

Pathogénie des kystes de la queue du sourcil. — **M. LARGER** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 638).

M. DESPRÉS dit qu'il est un signe qui permet toujours de reconnaître un kyste dermoïde de la queue du sourcil, d'un autre kyste de cette même région; quand la peau est mobile sur la tumeur, il s'agit d'un kyste dermoïde, quand elle fait corps avec la tumeur, il s'agit d'un kyste sébacé, le seul caractère de la mobilité de la peau sur la tumeur permet d'affirmer le diagnostic de kyste dermoïde.

M. RECLUS dit avoir observé récemment un kyste dermoïde placé derrière l'oreille. Il avait cru avoir affaire à un kyste séreux.

M. SCHWARTZ a vu, à l'hôpital Saint-Louis, un malade atteint d'un kyste dermoïde fistuleux congénital rétro-sternal, qu'il n'a pas osé opérer à cause de la profondeur où ce kyste était situé.

M. LE FORT fait observer que les kystes sébacés peuvent être opérés facilement par énucléation, tandis qu'il est impossible d'énucléer les kystes dermoïdes.

M. VERNEUIL, répondant à M. Larger, défend la théorie de l'inclusion dont il est l'auteur et rappelle que la clinique aussi bien que l'anatomie pathologique confirment chaque jour cette théorie. C'est toujours le même siège, la même structure, etc.

M. LANNELONGUE rappelle également les nombreux faits qu'il a publiés dans son travail et qui viennent à l'appui de la théorie de l'inclusion. Il fait observer que, même après l'examen microscopique le plus attentif, il est très facile de commettre une erreur, attendu qu'un grand nombre de ces kystes n'ont qu'un seul point de leur paroi qui présente les caractères de la peau. On peut donc, sur une pièce, faire un grand nombre de coupes sans trouver ces caractères. Il ajoute qu'il existe de ces kystes, dans les régions où il n'y a pas de fentes branchiales et qu'il en est beaucoup qui ne s'accompagnent jamais de fistules. Enfi n, i fait observer à M. Larger, que l'embryogénie explique très bien la présence de kystes dermoïdes dans l'ovaire.

M. LARGER ne nie pas l'existence des tumeurs dermoïdes congénitales, mais il croit que beaucoup de kystes sébacés simples ou d'origine traumatique ont été pris pour des kystes dermoïdes.

Kyste du corps thyroïde. — **M. TERRILLON** présente un malade, auquel il a enlevé un très volumineux kyste du corps thyroïde. Il avait été fait des injections iodées dans ce kyste, il en était résulté de l'inflammation, de la suppuration et une fistule. Toutefois M. Terrillon a pu faire la décortication complète du kyste, sans ouvrir de gros vaisseaux; cette grande tumeur avait un seul pédicule vasculaire. Le malade, âgé de soixante-neuf ans, a très bien supporté l'opération et est maintenant guéri.

M. SCHWARTZ a fait récemment deux opérations analogues. Il fait observer que les injections iodées amènent une irritation qui peut rendre l'opération très difficile et dangereuse. C'est ainsi que, dans un de ces deux cas, il a eu une hémorrhagie en nappe qui a nécessité un fort tamponnement avec la gaze iodoformée. La décortication est beaucoup plus facile et moins dangereuse quand il n'y a pas eu préalablement d'injections iodées dans la poche.

La séance est levée.

Séance du 22 juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Luxation du pouce. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation adressée par M. Richond (de l'hôpital d'Oran) et relative à un cas de luxation du pouce en arrière, chez un jeune homme. La luxation datait seulement de quelques heures. Malgré la chloroformisation, toutes les tentatives de réduction, même avec la pince de Farabeuf, restèrent sans résultat. M. Richond fit alors une incision sur le bord externe de l'articulation; il sectionna le ligament glénoïdien, put alors facilement réduire, et appliqua un pansement antiseptique. Il n'y eut pas de suppuration, mais il y eut, pendant très longtemps, de la raideur articulaire.

M. POLAILLON trouve ce fait extraordinaire et croit que M. Richon n'a pas employé, dans toute sa rigueur, le procédé de M. Farabeuf, à l'aide duquel on peut toujours réduire une luxation du pouce en arrière. Toutefois, s'il est démontré que ce procédé a été réellement inapplicable, il a bien fait de pratiquer l'arthrotomie antiseptique.

M. DESPRÉS pense que le procédé de M. Farabeuf peut échouer. Il cite un cas de Dolbeau, où M. Farabeuf lui-même n'a pu réduire. Dolbeau fit l'arthrotomie, et il considère cette intervention comme une mauvaise opération. Il vaut mieux laisser subsister la luxation que de pratiquer l'arthrotomie, qui laisse du gonflement et une raideur articulaire beaucoup plus gênante que la luxation elle-même.

M. Després a remarqué que les malades supportent très péniblement la pince de M. Farabeuf, et il préfère la pince de Luër, qui est disposée de telle façon que le pouce n'est pris qu'entre deux lanières de caoutchouc.

M. CHAUVEL n'a pas d'expérience personnelle sur la réduction du pouce par le procédé de M. Farabeuf. Il a vu deux luxations du gros orteil, dans lesquelles la pince de M. Farabeuf a échoué; on fit l'arthrotomie chez l'un des malades, et on en obtint de très mauvais résultats; l'autre, au contraire, conserva sa luxation, et n'en fut pas très gêné.

Il est donc de l'avis de M. Després, et repousse l'arthrotomie.

M. VERNEUIL, dans un cas où il avait échoué par le procédé de Farabeuf, chez un jeune sujet, a fait une petite incision sur le bord externe et la section du ligament glénoïdien, opération des plus simples et qui a donné de très bons résultats.

Luxation d'une phalangine. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation de M. Mabboux, relative à un homme qui s'était fait une luxation de la seconde phalange du médius en haut et en arrière, avec plaie articulaire.

La luxation fut réduite et la plaie pansée antiseptiquement. Malgré cela, il se produisit un phlegmon qui laissa de la raideur du doigt.

M. SCHWARTZ a observé une luxation de la seconde phalange du pouce sur la première, compliquée de plaie. Il ne put réduire et dut faire la résection de la partie saillante. La réduction fut alors facile, et les suites de l'opération furent des plus simples. L'examen de la partie réséquée lui montra qu'elle était toute maculée, malgré le lavage antiseptique, et qu'il eût été dangereux, conséquemment, de la réduire ainsi.

Plaie pénétrante du crâne par arme à feu. — **M. CHAUVEL** fait également un rapport sur une observation de M. le docteur Berra (de la République Argentine). Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui se tira un coup de revolver à la tempe droite. Il y eut aussitôt hémorrhagie avec céphalée et tendance au sommeil. Il s'élimina de la matière cérébrale par l'orifice d'entrée de la balle. Le troisième jour, mydriase, perte de la vision de l'œil droit. M. Berra introduisit alors une sonde en gomme, qui pénétra de 10 centimètres et arriva sur un corps dur, qu'on ne put songer à extraire. Quatrième jour, agitation, vomissements, pas de fièvre. Les jours suivants, amélioration; les troubles disparaissent peu à peu et le malade guérit.

M. VERNEUIL a soigné deux malades ayant des balles de revolver dans la tête et qui ne s'en portent pas plus mal.

M. LANNELONGUE a aussi deux observations semblables chez les enfants.

M. MARC SÉE a vu plusieurs fois des balles rester dans la substance cérébrale sans déterminer d'accidents. Chez l'un d'eux, il est sorti de la substance cérébrale; quand celle-ci est devenue pu-

tréfiée, M. Sée a fait une injection antiseptique dans le trajet fistuleux.

Il cite aussi l'exemple d'un malade qui s'est tiré trois balles dans la tête. Il a encore ces trois balles dans le cerveau, et il se porte aussi bien que possible.

M. PEYROT ne croit pas que, malgré ces faits-là, il faille ériger en principe de ne jamais rechercher des balles dans la cavité crânienne. Il rappelle un fait dans lequel une balle de revolver n° 7, qui n'a pu être extraite, a déterminé une méningite mortelle.

M. VERNEUIL pense que, dans l'état actuel de la science, il est interdit d'aller chercher une balle dans la substance cérébrale. Pourrait-on être renseigné sur la situation exacte de la balle que les manœuvres, exécutées par l'extracteur, seraient plus dangereuses que la présence même de cette balle dans le cerveau.

M. LE DENTU cite une observation qui montre la tolérance du cerveau pour les projectiles. Il s'agit d'un homme qui avait reçu une balle de revolver en plein front, M. Le Dentu explora le trajet et ne trouva rien. Il fut sur le point de trépaner et s'abstint. Le malade mourut. A l'autopsie on trouva un abcès sur le trajet de la balle, celle-ci était enkystée et séparée du foyer purulent par une épaisseur de 2 à 3 centimètres de tissus sains.

M. TERRIER met en doute l'observation des trois balles de M. Sée. Il lui paraît difficile d'admettre qu'un homme puisse se bien porter avec trois balles dans le cerveau. Il ajoute que si la balle, au lieu de pénétrer par la partie chevelue du crâne, pénètre par le front, elle peut n'être pas infectée ni infectante. C'est ce qui est arrivé dans le cas de M. Le Dentu, et c'est le trajet qui s'est infecté consécutivement et non la balle. Il est donc indiqué de s'appliquer avant tout à la désinfection du trajet. Enfin si la balle détermine des accidents, il est parfaitement indiqué de chercher à l'enlever.

Donc, au début chercher la désinfection et l'occlusion. S'il y a des accidents, il faut intervenir.

M. PEYROT fait observer que, si la substance cérébrale supporte bien le plomb, elle peut aussi bien supporter la présence des instruments. Il ne croit donc pas qu'il faille ériger en principe de ne jamais intervenir. Il y a certainement des indications d'opérer.

M. MARC SÉE répond à M. Terrier qu'il est parfaitement certain que l'homme dont il a parlé possède trois balles dans le cerveau.

M. RECLUS dit que les membres de la Société semblent d'accord pour admettre que l'exploration et l'extraction primitives de ces balles doivent être condamnées et que l'on ne doit faire des tentatives d'extraction que devant des accidents très précis.

M. VERNEUIL n'admet pas que l'introduction d'un instrument, même très parfaitement désinfecté, soit sans inconvénients. Elle en a moins cependant quelques heures après l'accident que trente-six ou quarante-huit heures après, époque où le trajet peut être supprimé et où l'on produit alors de l'auto-infection.

M. PEYROT persiste à croire qu'il y a des cas où l'intervention est indiquée.

M. KIRMISSON insiste sur l'importance de la désinfection du conduit auditif externe par l'application d'un tampon d'iodoforme; l'infection méningitique pourrait avoir cet écoulement pour point de départ.

M. CHAUVEL ne croit pas qu'il faille établir en principe la non-intervention dans tous les cas. Toutefois, il se rappelle plusieurs cas où il a regretté de n'avoir pas fait d'exploration.

Angio-lipome. — **M. TERRIER** présente, de la part de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), un angio-lipome congénital, extrait sur le dos de la main et du petit doigt d'un enfant qui a très bien guéri. Une rougeole retarda la réparation et des accès de fièvre intermittente cédèrent rapidement au sulfate de quinine.

Papillome de l'ombilic. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une seconde observation du même auteur relative à l'extirpation d'un papillome de l'ombilic, affection très rare.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil pour la désinfection des instruments chirurgicaux et des appareils de pansement.

Par M. P. Redard

Cet appareil est une sorte d'étuve, analogue aux autoclaves employés depuis longtemps dans les laboratoires, pour les stérilisations. La désinfection s'obtient par la vapeur à haute température (110 degrés).

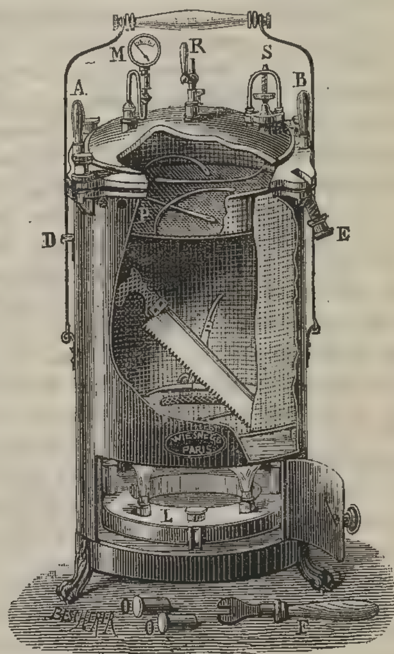
L'appareil, construit par Wiesnegg, se compose :

1° D'un cylindre en cuivre fort, fermé par un couvercle en bronze, muni de deux poignées en bois A et B, et retenu sur le cylindre de cuivre, au moyen de six boulons articulés à écrous E, pressant un bouton de caoutchouc. Ce cylindre constitue l'*autoclave* proprement dit;

2° D'un manomètre M, portant une double graduation, jusqu'à trois atmosphères, indiquant la pression et la température;

3° D'un robinet R, destiné à chasser l'air, la vapeur, ou éviter le vide du refroidissement;

4° D'une soupape de sûreté à ressort, dont on peut faire varier la tension;



A.B. Manches destinés à soulever le couvercle. — D. Poignées servant à transporter l'appareil. — E. Boulons à écrou pour la fermeture. — F. Clef servant à serrer les écrous. — L. Lampe à alcool à plusieurs becs. — O. Couvercle destiné à fermer les becs de la lampe. — M. Manomètre. — R. Robinet destiné à laisser échapper la vapeur. — — S. Soupape de sûreté. — P. Panier pour les petits instruments.

5° D'une enveloppe en tôle, sur laquelle repose l'autoclave, et dont la poignée D permet le transport de tout l'appareil;

6° D'une lampe à alcool L, à plusieurs mèches, pouvant se fermer à l'aide d'obturateurs O. Au-dessus de la lampe, se trouve une plaque de tôle percée de trous;

7° De deux paniers en toile métallique, de différentes grandeurs, placés dans l'autoclave et destinés à recevoir les grands et petits instruments;

8° D'une clef F, servant à serrer vigoureusement les écrous E.

Fonctionnement de l'appareil. — Un litre environ d'eau est versé dans le récipient en cuivre; les instruments sont ensuite placés dans les paniers.

On fixe solidement le couvercle, et on allume la lampe.

On observe le manomètre, et lorsqu'il est arrivé à la pression correspondant à la température désirée, il suffit, pour se maintenir pendant fort longtemps à une température fixe, de diminuer

le feu de la lampe, ce que l'on obtient en fermant un certain nombre de becs de la lampe.

En un quart d'heure on obtient une température de 120 degrés.

Cet appareil peut servir à la désinfection de tous les instruments de chirurgie, mais encore des objets de pansement, bandes, toiles, gaze, etc., d'après les expériences de M. Redard.

Il suffit de maintenir les instruments ou objets de pansement pendant un quart d'heure dans l'appareil pour obtenir une *désinfection absolue*.

Les instruments, les manches des instruments, le tranchant des couteaux, les objets de pansements ne subissent aucune altération.

D'après M. Lucas-Championnière, les manches des instruments se décollent souvent; ce qu'il est facile d'éviter en adoptant la monture dite anglaise.

M. Lucas-Championnière a, en outre, signalé l'impossibilité de désinfecter les éponges par ce procédé. A 110 degrés, les éponges s'altèrent et se ratatinent.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

236. M. Alfred Bordes-Pagès. De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale. — 237. M. Julien Fauvel. De la phlébite aiguë des sinus de la dure-mère. — 238. M. Morel. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques observations de formes anomales. — 239. M. Caravias. Recherches sur l'antipyrine. — 240. M. Fauvel. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien. — 241. M. Rivière. Traitement des cataractes congénitales molles par l'extraction linéaire simple opposée à la discision. — 242. M. Mangin. La médecine en Annam. — 243. M. Chabanet. Tubage de la glotte. — 244. Mme de Hérodinoff. Essai sur les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires, diffuses ou disséminées. — 245. M. Frottier. De l'onyxis septique. — 246. M. Rouxel. Quelques réflexions sur l'application de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures ouvertes. — 247. M. Jocqs. Tumeurs du nerf optique. — 248. M. Jourdan. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chands. — 249. M. Samson. Quelques paralysies partielles viscérales dans la paralysie générale. — 250. M. Meyer. Contribution à l'étude de la scarlatine hémorrhagique. — 251. M. Durruty. Herpès oculaire. — 252. M. Dutauzieu. Contribution à l'étude de l'étiologie des symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle. — 253. M. Dentu. Essai sur une cause de rétention des membranes. — 254. M. Monclar. *Viburnum prunifolium*. Ses indications en obstétrique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 juin 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Bon et Allain.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 juin 1887, M. le professeur Grancher a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Gallard, décédé.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1887, M. le docteur Janetz, professeur à l'Association polytechnique, est nommé officier de l'Instruction publique.

— Par décision ministérielle, en date du 24 juin 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de 2e classe Lesbros, pour les hôpitaux militaires de Tunisie ; Guichet, pour le 120e d'infanterie ; Augé, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; Zimmermann, pour le 16e d'infanterie ; Médieux, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Martin de Saint-Semmera, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Piot, pour le 3e tirailleurs algériens ; Arragon, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. le médecin aide-major de 2e classe Dicquemare, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied.

M. le pharmacien-major de première classe Raby, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ;

M. le pharmacien-major de deuxième classe Périer, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Les suppléances des différentes chaires de clinique de la Faculté de médecine de Paris, ont été arrêtées ainsi qu'il suit pour les vacances scolaires de l'année 1887.

Hôtel-Dieu. — MM. les professeurs Richet et Panas seront suppléés par M. le docteur Paul Reclus.

Charité. — M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Pitié. — M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier, et M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Hanot.

Necker. — M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson, et M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet.

Enfants-Malades. — M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel.

Saint-Louis. — M. le professeur Fournier par M. le docteur Straus.

Salpêtrière. — M. le professeur Charcot par M. le docteur Joffroy.

— Le sujet de la composition écrite donnée aux candidats du concours des médecins du Bureau central, admis à subir les épreuves définitives, a été : La sclérose pulmonaire (anatomie pathologique, symptômes et diagnostic).

— La seconde épreuve d'admissibilité du concours des chirurgiens des hôpitaux de Paris est terminée. Les treize candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir la troisième épreuve d'admissibilité.

Ce sont MM. les docteurs Broca, Gastex, Hallé, Jullien, Michaux, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Rémy, Ricard, Tuffier, Verchère et Walter.

— Les épreuves du concours du prosectorat recommenceront demain mardi, 28 juin 1887, à trois heures, à la Faculté de médecine de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourland-Lusterbourg, ancien secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, et de M. le docteur Labbée (de Fismes)

— On nous prie d'annoncer que les amis et les élèves de M. le professeur Bouchard lui offriront un banquet le 2 juillet, à sept heures — Hôtel Continental — à l'occasion de sa nomination à l'Institut.

— M. le docteur Kuhn, membre du Comité d'organisation de l'Exposition de 1887, est chargé d'une mission pour étudier, au Congrès médical de Washington, les instruments de chirurgie, et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire.

— L'ouverture de l'exposition d'hygiène de l'enfance, installée aux Champs-Élysées dans le pavillon de la Ville de Paris, a eu lieu le jeudi 23 juin 1887, à dix heures et demie du matin, sous la présidence de M. Mesureur, député de Paris, assisté de MM. les docteurs Chassaing et Delattre, membres du conseil municipal, et de M. le docteur Félix Brémond, secrétaire général de ladite exposition.

— *Erratum*. — Page 618, 2e colonne, ligne 19 : au lieu de : « le doyen de la Faculté de médecine de *Nancy* » lisez : « le doyen de la Faculté de médecine de *Montpellier* ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21356

14

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

83

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

33

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

12

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Brombydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

17

EAU MINÉRALE DE BUSSANG

L'Eau de Bussang doit à sa composition d'être essentiellement **digestive** (gaz, acide carbonique, sels alcalins), **tonique et reconstituante** (fer, manganèse, arsenic et phosphate calcique), en même temps qu'**antinéphrétique, antigraveleuse** et **antigoutteuse** (soude, lithine, silice et borate calcique).

Elle est souveraine contre la **Chlorose, l'Anémie, la Gastralgie, la Dyspepsie, la Diarrhée chronique** avec engorgement des viscères abdominaux, le **Catarrhe vésical, les coliques néphrétiques, la Gravelle** et **la Goutte.**

Ses propriétés toniques et reconstituantes en font un adjuvant précieux dans le traitement de **l'Albuminurie**, du **Diabète** et des maladies qui proviennent de la **décomposition du sang.**

Elle est indiquée dans toutes les convalescences.

92

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

15

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

47

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon ADAM, 31, boulevard des Italiens, Paris.

36

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

120

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

42

Rhumes. Toux. Bronchites. Affections de la poitrine

GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET

Chaque capsule contient : *Créosote de Hètre*, 0,05. *Goudron*, 0,075; *Baume de Tolu*, 0,05

DOSE : de **2** à **4** capsules à chaque repas. — Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : **2** FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est en clinicien que M. Peter a voulu parler du surmenage et des déplorables résultats des programmes universitaires.

Le surmenage commence quand, ne tenant pas compte des forces d'un individu, on en exige une somme de travail qui, pour lui, devient excessive. Or, c'est précisément là ce qu'ont fait les rédacteurs de ces programmes. Ils ont oublié combien sont rares, relativement, ces esprits supérieurs dont la faculté de travail est inépuisable, et ils ont exigé de tous des efforts qui, pour la plupart, sont infructueux, et par cela même, nuisibles.

Et encore si ces efforts étaient dirigés, comme ils devraient l'être, dans le sens du développement de l'intelligence proprement dite, il y aurait des compensations à inv[illegible]; mais, en multipliant toujours de plus en plus le nor[illegible] des sujets sur lesquels peuvent porter les interrogations dans les examens terminaux, à force de demander à la mémoire, on en est arrivé à ne plus laisser le temps d'exercer la pensée féconde.

M. Peter a montré comment le surmenage du cerveau, cause d'incapacité fonctionnelle, se traduisait, tantôt par des céphalalgies, tantôt par une fièvre de fatigue semblable à celle qui résulte de la courbature musculaire, tantôt par une fièvre continue, par une vraie fièvre typhoïde, quand sur ce terrain préparé évoluent les germes spéciaux.

Il a rappelé que d'autres germes, ceux du tubercule, par exemple, envahissent également bien les organismes épuisés par le surmenage scolaire, surtout quand le régime des repas, comme à l'École polytechnique, par exemple, se trouve calculé de manière à contribuer encore à cet épuisement.

La manie des brevets, des diplômes, lui paraît la plus funeste des manies. Mais sont-ce les victimes qu'il en faut accuser? N'a-t-on pas rendu obligatoire l'application de ces programmes universitaires dont tous les médecins s'accordent à déplorer l'action néfaste?

S'il est vrai que, pour développer graduellement l'esprit humain, sans surmenage, il faut proportionner le travail de chacun à l'étendue de ses facultés intellectuelles, et si cette étendue varie de l'un à l'autre, dans des proportions infinies, le régime universitaire, tel qu'il fonctionne actuellement, est une conception absurde et fatale. Ceux qui l'ont ainsi organisé n'en voyaient pas les conséquences et, l'intention manquant, on ne pourrait pas dire que c'est un crime de lèse-nation. Mais, c'est l'atrophie et l'étiolement physiques, l'abêtissement moral qu'on impose à notre jeunesse, alors qu'il faudrait la rendre forte, dans la prévision d'éventualités trop probables.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse de l'aorte d'origine syphilitique.

La malade, dont je vais vous exposer l'histoire pathologique, n'est pas nouvelle pour nous, car c'est pour la seconde fois qu'elle venait dans notre service, lorsque nous l'avons admise le 12 du mois dernier. Aussi, l'étude que nous allons en faire devant vous est-elle doublement intéressante en soi par la nature des lésions qu'elle présente, intéressante aussi au point de vue de l'évolution de la maladie, en comparant ce que celle-ci était l'année dernière et ce qu'elle est actuellement.

Cette malade est une femme âgée de cinquante et un ans, cuisinière, couchée au lit n° 37, de la salle Laënnec.

Son premier séjour dans le service a eu une durée de près de trois mois et demi — du 2 décembre 1885 au 15 mars 1886, — et pendant tout ce temps cette femme a présenté à peu près les mêmes phénomènes que ceux que nous avons constatés lors de sa rentrée le mois dernier, touchant l'appareil circulatoire.

La première fois qu'elle s'est adressée à nous, elle se plaignait de douleurs dans la poitrine et de vertiges assez forts, pour l'avoir forcée de cesser son métier de cuisinière. Or, l'examen auquel nous la soumettions révélait des phénomènes complexes. En avant, nous trouvions, au foyer de l'orifice aortique, tout à côté du sternum, dans le deuxième espace intercostal droit, un souffle systolique moyen et, à deux travers de doigt plus en dehors, un souffle au premier temps également, mais qui n'avait ni le même timbre, ni la même tonalité, et qui se propageait du côté de l'aisselle. Ce souffle s'accompagnait de battements parfaitement appréciables à la main. D'où nous pouvions immédiatement

conclure à l'existence d'inégalités au niveau de cet orifice et à un anévrysme de l'aorte ascendante ; bien plus même, nous avons dû admettre que toute l'aorte ascendante était fortement dilatée, ainsi que la crosse de l'aorte qui était aussi élevée, car les doigts en percevaient les battements derrière la fourchette sternale. Cette même élévation se retrouvait pour les sous-clavières où nous percevions le souffle au premier temps par propagation.

Mais ce diagnostic ne répondait pas à toutes les lésions qui existaient chez cette malade. En effet, si on examinait la région postérieure de la poitrine à son tour, on constatait dans la zone interscapulaire, entre les bords spinaux des omoplates, de la septième vertèbre cervicale à la sixième dorsale, une submatité très évidente, ainsi que des battements diffus, peu perceptibles, peut-être, à la vue, mais parfaitement appréciables à la palpation digitale. Dans toute cette zone pulsatile, on entendait un souffle fort, prolongé, ayant : un premier maximum, au même niveau que les battements, c'est-à-dire du côté gauche, à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale entre le scapulum et la colonne vertébrale; et un second maximum à la hauteur de la septième vertèbre cervicale, entre le scapulum et la colonne vertébrale également.

Enfin, par une disposition que je n'avais encore jamais rencontrée jusque-là, ce souffle ne s'éteignait pas dans cette région, mais s'entendait des deux côtés de la colonne vertébrale, jusque dans la région atloïdo-axoïdienne. Ce souffle que nous avons perçu de nouveau, lorsque la malade est revenue dans nos salles, pouvait être, soit une simple propagation du souffle que l'on entendait plus bas, soit un souffle tenant à la dilatation des artères vertébrales.

Tels sont les phénomènes que nous constations lors du premier séjour de cette femme dans le service, c'est-à-dire en 1885-1886, et qui nous avaient conduit au diagnostic suivant : anévrysme occupant l'aorte ascendante et la crosse de l'aorte depuis sa naissance, le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche.

Lorsque cette femme était arrivée à la Pitié, au mois de décembre 1885, elle souffrait de douleurs thoraciques et se plaignait de vertiges déjà depuis trois ans, de telle sorte que nous sommes autorisé à attribuer plus de trois années pour le début de l'affection. Mais avait-elle été toujours malade pendant tout ce temps? Non. Tout d'abord, les symptômes allant croissant de 1882 à 1883, elle était entrée, à cette dernière date, à l'hôpital Cochin, où on l'avait traitée surtout par l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, elle avait éprouvé une amélioration assez notable pour se croire presque guérie et reprendre son métier de cuisinière. Cette pseudo-guérison s'était maintenue pendant près de deux années, et c'est seulement dans les derniers mois de l'année 1885 que les phénomènes morbides avaient reparu, assez intenses pour l'engager à rentrer à l'hôpital, et cette fois à la Pitié.

Vous savez que l'iodure de potassium et le lait sont mes moyens de traitement de prédilection dans ces anévrysmes, lorsque je ne puis pas avoir recours à l'électropuncture. Or, chez cette femme, je ne pouvais pas avoir la moindre hésitation sur la conduite à tenir, car un mois avant d'arriver à l'hôpital, elle avait eu une perforation du voile du palais, laquelle nous indiquait suffisamment des antécédents syphilitiques. C'est ainsi que nous reconnaissions, comme point de départ de l'anévrysme, une aortite d'origine syphilitique.

Le traitement, d'ailleurs, nous donna des résultats remarquables, car non seulement il amena promptement la guérison de la lésion de la voûte palatine, mais encore une amélioration notable des lésions vasculaires : disparition des douleurs thoraciques et des vertiges, cessation des battements en avant, le souffle seul persistant dans cette région, diminution des battements en arrière qui devinrent plus difficilement appréciables, montrant ainsi que la distance avait augmenté entre la colonne sanguine et la main, par la formation de caillots.

L'origine syphilitique de la maladie nous permettait d'espérer que les modifications heureusement obtenues se consolideraient et persisteraient. Or, tandis que la malade continuait le traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, elle fut prise d'un érysipèle grave de la face, avec fièvre intense, hyperthermie manifeste (plus de 40 degrés), érysipèle d'assez longue durée et dont la défervescence commença seulement le neuvième jour. Aussi redoutions-nous vivement qu'il vînt faire perdre à la malade le bénéfice de la médication. Il n'en fut heureusement rien ; l'état local n'en fut nullement influencé, et la solidification des caillots ne fut en rien modifiée. Aussi la défervescence accomplie, pouvions-nous émettre un pronostic relativement favorable, quant à l'anévrysme bien entendu. Bref, la malade se trouva elle-même si bien rétablie, qu'elle voulut absolument nous quitter, dès le mois de mars 1886.

Mais elle ne tint, une fois rentrée chez elle, aucun compte de nos recommandations de continuer le traitement par l'iodure de potassium, si bien que l'amélioration obtenue ne se maintint guère plus de quatre mois. A dater de ce moment, elle recommença à éprouver, de temps à autre, quelques petites douleurs dans la poitrine, puis celles-ci devinrent continues, s'accompagnant plus tard de vertiges et d'oppression, dès qu'elle faisait des mouvements un peu forts. Cependant, pendant quelques mois, elle patienta encore, jusqu'au moment où, les accidents augmentant, elle s'est décidée à venir de nouveau à l'hôpital. Elle est entrée, comme je vous le disais tout à l'heure, il y a trois semaines, c'est-à-dire dix mois après nous avoir quittés.

Examinons donc maintenant l'état actuel de cette femme.

En avant, nous ne trouvons aucun changement ; les battements ne sont pas revenus dans le foyer aortique, mais le souffle est resté ce qu'il était et le doigt perçoit des battements dans la fourchette sternale. En arrière, l'état n'est pas aussi bon qu'au mois de mars de l'année dernière et il suffit d'une pression très légère, superficielle, pour sentir les battements dans la zone interscapulaire. De plus, le souffle est au moins aussi intense que la première fois, peut-être même est-il plus prononcé du côté droit, surtout au point où se produisait l'an dernier son maximum supérieur, c'est-à-dire au niveau de la septième vertèbre cervicale ; en tous cas il est plus rapproché de l'oreille qui l'ausculte. D'où je conclus que cette femme est aujourd'hui dans des conditions moins bonnes qu'au mois de mars 1886.

Cependant j'ai quelques motifs d'espérer encore la prolongation d'un état de santé à peu près compatible avec la vie ordinaire, d'autant plus que cette femme a déjà obtenu, par un traitement approprié, deux rémissions d'assez longue durée, et que ces lésions reconnaissent pour origine une aortite de nature syphilitique.

Néanmoins, je ne saurais émettre un pronostic trop favorable, car il y a, chez cette malade, plus qu'une aortite, il y a un anévrysme, conséquence de cette aortite. Quoi qu'il en soit, nous savons que le pronostic des anévrysmes

d'origine syphilitique est relativement plus bénin que les autres, surtout au point de vue de la durée de la vie et de l'influence du traitement pouvant amener une pseudo-guérison.

Aussi, dès que cette femme est rentrée à l'hôpital, nous avons repris la médication par l'iodure de potassium auquel nous avons ajouté, vu les douleurs assez vives, du bromure, soit un mélange, à parties égales, de bromure et d'iodure de potassium, à la dose de 3 grammes de chaque par jour d'abord, et de 4 grammes ensuite. Or, depuis trois semaines que le traitement est commencé, nous avons déjà une amélioration assez sensible. Aussi, je suis convaincu que si cette femme avait suivi mes recommandations, si elle avait repris, de temps en temps, chez elle, de l'iodure de potassium, la rechute qu'elle a éprouvée n'aurait pas eu lieu.

En résumé, le fait de cette malade est très intéressant à tous les points de vue; il est un exemple remarquable d'élévation de l'aorte, élévation que je n'ai jamais rencontrée aussi prononcée qu'ici; il est un nouvel exemple d'anévrysme syphilitique; il date actuellement de cinq ans au moins et cependant cette femme se rétablit assez bien, après chaque période de traitement, pour en arriver à une pseudo-guérison et vivre d'une vie ordinaire; enfin sur cinq années, cette femme n'a été, en somme, malade que pendant deux ans.

SURMENAGE INTELLECTUEL

Par M. le professeur PETER.

Le surmenage provient de ce que, dans les choses de l'intelligence, on ne respecte pas la loi de l'offre et de la demande; je veux dire que, dans les programmes d'études, la demande est supérieure à l'offre, qui est l'aptitude intellectuelle des candidats.

Or, la nature nous enseigne que, dans la masse des intelligences, ce qui domine, ce sont les aptitudes moyennes; en deçà sont les « faibles d'esprit »; au delà les « esprits supérieurs ».

Or, il semble que les programmes scolaires aient été faits pour ceux-ci; mais ils dépasseront toujours vos programmes, car ils étudient non seulement sans fatigue, mais avec plaisir, et pour leur plaisir; car ils obéissent à une tendance, bien plus, à un besoin, celui de satisfaire leur intelligence.

Les autres, les faibles d'esprit, n'atteindront jamais vos programmes. J'ajoute que les esprits moyens ne les atteindront qu'en peinant.

Ainsi, les programmes trop touffus dépassent les aptitudes moyennes et inférieures et créent de véritables dangers. Ces programmes sont à reviser et à réformer.

Ce qui est à réformer également c'est l'hygiène de l'école.

Le surmenage c'est le fonctionnement excessif, exagéré : il a pour conséquence et pour expression, la *fatigue*. La fatigue vulgaire, banale, c'est la fatigue musculaire, laquelle s'exprime physiologiquement et pathologiquement par la courbature et l'impotence fonctionnelle.

La *courbature*, c'est la douleur par épuisement et encombrement. Épuisement plus ou moins momentané de la fibre musculaire vivante; encombrement plus ou moins persistant de cette fibre musculaire vivante par la fibre musculaire morte, c'est-à-dire par la créatine, la créatinine, l'inosite, l'acide lactique, cadavres ou produits cadavérisés de la fibre musculaire usée, oxydée, détruite.

Ce qui est vrai de la fibre musculaire, l'est de la cellule cérébrale préposée à la pensée. Celle-ci comme celle-là s'épuise et s'encombre par le fonctionnement excessif (à cela près que l'encombrement se fait par la cholestérine et la leucine); celle-ci comme celle-là, la cellule cérébrale comme la fibre musculaire, se courbature par le surmenage.

Ainsi la *courbature cérébrale* est de même cause que la courbature musculaire (épuisement de la cellule vivante et encombrement par la cellule morte), et elle s'exprime de même sorte, par la douleur et par l'impotence : cette douleur est la céphalalgie; l'impotence est l'inaptitude intellectuelle; tels sont les symptômes de la courbature cérébrale.

La *céphalalgie* est donc le phénomène primordial, nécessaire, obligé, qu'on observe au début de tous les cas de surmenage cérébral : soit seul, soit comme le premier terme de séries morbides, variées, aboutissant, l'une à la *fièvre de fatigue*, l'autre à la *fièvre typhoïde*.

I. La céphalalgie, c'est le cri de souffrance de l'organe fatigué qui demande grâce, qui réclame un repos nécessaire. Si ce cri n'est pas écouté, le cerveau refuse la fonction, il ne comprend plus, les cellules cérébrales se mettent en grève. C'est l'impotence fonctionnelle : fait très fréquent qu'ont observé tous les médecins chez de jeunes sujets dont le cerveau est loin d'être toujours apte à la fonction intellectuelle *imposée*.

Ce mal à la tête a pour caractère de se reproduire, dès que recommence l'essai du fonctionnement, soit par la lecture, soit par l'étude. Un autre caractère, qui suit de près le mal de tête, est l'impuissance fonctionnelle : les idées se brouillent, la compréhension cesse, c'est comme une sorte de « crampe des écrivains » cérébrale.

Le cerveau est alors *invalidé*, et trop souvent il l'est pour un long temps sinon pour toujours, je dis : quant à l'étude.

Ainsi dans un cas bien remarquable, une jeune personne intelligente par elle-même et par sa lignée, trois ans après le début de son surmenage intellectuel, ayant pour symptôme la céphalalgie et les épistaxis (lesquelles ont duré pendant dix-huit mois), cette jeune personne, dis-je, « ne peut pas lire plus de deux pages sans avoir mal à la tête, et sans croire que les caractères, devenant pointus, lui entrent dans les yeux et lui occasionnent des douleurs ».

Dans un autre cas observé dans le même établissement, une jeune fille a pu passer ses examens il y a un an, mais elle est invalidée depuis lors et ne peut s'occuper d'aucun travail sérieux.

II. Après la céphalalgie seule vient la céphalalgie « accompagnée », *cephalalgia comitata*, céphalalgie avec épistaxis et fièvre; c'est la *fièvre de surmenage*, ici de surmenage intellectuel : la ptomaïnémie, la leucomaïnémie, décrite par moi, dès 1869, sous le nom d'*autotyphisation*. Cette fièvre de surmenage présente à son début tous les symptômes de la fièvre typhoïde, tous, excepté la régularité de la courbe thermique : dans certains cas, en effet, on peut voir la température s'élever brusquement à 39 degrés, 39°,5, etc., cela dès le premier ou le second jour.

(M. Peter cite à titre d'exemple l'observation, très détaillée, d'une jeune fille, qui, à la suite d'excès de travail, fut prise, il y a trois ans, de fièvre avec maux de tête très violents et épistaxis, — le tout durant huit jours, — et qui est restée hors d'état de se livrer à aucun acte intellectuel quelque peu prolongé, sans éprouver aussitôt un mal de tête avec impossibilité de continuer.)

Je cite, ajoute-t-il, ce fait comme un type à côté duquel j'en pourrais grouper d'autres chez les élèves des lycées, comme de l'École centrale, de l'École normale ou de l'École polytechnique, et cela surtout aux moments des examens : fièvre de surmenage — aux allures redoutables et à la courte durée — à cela près que le cerveau peut en sortir amoindri dans son entendement, pour longtemps, sinon pour toujours.

III. Un degré de plus et c'est la fièvre typhoïde : l'autotyphisation est au maximum ; l'organisme est sursaturé des déchets du cerveau ; les voies sont préparées, le microbe peut entrer en scène.

Une manie, vraie calamité sociale, la « manie des brevets », s'est emparée de nos jeunes filles ; les unes y perdent le peu d'intelligence qu'elles avaient ; les autres, nouvelles Philamintes, y gagnent le ridicule déploré par Chrysale.

Ainsi, quand viennent les examens de l'Hôtel de Ville, vous pouvez observer ceci : dans le même lieu, très confortable (rue

Montaigne, par exemple), buvant la même eau, respirant le même air, un père, une mère, une jeune fille (leur plus jeune enfant), se portent bien. La fille aînée seule est malade : elle a la fièvre typhoïde et il n'y a de différences entre les quatre personnes, placées dans des conditions matérielles identiques, que ce fait, à savoir le surmenage de la fille aînée, par ces examens de l'Hôtel de Ville.

Sans action sur l'organisme des trois autres, le bacille de Gaffky a eu raison de l'organisme de la surmenée.

Le même bacille emprunte la même puissance aux examens de la Sorbonne. On le voit (rue François Ier, par exemple) dans les mêmes conditions de grand confortable perpétrer les mêmes effets : là toute une famille jouit de la santé la plus florissante ; un seul de ses membres est malade : il a la fièvre typhoïde ; et, comme la jeune fille de tout à l'heure, il ne diffère de ses consanguins et de ses cohabitants que par le surmenage intellectuel, collaborateur actif du bacille de Gaffky.

Dans tous ces cas, d'ailleurs (dont je choisis les plus typiques), les accidents nerveux prédominent ; il y a du délire professionnel, le délire du candidat.

IV. Je ne parlerai pas du cœur dilaté, palpitant, douloureux (rudiment de la myocardite et de l'endocardite végétante ou ulcéreuse que j'ai observées chez les surmenés par les travaux physiques).

Ces palpitations douloureuses n'étant qu'un trouble fonctionnel qui n'a ordinairement de gravité que sa persistance assez grande, je me contenterai de dire ici qu'elles sont parfois l'occasion d'une erreur de diagnostic et surtout de pronostic.

V. J'ai hâte d'arriver à la tuberculose des surmenés de l'intelligence : je dis, des surmenés de nos écoles, où à l'épuisement cérébral s'ajoute la malfaisance de l'air confiné et de la sédentarité.

L'air confiné, on n'en dira jamais assez de mal. C'est d'abord de l'air stagnant, « il sent le moisi ». Mais que dire maintenant de l'air confiné d'une salle d'études ! Ce n'est plus seulement de l'air stagnant, c'est par surcroît de l'air *prérespiré ;* pris, rendu, repris vingt fois à la minute par des poitrines humaines ; c'est de l'air *ruminé ;* de l'air souillé de toutes les émanations de tous, saturé d'acide carbonique comme des poisons animaux les plus variés ; ce n'est plus de l'air respirable, mais une sorte de saumure gazeuse « où il y a de tout, même des microbes ».

Et c'est dans cette saumure que macèrent, pendant de longues heures, les poumons de nos enfants, dont l'organisme réclame d'autant plus impérieusement l'aliment aérien que cet organisme est en pleine évolution, qu'il lui faut ainsi non seulement la ration d'entretien, mais la ration de croissance.

Et si cette infraction à l'hygiène était la seule ! mais, je l'ai dit ailleurs et je le répète ici volontiers, il y a encore et surtout « les muscles au repos et la cervelle aux travaux forcés ».

Les muscles au repos, c'est-à-dire la fibre musculaire s'amenuisant et s'atrophiant, la circulation ralentie, la digestion languissante, la réparation amoindrie, la vitalité en péril. Alors ! le bacille de Koch peut venir.

La « cervelle aux travaux forcés », nous en avons vu les conséquences morbides les plus ordinaires, quant au cerveau. Eh bien, chez quelques-uns, dont l'organisme est prédisposé à la tuberculose, celle-ci éclate et se localise sur l'encéphale ; c'est la méningite tuberculeuse.

Cependant c'est, le plus habituellement, la *tuberculisation pulmonaire* qui se développe, et, fait hautement accusateur, elle se développe chez des sujets dans la famille desquels cette maladie n'existe pas.

(M. Peter rappelle plusieurs faits déjà cités par lui dans ses *Leçons cliniques*, et il en cite plusieurs autres, montrant des jeunes gens nés de parents très bien portants, ayant des sœurs et des frères d'une santé parfaite, et qui, seuls de leurs familles, devinrent tuberculeux, soit dans des écoles préparatoires, soit à l'École normale, soit à l'École polytechnique).

Voici, dit-il, le régime de cette École : café noir et un peu de pain à sept heures et demie du matin ; puis, à deux heures et demie, après sept heures d'un travail épuisant, déjeuner très court, et, comme complément de réfection, dîner à neuf heures, coucher après. (Nos ouvriers sont plus heureux, — et nos forçats aussi.)

C'est huit mois après sa sortie de l'École qu'un jeune homme, mort trois mois plus tard, de phthisie aiguë, eut sa première hémoptysie, laquelle dura quatre jours.

Comme contre-épreuve, on peut citer l'histoire d'une jeune fille qui, devenue phthisique, sous l'influence du surmenage intellectuel, se rétablit tellement bien après quelques mois de vie en plein air et sous l'influence d'une médication révulsive, que ses parents songeaient déjà à la marier.

En résumé, dans la rédaction des programmes universitaires, on n'a pas assez tenu compte des aptitudes intellectuelles moyennes ; le surmenage cérébral avec toutes ses conséquences morbides en a été le résultat ; il faut réformer ces programmes.

Dans l'hygiène scolaire, on n'a pas assez tenu compte des besoins impérieux et tout matériels de l'organisme ; il faut réformer cet hygiène.

La jeunesse française comme l'enfance a besoin d'une loi Roussell.

A l'Académie de médecine d'avertir ; aux pouvoirs publics d'aviser. Il y a péril. Nous ne devons pas laisser moissonner notre jeunesse dans sa fleur !

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par M. Vidal.

M. Vidal cherche à poser les indications et contre-indications du traitement mercuriel et du traitement iodique suivant les phases de la syphilis, la forme, la marche des lésions, les individualités.

Les mercuriaux sont donnés dès qu'on n'a plus de doute sur la nature du chancre ; les iodures sont donnés contre les accidents tertiaires, et, dans la phase intermédiaire, on a recours à l'action associée des deux médicaments.

L'administration précoce du mercure, ainsi que le conseille M. Fournier, n'a pas seulement pour avantage de retarder les manifestations secondaires, il les diminue dans leur intensité et dans leur durée chez les malades qui sont dans des conditions normales. Mais il en est d'autres où l'imprégnation mercurielle est à redouter. Il faut se garder de ce traitement hâtif si le chancre est phagédénique, si le malade est dans de mauvaises conditions générales, s'il a des scrofules ulcéreuses ; on doit le proscrire également chez les alcooliques, chez les vieillards.

Comme chez les sujets débilités, la syphilis devient ulcéreuse dès les premières manifestations, on voit assez souvent les accidents de ces syphilides malignes, précoces, aggravés par le mercure. Le pansement avec l'emplâtre de Vigo est quelquefois suffisant pour provoquer cette aggravation.

Pour l'administration du mercure, M. Vidal utilise les frictions d'onguent napolitain et les pilules de sublimé. Il se sert également quelquefois d'injections de peptonates ammoniques, mercuriques principalement, dans le traitement des affections syphilitiques des yeux et du syphilome en masse de la langue.

Il n'a pas employé le traitement de Scarenzio, ayant vu nombre de malades, soumis à ce traitement, revenir à bref délai avec des éruptions caractérisées.

La friction mercurielle lui paraît le meilleur mode d'administration. Il prescrit l'onguent mercuriel double, préparé avec l'axonge fraîche que l'on parfume, pour l'empêcher de rancir, par l'addition de baume du Pérou dans les proportions suivantes :

Onguent napolitain . . . . 60 grammes
Baume du Pérou . . . . 4 —

Divisez en 16 boîtes de 4 grammes.

Les frictions doivent être faites sur des parties glabres.

Elles peuvent être journalières pendant deux à trois mois sans inconvénients, à la condition que l'on aura fait mettre les dents en bon état et qu'on les nettoiera le matin, après chaque repas et avant de se coucher, avec la poudre suivante :

Poudre de ratanhia . . . . 5 grammes
Poudre de quinquina rouge. . . . . 15 —

Généralement, au bout de six semaines, il fait faire une friction tous les deux jours et il continue pendant trois mois.

Pour le traitement interne, il fait usage de la liqueur de Van Swieten.

Il formule les pilules de sublimé à des doses différentes d'opium suivant la disposition des malades à la diarrhée ou à la constipation.

Sa prescription la plus habituelle est :

Bichlorure hydrargyrique.	1 centigramme
Extrait thébaïque.	1 centigramme
Mica panis.	q. s.

une pilule, matin et soir.

Pour les enfants au-dessus de deux ans, il emploie la liqueur de Van Swieten dans du lait.

Pour les enfants à la mamelle, il se sert exclusivement de l'onguent napolitain à la dose d'un gramme par jour en friction sur le ventre et sur la région du foie, organe si souvent atteint dans la syphilis héréditaire.

Contre les premières manifestations de la syphilis, dans la période dite secondaire, le mercure est préférable aux préparations iodées. Il est cependant nombre de cas pour lesquels il faut recourir à ces dernières. La complication de phagédénisme, les formes ulcératives des syphilides malignes précoces, ces formes hybrides de la syphilis et de la scrofule, baptisées pittoresquement par Ricord du nom de scrofulate de vérole, contre-indiquent l'emploi du mercure, même en applications locales, et doivent être traitées par les toniques et par les préparations iodées.

Contre les manifestations syphilitiques qui se manifestent dans le cours de la deuxième année et contre les syphilides de transition, syphilides circinées, syphilides tuberculo-squameuses, le traitement mixte réussit souvent mieux que les préparations mercurielles employées exclusivement. Le sirop de Gibert est très utilement prescrit dans ces cas, mais bien des estomacs ne le tolèrent pas et M. Vidal prescrit, pour le remplacer, un mélange que peuvent supporter presque tous les malades. Le mélange est ainsi composé :

Deuto-iodure hydrargyrique.	15 centigrammes
Iodure de potassium.	15 grammes
Eau distillée.	50 —
Sirop de quinquina.	450 —

Ne pas filtrer (*agiter*).

Ce sirop, qui doit être trouble lorsqu'il est agité, doit être pris à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, dans de l'infusion de menthe ou de tilleul, une cuillerée avant le déjeuner et une avant le dîner, ou une cuillerée matin et soir.

Les préparations d'iode et en particulier l'iodure de potassium ont en général d'autant plus d'action contre les lésions de la syphilis que l'infection remonte à une date plus éloignée. C'est le traitement par excellence des lésions tertiaires.

Au début de la période secondaire, contre la céphalée intense et persistante, contre les névralgies, et contre les douleurs périarticulaires, l'iodure de potassium réussit mieux que le mercure. Il est rare que les accidents ne cèdent pas après une dizaine de jours d'administration quotidienne de 4 grammes du sel iodique. Associé aux frictions d'onguent napolitain, l'iodure de potassium aux doses de 4 à 6 grammes doit être employé dès le début des manifestations cérébrales de la syphilis, à quelque époque de l'évolution de la maladie qu'elles apparaissent.

L'iodure de potassium, pour être bien toléré, doit être administré à des doses d'au moins deux à quatre grammes, dans une assez grande quantité de liquide, de lait ou de tisane, pendant les repas ou après avoir mangé.

Il est d'observation que de petites doses sont plus souvent suivies de symptômes d'iodisme que les doses de deux à quatre grammes qui ont, sur la plupart des malades, un effet diurétique qu'il est bon de favoriser par des tisanes, telles que celles de chiendent ou de queues de cerise. En général, les malades qui ne tolèrent pas l'iodure de potassium urinent peu et il est de prudente pratique de s'assurer de l'état des fonctions urinaires avant de prescrire ce médicament à hautes doses.

Quand l'iodure n'est pas toléré par l'estomac, on peut l'administrer en lavements qu'on a la précaution d'additionner de quelques gouttes de laudanum.

Dans bien des cas de syphilides malignes précoces, à des individus ne supportant pas l'iodure de potassium, il a fait prendre avec succès le sirop iodo-tannique, dont 30 grammes contiennent 5 centigrammes d'iode. Chez les uns il lui a servi pour établir la transition et obtenir la tolérance de l'estomac pour l'iodure de potassium; chez d'autres il a dû s'en tenir exclusivement au sirop iodo-tannique et en faire prendre jusqu'à six et huit cuillerées à bouche par jour: c'est dans les cas de syphilides graves, réfractaires au mercure et à l'iodure de potassium, le traitement qui a le mieux réussi.

En terminant, M. Vidal parle de quelques contre-indications moins connues que celles qui sont fournies par les accidents d'iodisme. Ces contre-indications sont :

1° Celles qui sont fournies par les affections aiguës ou chroniques des yeux, qu'elle qu'en soit la nature, même lorsqu'elles sont syphilitiques.

2° Celles de dyspnée avec respiration bruyante, symptomatique des ulcérations syphilitiques du larynx, très peu de jours après que le traitement par l'iodure de potassium a commencé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Arnoldo Cantani (de Naples) qui sollicite le titre de correspondant étranger.

2° Une lettre de M. le docteur Justin Lemaistre (de Limoges), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté sur le microbe de la suette. (Accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Onimus, accompagnant le dépôt d'un pli cacheté. (Accepté.)

4° Une lettre de M. le docteur Figueira (de Madère) accompagnant l'envoi d'un second pli cacheté sur un appareil pour faire les incisions sans douleur. (Accepté.)

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux correspondants nationaux.

La commission présente : En première ligne : M. Gibert (du Havre); — En deuxième ligne : M. Riembault (de Saint-Étienne); — En troisième ligne *ex æquo* : MM. Barallier (de Toulon), Mordret (du Mans), Poincarré (de Nancy), Widal (d'Alger).

Le nombre des votants étant de 43, majorité 22,

M. Gibert obtient.	36 voix (élu).
M. Barallier	4 —
Bulletins blancs	2 —

Deuxième place le nombre des votants étant de 46, majorité 24.

M. Riembault obtient.	36 voix (élu).
M. Poincarré.	4 —
M. Barallier	3 —
M. Mordret.	1 —

LECTURE

Note sur l'œsophagotomie interne à séances multiples. — Modifications à l'instrument de Maisonneuve. — M. Le Dentu, considérant l'instrument de Maisonneuve comme dangereux, surtout par la largeur de ses lames, a fait faire une série de lames de largeurs graduées, dont les plus petites ont 5 millimètres

de large et la plus large 9 millimètres. Il employa ces lames graduées chez un homme d'environ trente ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année 1886. Le rétrécissement avait au moins 12 centimètres de longueur, il n'admettait qu'une bougie uréthrale n° 11.

Une première section fut opérée avec deux lames n° 1, introduites successivement le long de la tige conductrice et retirées avec cette tige. La dilatation fut portée d'emblée jusqu'au n° 16.

Une seconde section, quinze jours après, avec une lame n° 1 et une lame n° 2, permit d'atteindre le n° 20.

Malheureusement le malade sortit alors de l'hôpital.

M. CORLIER lit une note sur les jetons des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris.

L'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

Limoges, le 27 juin 1887.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux

Monsieur le directeur,

En lisant l'excellente Revue Générale sur l'*Étiologie de la fièvre typhoïde*, que M. le docteur Toupet vient de faire paraître dans la *Gazette des hôpitaux*, mon attention s'est particulièrement arrêtée sur ce membre de phrase de l'avant-dernier alinéa, que « la diffusion du germe typhique par l'air est au moins très faible ».

Pour faible que soit cette diffusion, elle n'en paraît pas moins réelle en certaines occasions, et, de ce chef, j'ai par devers moi trois cas assez probants, tirés d'épidémies localisées toutes trois à une fraction de casernement.

S'il ne me reste aucune note sur la première de ces épidémies, ma mémoire garde encore un souvenir suffisant de ses faits principaux. C'était en 1874 ou en 1875, à Moulins, dans le quartier de la Madeleine, occupé par le 16e régiment de chasseurs. La fièvre typhoïde se déclara dans les combles, alors que les étages inférieurs restaient indemnes. Elle fut attribuée à la circonstance que les hommes urinaient dans le chenal de la toiture placé devant leurs fenêtres; l'air ne pouvait gagner les chambres sans s'infecter au passage. Nettoyage et discipline remirent tout en ordre.

En second lieu, au mois d'avril 1879, à Limoges, caserne des Bénédictins, la fièvre typhoïde frappa ceux des hommes du 78e régiment de ligne qui logeaient dans trois chambres superposées situées à l'extrémité d'un pavillon neuf, largement ventilées sur trois faces, alors que l'ensemble du casernement, composé de vieux bâtiments en mauvais état, sans air, ne donnait pas de malades. Comme l'eau de boisson était la même pour tout le monde, il n'y eut pas lieu de l'incriminer; l'évaporation de l'urine en putréfaction put seule être invoquée; il s'en trouvait deux foyers abondants à petite distance; l'un résultait d'une longue rangée de pissotières, à peine séparées du pavillon par une étendue de quelques mètres, pissotières exposées au soleil et dépourvues d'eau courante; l'autre, tout proche de la face sud, était formé par une fosse (destinée aux exercices de gymnastique) d'où s'exhalait une forte odeur d'urine.

Enfin, troisièmement, à Paris, caserne de la Nouvelle-France, j'eus occasion, en septembre 1885, d'observer un fait analogue aux deux précédents, sur les troupes du 82e régiment d'infanterie. Comme à Limoges, l'épidémie apparut dans un pavillon d'angle; en y pénétrant, on était tout d'abord suffoqué par une odeur nauséabonde, à caractère urineux prononcé, qui, s'échappant de la salle de police située au rez-de-chaussée, gagnait tous les étages par la cage d'un escalier spécial au pavillon. Le développement de l'épidémie fut brusque: il y eut des malades simultanément du haut en bas du pavillon, avec cette particularité que, à chaque étage, les chambres de la troupe étant toutes disposées sur un même côté de l'escalier, alors que l'autre côté donne accès à de petites chambres réservées aux sous-officiers, les sous-officiers furent aussi maltraités que les soldats. Une désinfection de la salle de police, sans toucher en rien aux chambres, fit cesser l'épidémie en peu de jours, c'est-à-dire avec la période d'incubation des derniers contaminés.

J'ajoute que toute la caserne s'abreuvait à un seul et même robinet d'eau de l'Ourcq, et que les compagnies logées dans les autres corps de bâtiments furent épargnées, car peu ou point d'hommes subissaient à ce moment-là des punitions qui les auraient exposés à passer la nuit et à tomber malades dans le local disciplinaire.

Pour conclure, jusqu'à preuve contraire, il n'est pas irrationnel :

1° De considérer l'urine comme un milieu de culture favorable au bacille d'Eberth, malgré l'horreur apparente du microbe typhique pour les matières organiques;

2° D'admettre que la fermentation urinaire favorise la projection de ce bacille à une petite distance dans l'atmosphère.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments confraternels les plus distingués.

T. LANOAILLE DE LACHÈZE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juin 1887, ont été nommés et promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. de Valicourt, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Conçaix, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Neveu, Landry, Menard, Fremond, Lachaud et Florand.

— Par décret, en date du 24 juin 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Nardin, Bonnin, Salmon, Sauveur, Wirion, Agraffel, Duboureau, Jobin et Sarazin.

— Les épreuves cliniques du clinicat médical ont lieu à l'Hôtel-Dieu, mardi, jeudi et vendredi, à neuf heures.

Samedi prochain, à sept heures du matin, aura lieu l'épreuve d'anatomie pathologique, dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

— Le sujet de la première épreuve du clinicat chirurgical (composition écrite) a été : 1° De l'épididyme (anatomie); 2° Symptômes et diagnostic de la tuberculose des organes génitaux de l'homme (pathologie externe).

Demain jeudi aura lieu, à onze heures du matin, à l'École pratique, l'épreuve de médecine opératoire.

— La première épreuve orale — épreuve de physiologie — du concours du prosectorat a eu lieu hier à trois heures à la Faculté de médecine de Paris; la question donnée a été : « Le sens de l'odorat. » MM. Festal et Dumoulin se sont retirés. La prochaine séance aura lieu demain jeudi à trois heures précises.

— M. le professeur Gaston Bonnier, dirigera sa prochaine herborisation le dimanche, 3 juillet 1887, dans la forêt de Villers-Cotterets, à Pierrefonds, dans la forêt de Compiègne, aux Étangs de Saint-Pierre et à Vieux-Moulin.

On se réunira à la gare du Nord, à 7 heures 10 minutes du matin et on sera de retour à Paris, à 10 heures 50 minutes du soir.

— M. Stanislas Meunier fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 3 juillet 1887, à Belloy, Saint-Martin-du-Tertre et Luzarches. Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra, à sept heures et demie, le train pour Monsoult. On sera de retour à Paris, à six heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21369

N° 81. — SAMEDI 2 JUILLET 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 2 JUILLET 1887. — N° 81

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Étude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin.

Par H. Delagénière, interne des hôpitaux.

I

Avec la plupart des auteurs, nous considérerons le rectum comme un organe spécial présentant en quelque sorte sa pathologie et sa chirurgie propres. Par tumeurs du gros intestin, nous entendrons donc seulement celles que l'on rencontre depuis le cæcum jusqu'à la terminaison de l'S iliaque inclusivement.

Le gros intestin, comme l'intestin grêle, peut être le siège de tumeurs très variées, et, comme pour les autres organes, on peut les diviser en tumeurs bénignes et tumeurs malignes.

Les premières sont beaucoup plus rares, et la plupart du temps n'ont été reconnues qu'à l'autopsie, après avoir causé la mort en amenant l'invagination de l'intestin. Par ordre de fréquence, on rencontre : d'abord, les polypes avec leurs différentes variétés, polypes muqueux qui peuvent, bien que rarement, présenter la forme colloïde ; polypes celluleux, qui, dans certains cas, peuvent former de véritables fibromes ; enfin, des tumeurs décrites par M. Lancereaux, sous le nom de liomyomes polypeux, ayant leur point de départ dans la couche musculaire de l'intestin.

Après les polypes, nous citerons, pour être complet, les végétations ou papillomes, dont Corvisart et Henry ont rapporté chacun un cas ; les infarctus hémorrhagiques et certains polypes vasculaires ; enfin, deux cas de lipomes, signalés l'un par Virchow, l'autre par Castelain.

Les tumeurs malignes sont plus fréquentes, et elles ont été l'objet d'études des plus sérieuses, tant au point de vue du diagnostic que de l'intervention. C'est, en effet, contre elles qu'ont été dirigés, à plusieurs reprises et à des époques différentes, les efforts d'un grand nombre de chirurgiens. Ces tumeurs sont représentées par le sarcome et par le cancer sous toutes ses formes : squirrhe, encéphaloïde, colloïde, épithéliome cylindrique, etc. Tantôt la tumeur est arrondie et fait saillie, soit au dehors, soit dans la cavité de l'intestin ; tantôt elle forme un cylindre qui vient obstruer l'organe ; tantôt une ulcération large et fongueuse ; tantôt, enfin, une masse informe, adhérente aux organes voisins qui viennent alors former corps avec elle. Le cancer est donc la tumeur qui a été rencontrée le plus souvent sur le gros intestin, de sorte que le traitement des néoplasmes de cet organe se confond presque avec celui du cancer.

Autrefois, malgré quelques interventions hardies, et malgré un cas de succès dû à Reybard, qui, en 1833, fit la laparotomie pour un cancer de l'S iliaque, réséqua la tumeur et réduisit dans le ventre l'intestin suturé, le cancer de l'intestin était considéré comme une affection médicale. On l'assimilait au cancer de l'estomac, à l'histoire duquel il servait en quelque sorte d'appendice dans les traités de pathologie interne. Son traitement était purement prophylactique jusqu'au jour où survenaient les accidents de l'occlusion intestinale. Alors seulement on avait parfois recours à la chirurgie, dont toutes les ressources consistaient à pratiquer à l'intestin une ouverture au-dessus de l'obstacle et à établir un anus artificiel.

Aujourd'hui les chirurgiens sont plus hardis. D'une part, le diagnostic de la tumeur devient plus sûr ; de l'autre, grâce aux progrès introduits dans la chirurgie par la méthode antiseptique, une intervention radicale devient moins téméraire. Nous allons donc passer en revue les différents traitements qui ont été employés contre ces tumeurs, en insistant seulement sur les moyens chirurgicaux ; puis, à la suite d'une revue critique des cas publiés, nous établirons nos conclusions.

II

Le traitement du cancer de l'intestin, d'après M. le professeur Jaccoud (1), est purement palliatif et doit se borner à combattre les accidents observés. C'est ainsi qu'il faudra s'attacher à restreindre, autant que possible, la quantité des matières alimentaires, résultat auquel on arrivera en prescrivant au malade une alimentation concentrée. On le nourrira avec de la viande crue, des œufs, du lait etc., tous aliments qui laissent peu de résidus après la digestion. Il faudra, ensuite, s'attacher à combattre la constipation qui est habituelle, quand la tumeur a acquis un certain volume et qui peut amener de graves désordres, surtout au moment

(1) Jaccoud. *Path. int.*, t. II, p. 280.

des débacles. Les purgatifs quotidiens et surtout l'huile de ricin rendront aux malades les plus grands services. S'il y a des hémorrhagies, il faudra aussi les combattre par des moyens qui varieront avec leur intensité et leur origine. Il en sera de même des autres complications.

Par ces moyens on est arrivé à faire vivre certains malades atteints de cancer de l'intestin pendant plus d'une année. Lorsque survient la période de cachexie, il faudra surtout combattre les douleurs par l'opium à hautes doses, et, mieux encore, par les injections hypodermiques répétées de chlorhydrate de morphine.

Ainsi qu'il ressort des quelques lignes qui précèdent, le traitement médical du cancer du gros intestin n'est pas très encourageant, et cette considération suffit amplement pour justifier toutes les tentatives qui ont été faites pour atteindre directement le mal.

Les procédés chirurgicaux qui ont été mis en usage sont très nombreux; ils ont varié, presque dans chaque cas, avec les indications spéciales que présentait la tumeur. Pour en faciliter l'étude, nous les diviserons en deux grands groupes. Dans le premier, nous étudierons les opérations palliatives, c'est-à-dire celles qui n'ont pas d'autre but que de combattre pendant un temps plus ou moins long les accidents de l'occlusion intestinale. Dans le second, au contraire, nous examinerons les opérations radicales qui ont été tentées, en n'insistant que sur celles qui peuvent être considérées comme des procédés réguliers.

Les procédés palliatifs ont été exécutés dans deux ordres de circonstances bien distinctes. Tantôt, le chirurgien pratique une opération purement palliative et conçue comme telle. C'est l'opération palliative proprement dite; tantôt, au contraire, c'est dans le cours d'une opération radicale que les procédés palliatifs s'imposent en constituant ainsi de véritables opérations de nécessité.

Dans le premier ordre de faits qui doit seul nous occuper, on peut faire rentrer trois opérations, dont deux seulement ont été pratiquées sur le vivant, lorsqu'il s'agissait d'oblitérations du tube digestif quelle qu'en fût la cause.

1° L'*entérotomie* ou *entérostomie* fut pratiquée par Jobert, puis par Nélaton qui en régla les différents temps. Cette opération consiste à pratiquer une incision à travers la paroi abdominale, à saisir l'intestin au-dessus de l'obstacle, à le fixer à la plaie abdominale, enfin à pratiquer, sur cette anse intestinale ainsi maintenue, une incision destinée à permettre l'issue des matières (1). On crée ainsi un anus artificiel sur l'intestin grêle, ce qui met à l'abri des matières intestinales la tumeur du gros intestin, et supprime en même temps tous les accidents de l'occlusion intestinale. M. Després propose à cette opération le nom de *gastro-entérotomie* (2).

2° La *colotomie* est une opération qui consiste à pratiquer l'anus artificiel sur un point quelconque du gros intestin. Le siège de la colotomie devra donc varier avec celui de la tumeur. C'est ainsi qu'on peut la pratiquer, par la méthode de Littre, sur le côlon descendant dans la fosse iliaque gauche, ou sur le cæcum dans la fosse iliaque droite. Dans ce dernier cas, l'opération est habituellement désignée sous le nom de *cæcotomie*. Dernièrement, à la Société de chirurgie, M. Le Dentu s'est prononcé en faveur de cette dernière opération dans les cas de diagnostic douteux et quand l'intervention est urgente, car on rencontrera bien plus fréquemment l'obstacle au-dessus de l'S iliaque. En outre, l'opération en elle-même est facile si l'on prolonge suffisamment l'incision, car le cæcum peut être attiré au dehors, étant de toutes parts environné par le péritoine ainsi qu'il résulte de travaux récents (1).

(1) V. Nélaton. *Path. chir.*, *t.* IV, p. 379.
(2) *Dict. de méd. et chir. prat.*, XIX, p. 233.

La colotomie lombaire, par la méthode de Callisen, est pratiquée couramment en Angleterre. Le plus souvent, on la fait du côté droit, pour être plus certain d'établir l'anus artificiel au-dessus de l'obstacle; mais on peut aussi la faire à gauche, lorsque, au moyen de sondes rectales, du toucher rectal par la méthode de Simon, ou de la palpation, on a pu nettement préciser le siège de la tumeur au niveau de l'S iliaque. Ce mode d'intervention présente le grand avantage de pouvoir atteindre le gros intestin par derrière, dans les points où cet organe est dépourvu de péritoine.

3° L'*anastomose intestinale* est une opération proposée par Maisonneuve (2), mais qui n'a jamais été faite que sur les animaux. Elle consiste à pratiquer deux incisions longitudinales sur des anses de l'intestin, situées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'obstacle; puis à réunir, après les avoir abouchées, ces deux incisions au moyen de points de suture. Dans le cas qui nous occupe, cette opération ne pourrait se faire qu'entre une anse de l'iléon et le gros intestin, au-dessous de la tumeur. Nous n'insisterons pas davantage.

Comme on le voit, dans tous les procédés qui précèdent, aucune tentative n'est faite dans le but d'extirper la tumeur et de s'opposer ainsi à sa généralisation. Cette façon d'agir a été cependant pratiquée un grand nombre de fois. D'après les cas publiés, et qui sont relatés à l'article Entérectomie du *Dictionnaire encyclopédique* et dans une thèse toute récente de M. Camus (3), nous avons pu réunir 39 cas d'intervention radicale pour tumeurs du gros intestin. Trente-sept fois il s'agissait de cancer sous ses différentes formes, deux fois seulement de tumeurs sarcomateuses. Nous n'avons pas trouvé un seul cas d'intervention pour une tumeur bénigne. Un grand nombre de procédés ont été employés par les divers chirurgiens qui ont exécuté ces opérations hardies.

Nous allons nous efforcer de classer ces diverses opérations, en décrivant celles qui peuvent être considérées comme types. Nous en décrirons cinq, en indiquant, pour chacune, les modifications qui ont été apportées par les opérateurs successifs.

1° *Méthode de Volkmann.* — Ce procédé a été indiqué par Volkmann pour les cancers du rectum situés à une certaine distance de l'anus et lorsque le néoplasme occupait toute la circonférence de l'intestin. Bardenheuer (4), le premier, l'appliqua pour un cas de cancer de l'S iliaque, situé à 30 centimètres de l'anus. Voici en quoi il consiste :

On incise transversalement le rectum au-dessous de la tumeur, puis au-dessus; on abaisse le bout supérieur de l'intestin, en opérant des tractions continues; puis, on pratique l'entérorrhaphie, de telle sorte qu'à la fin de l'opération l'extrémité du côlon descendant se trouve suturée au rectum. Pour faciliter l'opération, on se fait du jour par une incision postérieure et en enlevant le coccyx. En agissant ainsi, la blessure du péritoine est fatale, il suffira d'en pratiquer la suture et de laisser dans la cavité péritonéale deux

(1) Soc. de chir.; Séance du 25 mai 1887.
(2) Maisonneuve, in Th. de Vassor, 1852, sur l'*Étranglement interne*.
(3) Camus. Thèse de Paris, 1887.
(4) Bardenheuer. *Drain. d. Peritonealhöle*, Stuttgard, 1880.

tubes à drainage, dont l'un sortira en avant, l'autre en arrière de l'anus. Par ces tubes, on fera, toutes les quatre heures, une irrigation à l'acide salicylique.

L'opérée de Bardenheuer guérit de l'opération. Celle-ci fut pratiquée, avec quelques modifications dans son exécution, par Ceci et Ferranti (1), mais leur malade mourut. Enfin, Nicolaysen (2) intervint une troisième fois, dans des conditions semblables, et eut un succès complet. La main introduite dans le rectum, il parvint à invaginer la tumeur, qui siégeait au niveau de l'S iliaque, et à l'attirer au dehors par l'anus. Là, il la sectionna et pratiqua la suture des deux bouts de l'intestin.

Ce procédé, qui n'a été exécuté que trois fois, compte deux succès. Il permet d'éviter la laparotomie avec tous ses dangers. En revanche, il n'est applicable que dans les cas où la tumeur siège sur l'S iliaque, ou tout au plus sur la deuxième moitié du côlon descendant, et son exécution présente de grandes difficultés.

2° *Méthode de Madelung.* — Ce procédé a pour but d'enlever le néoplasme pour en éviter la généralisation par une ouverture faite à la paroi abdominale, de réduire, après l'avoir suturé, le bout inférieur, et d'établir avec le bout supérieur un anus artificiel.

L'incision de la paroi abdominale se fera sur la tumeur, juste assez grande pour pouvoir en pratiquer l'extirpation. L'intestin malade sera alors saisi et attiré au dehors, afin d'être sectionné au-dessous puis au-dessus de la tumeur. Le bout inférieur sera alors nettoyé avec soin et vidé de ses matières; puis on le suturera, en ayant soin d'adosser les séreuses. On le réduira alors dans le ventre, où on l'abandonnera. Le bout supérieur sera fixé dans la plaie, afin de permettre l'issue des matières fécales. L'anus artificiel, ainsi constitué, sera un anus *persistant*, que le malade conservera pendant toute sa vie.

L'avantage principal de ce procédé consiste à ne pas rentrer dans la cavité péritonéale une anse d'intestin suturée et d'éviter sûrement le passage des matières dans le péritoine; en un mot, on écarte les dangers si multiples de l'entérorrhaphie.

Cette opération a été pratiquée trois fois et ne compte qu'un succès dû à Martini (3). Les deux autres malades, opérés par Billroth, moururent.

L'opération, telle que nous venons de la décrire, a été modifiée de plusieurs façons par les chirurgiens qui furent appelés à la pratiquer. Au lieu de faire l'incision sur la tumeur, Weir (4), dans un cas qui fut suivi d'un résultat heureux, fit la laparotomie médiane. Deux fois l'incision fut pratiquée dans la région lombaire, comme pour faire la colotomie (cas de Bryant, dont le malade guérit, et cas de Lammiman). Mais la modification la plus importante, qui fut apportée à la méthode de Madelung, consiste à fixer à la plaie cutanée le bout inférieur suturé, au lieu de l'abandonner dans la cavité péritonéale, où il pouvait devenir une cause d'infection pour la séreuse. Bryant (5), dans le cas que nous avons cité plus haut, agit de cette façon.

Il fit son incision dans la région lombaire et obtint un succès complet. Son exemple fut suivi par Marshall, mais la malade mourut de péritonite généralisée.

(1) Ceci et Ferranti. *Rev. clin. di Bologna*, 1883, p. 890.
(2) *Nicolaysen Cent. f. Chir.*, 1882, n° 36, p. 599.
(3) Martini. *Zeitschr. f. Heilk.*, t. I, 1880, p. 208.
(4) Weir. *New-York medical journal*, 1886.
(5) Bryant. *Med. chir. Trans.* Vol. LXV, p. 131.

Enfin, pour être complet, nous citerons le cas de Schede, dans lequel les deux bouts de l'intestin, n'ayant pu être rapprochés pour permettre l'entérorrhaphie, furent suturés aux deux extrémités de la plaie.

En résumé, la méthode de Madelung a été employée huit fois; elle compte seulement trois succès.

3° Nous allons décrire ici un procédé qui présente tous les avantages de la méthode de Madelung, en ce sens qu'il ne nécessite pas l'entérorrhaphie, et qui ne condamne le malade que pendant un temps plus ou moins long aux conséquences dégoûtantes d'un anus contre nature.

L'opération est conduite comme précédemment, mais, au lieu de fermer et de réduire dans le ventre le bout inférieur de l'intestin suturé, on adosse l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin, et on les fixe, ainsi rapprochés, à la plaie cutanée. L'anus artificiel est ainsi établi; mais, dans la suite, lorsque la guérison aura eu lieu, le chirurgien aura la ressource d'appliquer l'entérotome et de guérir l'anus artificiel. La guérison absolue du malade peut donc être obtenue, ce qui assure au procédé une grande supériorité.

Malgré tous ces avantages, et sans qu'on puisse trop s'en expliquer les raisons, nous n'avons pu trouver qu'un seul cas publié. Il est dû à Volkmann (1). Il s'agissait d'un carcinome de la partie supérieure de l'S iliaque. L'opéré guérit; mais la récidive eut lieu dix-huit mois plus tard.

Dernièrement, M. Reclus (2) préconise ce procédé, mais il le réserve pour les cas de cancer de l'S iliaque, lorsque la tumeur est petite, mobile et circonscrite.

Nous reviendrons sur ce procédé au chapitre suivant, en insistant sur ses avantages.

4° *Méthode de Reybard.* — Elle vient de faire l'objet d'une thèse récente (4), dans laquelle l'auteur semble la préconiser aux dépens de toutes les autres méthodes, et cependant la statistique qu'il donne est loin d'être satisfaisante. Il est vrai qu'en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, ainsi que le recommande M. Camus, et en portant un soin tout spécial à l'entérorrhaphie, on peut espérer avoir des résultats plus favorables.

Voici en quoi consiste cette méthode. L'opération comprend trois temps bien distincts : la laparotomie ou ouverture de la paroi abdominale, l'entérectomie ou excision de la tumeur, et enfin l'entérorrhaphie ou suture des deux bouts de l'intestin divisé.

La laparotomie peut se faire indistinctement sur la ligne médiane ou sur la tumeur. Elle consiste à inciser, couche par couche, la paroi abdominale, y compris le péritoine. Lorsque la séreuse est ouverte, on explore la cavité du ventre, puis on attire au dehors la portion d'intestin qui est envahie par le néoplasme. C'est à ce moment que l'on pratique l'entérectomie.

Ce point de l'opération est délicat, à cause du danger de laisser échapper des matières intestinales dans la cavité péritonéale. Pour éviter cet accident, il faut, momentanément, fermer l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur, soit en le confiant aux doigts d'un aide, soit en appliquant, sur chaque bout, une ligature ou une pince spéciale. On sectionne alors l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis on le sépare du mésentère en taillant en coin ce repli séreux.

(1) Volkmann. *Cent. f. Chir.*, 1884, n° 10, p. 153.
(2) Reclus. *Sem. médicale*, 18 mai 1887, p. 201.
(3) Camus. *Du traitement radical du cancer du gros intestin.* Th. Paris, 1887.

L'entérorrhaphie est certainement le point le plus important de l'opération. Elle comprend deux temps bien différents : d'abord la suture du mésentère, puis celle de l'intestin. Nous n'avons pas à insister ici sur les différents modes de suture; nous dirons seulement que la suture la plus employée a été la suture de Lembert, modifiée plus ou moins selon les cas. La principale modification, sur laquelle nous croyons devoir insister, à cause de son importance, est celle qui consiste à pratiquer deux rangs de suture au lieu d'un seul. Le premier rang comprend les trois tuniques de l'intestin et représente en quelque sorte les sutures profondes; le deuxième comprend seulement la séreuse; ce sont les sutures superficielles.

L'intestin, ainsi suturé, est replacé dans le ventre, et la plaie abdominale est fermée. Parfois, lorsque la séreuse n'a pas été complètement protégée au moment de la section de l'intestin, les opérateurs ont laissé la plaie abdominale ouverte en un point et ont drainé la cavité péritonéale. Cette pratique avait l'inconvénient de créer une fistule parfois fort difficile à guérir.

Reybard (1), le premier, en 1833, pratiqua cette opération avec succès. Depuis, son exemple fut suivi par plusieurs chirurgiens. La plupart des modifications reproduites dans l'opération ont porté sur la suture de l'intestin. Tantôt on eut recours à la suture entortillée, à la suture de Jobert, celle de Lembert, modifiée par Czerny, de Gussenbauer, etc. Mais, presque toujours, l'opération resta telle que l'avait pratiquée le chirurgien de Lyon. Fischer (2), cependant, et, plus tard, Sydney Jones (3), au lieu de laisser libre dans le ventre l'intestin suturé, le fixèrent à la paroi abdominale, près de la plaie.

D'après les statistiques que nous avons pu consulter, et d'après nos recherches personnelles, l'opération de Reybard a été pratiquée en tout dix-sept fois : trois fois seulement en France par Reybard, Guyon (4) et Horteloup (5). Sur ces dix-sept cas, on ne compte que 6 succès.

5° *Cæcumectomie.* — Nous désignerons ainsi une opération qui a été pratiquée la première fois par Billroth (6) et a été depuis exécutée un assez grand nombre de fois.

Elle consiste à réséquer le cæcum atteint de cancer. L'opération a été faite de deux façons : tantôt l'entérorrhaphie fut pratiquée, et l'intestin réduit dans le ventre; tantôt on créa un anus artificiel sur l'intestin grêle [voir le cas unique de Witehead (7)]. Enfin, chez deux malades, une partie seulement du cæcum fut réséquée [voir les cas de Kraussold (8) et de Thiersch (9)].

Cette opération se pratique comme celle de Reybard. La seule modification consiste dans la façon de faire l'entérorrhaphie. Lorsque le cæcum est enlevé, les deux bouts d'intestin qui doivent être réunis sont : d'une part, la terminaison de l'iléon, et de l'autre, l'origine du côlon ascendant; or ces deux portions d'intestin présentent une très grande différence de calibre, qui rendrait l'entérorrhaphie inefficace, si l'on n'avait pas recours au procédé employé par Billroth pour rétrécir le gros intestin. Il place, à travers la paroi intestinale, des points de suture destinés, quand ils sont serrés, à former, aux dépens de l'intestin, une sorte de pli triangulaire saillant en dehors et dont la base répond à la ligne des sutures.

Dès lors, les deux bouts de l'intestin présentent le même calibre, et l'entérorrhaphie peut être faite. Le reste de l'opération sera en tout semblable à celle de Reybard; nous n'y insisterons pas.

Nous avons pu réunir dix observations de cæcumectomie, et, sur ces dix cas, nous n'avons trouvé que quatre guérisons.

(1) *Bull. Acad. méd.*, 1843-1844, t. IX, p. 1033.
(2) Fischer. *Centr. f. Chir.*, 1881, p. 794.
(3) Sydney Jones. *Lancet*, 1885, t. I, p. 60.
(4) Peyrot. Th. agr. 1880, p. 184.
(5) Th. Camus. Observation inédite, p. 29.
(6) Hauer. *Zeitschr. f. Heilk*, 1884, vol. V, p. 101.
(7) Whitehead. *Brit. med. Journ.* 1885, t. I, p. 1871.
(8) Kraussold. *Cent. f. Chir.* 1881.
(9) Thiersch. *Berl. Klin. Woch*, 1882, p. 616.

III

Avant de tirer de l'exposé des faits qui précèdent la moindre conclusion, nous voulons faire, en quelques lignes, une étude statistique et raisonnée des différents procédés.

Au point de vue pratique, il serait surtout important de pouvoir établir une comparaison entre les procédés médicaux et palliatifs, d'une part, et les procédés radicaux, d'autre part. Une telle étude est actuellement très difficile.

La plupart du temps, lorsque le chirurgien est appelé, c'est qu'il est survenu quelque accident fâcheux, tel que symptômes d'étranglement interne, péritonisme, etc. A ce moment déjà, le malade a bénéficié, depuis un temps plus ou moins long, des procédés thérapeutiques médicaux que nous avons signalés, et il est arrivé insensiblement à cette période de l'affection où l'existence devient impossible, où il faut agir, pour donner au malade quelques chances de prolonger un peu sa vie. Deux alternatives sont alors possibles : ou bien faire une opération palliative et établir un anus contre nature, ou bien intervenir d'une façon radicale.

En général, la colotomie amènera une survie de quelques mois seulement, et condamnera le malade à une infirmité dégoûtante, qui ne le mettra pas à l'abri de tous les accidents provoqués par la généralisation du cancer qu'on aura laissé en place. Assurément, la colotomie, en tant qu'opération, est moins dangereuse que l'entérectomie; mais, à notre sens, cet avantage incontestable est plus que compensé par les inconvénients que nous venons de signaler.

Dans presque tous les cas où une opération radicale fut pratiquée, le malade était condamné à une mort prochaine. Qu'on ne s'étonne donc pas si, sur les 39 cas publiés, la guérison ne fut obtenue que 16 fois, ce qui fait seulement 41 p. 100 de résultats heureux, c'est-à-dire dans lesquels le malade guérit de l'opération. Nous traiterons un peu plus loin la question de la récidive.

Voyons maintenant comment se répartissent les succès entre les différentes méthodes, afin de nous en faciliter l'appréciation.

1° La méthode de Volkmann, sur trois opérés, compte

Mort	1
Guérisons	2

Ce qui donne 66 p. 100 de guérisons.

2° La méthode de Madelung, appliquée huit fois, donne comme résultat :

Morts	5
Guérisons	3

Soit 37,5 p. 100 de guérisons.

3° L'anus artificiel temporaire n'a été pratiqué qu'une fois, et avec succès. On ne peut donc pas tirer de conclu

sions. Il suffit, en effet, de se rappeler que la série des opérés par la méthode de Reybard débute par un succès.

4° Méthode de Reybard, sur 17 opérés, a donné :

Morts	11
Guérisons.	6

Ce qui fait seulement 35,3 p. 100 de guérisons.

5° Cæcumectomie, pratiquée 10 fois seulement, a fourni les résultats suivants :

Morts.	6
Guérisons	4

Soit 40 p. 100 de guérisons.

D'après les chiffres qui précèdent, l'avantage resterait à l'anus artificiel temporaire et à la méthode de Volkmann; les autres méthodes viendraient bien après. Il est à remarquer que la cæcumectomie ne constitue pas une opération plus grave que la colectomie; ses résultats sont même meilleurs, puisque, au lieu de 37,5 et 35,3, elle donne 40 p. 100 de guérisons.

Par guérison, nous avons entendu seulement le rétablissement du malade après l'opération, sans tenir compte de la récidive. Celle-ci, sur les seize cas analysés, s'est produite huit fois. Quatre malades n'ont pas été revus, et, pour les quatre autres, ils ont été revus, l'un quatre ans, un autre dix mois, un troisième six mois, et le quatrième trois mois après.

Sur les huit cas où la récidive a été observée, une fois elle s'est produite avant six mois, et trois fois seulement après une année. D'après les cas publiés, elle a varié, dans son apparition, de un mois à dix-huit mois.

Ces résultats sont loin d'être encourageants; mais il faut se rappeler que tous les malades opérés étaient voués à une mort certaine et qu'on n'avait que le choix entre un procédé curatif ou un procédé palliatif, que nous avons éliminé.

Enfin, avant d'indiquer nos conclusions, il nous a paru utile d'examiner quelles avaient été les causes de la mort, dans les cas malheureux, qui sont au nombre de 23. Voici comment on peut les répartir :

Morts du shock	4
— du collapsus.	5
— de péritonite septique ou par perforation.	8
— d'accidents divers	2
— de cause inconnue	4

La cause de la mort la plus fréquente est donc la péritonite, puis le collapsus et le shock. Toutes ces causes de mort peuvent être, sinon évitées, du moins diminuées dans des proportions notables, si le chirurgien s'entoure de toutes les précautions antiseptiques, s'il porte un soin extrême à l'entérorrhaphie, s'il évite le refroidissement du malade pendant l'opération, enfin s'il considère, comme une contre-indication formelle à l'intervention radicale, l'état de collapsus dans lequel se trouve quelquefois le malade avant l'opération.

IV

Nos conclusions seront, dès lors, très faciles à tirer. Si on se trouve en présence d'un malade chez lequel le diagnostic de tumeur du gros intestin a été porté, si ce malade est dans un état profond de collapsus, ou bien s'il présente les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë, l'intervention radicale est formellement contre-indiquée, et on devra, suivant le cas, pratiquer la colotomie iliaque ou lombaire, et soumettre le malade au traitement médical. Il en sera de même toutes les fois que la tumeur se sera généralisée dans plusieurs organes et que l'on constatera la présence de noyaux durs dans l'épiploon. Ces réserves faites, l'intervention radicale nous paraît devoir être tentée. Nous distinguerons plusieurs cas :

1° La tumeur est petite, mobile, et siège sur l'S iliaque ou sur la partie inférieure du côlon descendant. La main, introduite dans le rectum, comme le conseille Simon, peut atteindre la tumeur. Dans ce cas, si son invagination est possible, il faut agir comme Nicolaysen; si elle ne l'est pas, recourir au procédé de Volkmann.

2° La tumeur est plus ou moins volumineuse; elle peut même présenter des adhérences. Il faut alors, après son ablation, établir un anus artificiel temporaire, que l'on cherchera à guérir plus tard, ou bien pratiquer l'opération de Reybard, en fixant, comme l'a fait Fischer, l'endroit suturé de l'intestin à la paroi abdominale.

3° La tumeur est très volumineuse, et, après son ablation, les deux bouts de l'intestin ne peuvent pas être amenés au contact. Dans ce cas seulement, on sera autorisé à employer le procédé de Madelung, et encore, en fixant à la plaie cutanée le bout inférieur suturé, au lieu de l'abandonner dans le ventre et de faire courir au malade les dangers d'être infecté.

4° La tumeur siège sur le cæcum; la seule opération radicale que l'on puisse faire, dans ce cas, est la cæcumectomie, telle que nous l'avons décrite, en prenant, comme pour l'opération de Reybard, la précaution de tenir rapproché de la plaie abdominale l'endroit de l'intestin sur lequel aura porté l'entérorrhaphie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Tuberculose cutanée. — M. **BRISSAUD** signale trois cas de tuberculose verruqueuse.

Le premier malade a présenté des signes de tuberculose pulmonaire en 1886, c'est en 1882 qu'il a été atteint de tuberculose cutanée, au genou, à la suite d'une excoriation d'origine traumatique. La tuberculose cutanée ici était antérieure à la tuberculose pulmonaire.

Le second malade a eu, en 1882, une tumeur blanche pour laquelle M. Péan fit la résection du coude; par la suite il tomba sur le genou et se fit une excoriation qui, elle aussi, devint tuberculeuse.

Le troisième malade que M. Brissaud présente est plus important, il a quarante-trois ans, et il a du ramollissement des deux sommets. En juin 1886 il eut une brûlure à la partie antérieure et interne de l'avant-bras, il y eut excoriation, puis une croûte qu'il écorchait, chaque fois il saignait abondamment; ces croûtes devinrent de plus en plus épaisses. Aujourd'hui elles ont une épaisseur d'un 1/2 centimètre. Les bacilles sont rares dans les produits croûteux, mais on les a notés.

En somme, il s'agit dans tous ces cas d'une érosion croûteuse végétante, verruqueuse, épidermique, entaillée de grandes fissures, recouvrant un derme à peine ulcéré, hérissée de végétations papillaires et presque toujours ne présentant pas de pus au-dessous d'elles.

Dans ces trois observations comme dans toutes les précédentes,

c'est le traumatisme qui paraît avoir été le point de départ de la lésion tuberculeuse.

M. GAUCHER observe en ce moment un tuberculeux qui présente une ulcération du bras dans laquelle on n'a pas trouvé de bacilles ; elle a précédé aussi la tuberculose pulmonaire, c'est un garçon blanchisseur qui, par profession, est exposé à toucher du linge sale.

M. FÉRÉOL fait observer que cette lésion ressemble à du rupia syphilitique, isolé.

M. VIDAL croit qu'il serait difficile de se prononcer avant d'avoir soumis le malade au traitement spécifique.

M. BRISSAUD avait aussi pensé au début à une syphilide, mais le malade est tuberculeux du poumon et du larynx et non syphilitique. De plus, il n'y a pas d'excavation au-dessous de la croûte, il n'y a pas non plus du pus, comme on en voit dans le rupia. Il est impossible de ne pas reconnaître l'aspect du gros tubercule anatomique.

M. VIDAL fait observer que cette prolifération papillaire est commune à bien des lésions : on la trouve dans la tuberculose anatomique et dans la tuberculose de la peau, mais aussi dans les lésions syphilitiques et encore dans des lésions communes comme l'eczéma, le psoriasis ; enfin sur toutes les surfaces qui ont été irritées chroniquement. Je l'appelle avec Virchow : pachydermie papillaire.

Altérations des coronaires et altérations consécutives du myocarde. — M. HUCHARD vient d'observer un homme atteint d'artério-sclérose avec dilatation de l'aorte et insuffisance aortique, qui, pendant la vie, a présenté des phénomènes angineux : il est mort lentement, sous l'influence de l'asystolie.

Il a constaté l'oblitération complète de l'artère coronaire gauche, sur son pourtour comme à son origine : dilatation considérable de l'artère coronaire droite, grâce à laquelle une sorte de circulation complémentaire pouvait se faire, ce qui explique que vers la fin de la maladie les accidents angineux ont pu disparaître. Le cœur est très hypertrophié du côté gauche : il y a une infiltration graisseuse des couches profondes de la tunique interne des petites ramifications de la coronaire.

L'examen du myocarde montre que les fibres musculaires ont disparu en partie, celles qui restent sont limitées par un endocarde épaissi.

A la périphérie des îlots musculaires, les fibres musculaires sont envahies par des prolongements fibreux, un grand nombre d'entre elles sont atrophiées, arrondies, fortement refringentes et enfin, à l'extrême limite du tissu musculaire cardiaque, il y a un véritable tissu scléreux constitué par des fibres parallèlement disposées.

Il y a donc eu, en somme, transformation fibreuse du muscle cardiaque, conséquence de l'endartérite des coronaires. Cette évolution paraît s'être faite par le procédé de l'ischémie cardiaque ; la démonstration en est fournie par le microscope, puisque c'est la partie interne de la paroi musculaire seule qui est atteinte.

Dans deux autres cas, nous avons constaté les mêmes altérations.

Donc, ce qui domine les lésions du myocarde, c'est l'affection vasculaire ; le retentissement de cette dernière sur le muscle n'est pas le fait de la propagation inflammatoire, mais résulte des troubles nutritifs par défaut d'irrigation sanguine.

Il y a, en somme, trois formes anatomiques distinctes de sclérose :

1° Sclérose dystrophique consécutive à l'endartérite oblitérante des coronaires : la lésion se montre à la périphérie du territoire oblitéré et marche de la périphérie vers le centre. Il n'y a, dans cette forme, que des troubles nutritifs d'où ischémie cardiaque, et accidents angineux se montrant très vite.

2° Sclérose inflammatoire consécutive surtout à la périartérite des coronaires ; la lésion se propage alors le long des vaisseaux atteints, et marche du centre à la périphérie : les accidents douloureux sont alors beaucoup plus tardifs et moins accentués

3° Sclérose dystrophique et inflammatoire, lésion mixte, consécutive à l'endo-périartérite des coronaires. Elle est diffuse, disséminée, et présente la symptomatologie des deux autres.

SUITE DE LA DISCUSSION
SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. VIDAL fait une communication sur ce sujet (Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1887, p. 648).

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Plaies pénétrantes du crâne par armes à feu. — M. VERNEUIL, depuis la dernière séance, a consulté ses notes et a retrouvé cinq observations de plaies pénétrantes du crâne par arme à feu.

Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune homme qui est amené dans son service ayant reçu une balle dans la tête. Il était dans le coma et mourut peu de temps après. Dans un second cas, la balle avait perforé le conduit auditif; M. Verneuil détacha le pavillon de l'oreille, désinfecta directement le conduit auditif et sutura ensuite le pavillon de l'oreille, sans chercher à extraire la balle. Le malade mourut deux heures après. L'interne de M. Verneuil avait fait une exploration et avait pénétré de 12 centimètres dans le crâne. Dans le troisième fait, il s'agit d'un vieillard, paralytique général, qui s'était tiré deux balles de revolver dans le front. Il mourut de méningo-encéphalite. Les deux autres cas sont ceux dont M. Verneuil a parlé dans la dernière séance.

En résumé, les faits observés par M. Verneuil plaident en faveur de la non-intervention.

M. MONOD cite l'observation d'un malade qui reçut une balle dans l'œil gauche ; il eut un peu d'hémiplégie et d'aphasie. Peu à peu ce malade guérit et retrouva la parole. Dans un second cas, il s'agit d'un homme qui se tira quatre coups de revolver dans la tête ; on retrouva une balle sous la tempe. Il eut des accidents cérébraux et finit par guérir. Un troisième cas a trait à un jeune homme qui se tira une balle dans la tempe ; il sortit de la substance cérébrale ; le malade eut de l'hémiplégie et finit par succomber. . . . .

RAPPORT

Traitement des abcès de la fosse ischio-rectale par l'incision simple (procédé de Foubert). — M. HORTELOUP fait un rapport sur les deux observations suivantes communiquées par M. Bazy :

I. Homme de trente-cinq ans. Petit abcès comme une noix contre l'orifice anal, incisé et presque complètement guéri au bout de huit jours. Revu quelques jours après avec une grosse collection ischio-rectale et des phénomènes généraux accentués. On sent la paroi rectale fluctuante, saillante et douloureuse, et on se renvoie très nettement la fluctuation du doigt rectal à la main placée sur la peau. Une incision cutanée de deux centimètres donne issue à du pus fétide ; injection phéniquée forte ; drain debout, long de 7 centimètres environ ; pansement iodoformé. Avec la seule précaution de raccourcir graduellement le tube et d'entretenir la constipation, il ne restait plus au bout de quinze jours qu'un petit orifice et la guérison était complète en vingt jours. Le malade revu depuis n'a présenté aucun accident.

II. Gros abcès ischio-rectal avec rétention d'urine de voisinage. Incision et issue de 3 à 4 cuillerées de pus. La fluctuation se transmettait du rectum au périnée. Même traitement de la plaie. Guérison en dix jours. Revu quatre mois après, ce malade présentait

une cicatrice cutanée rougeâtre et indolente et, fait important, on sentait par le toucher rectal un cordon dur et indolent paraissant faire corps avec l'ischion.

Deux faits ne permettent certainement pas de conclure, mais, ajoutés à d'autres, ils doivent pousser les chirurgiens à essayer d'abord ce traitement, notablement plus court, avant d'en venir à la section du rectum que recommande M. Reclus dans tous ces cas, et qui peut être suivie d'un certain degré d'incontinence des matières et des gaz.

M. Horteloup n'a jamais employé d'autres procédés pour le traitement de ces abcès, que celui qu'il a appris de Nélaton et qui porte, à tort, le nom de procédé de Faget. Il rappelle des observations datant de 1680 et appartenant à Saviard, Jean-Louis Petit, etc., dans lesquelles ce procédé est nettement indiqué.

DISCUSSION

M. BERGER, comme règle générale, croit que, chaque fois qu'un abcès proémine vers l'ampoule rectale, il faut opérer du même coup l'abcès et la fistule qui serait la conséquence de l'incision simple de l'abcès.

M. RECLUS ne pense pas que ce procédé fût aussi généralement adopté avant les travaux de MM. Trélat, Reclus et d'un élève de M. Verneuil. Sauf un article de Chassaignac, la plupart des classiques étaient opposés à cette manière de faire et préféraient la méthode de Foubert.

M. Reclus ne trouve pas, dans les observations de M. Bazy, des signes suffisants pour accepter le diagnostic d'abcès de la fosse ischio-rectale. Il croit qu'un très grand nombre de ces abcès sont simplement sous-tégumentaires. Or ces derniers abcès peuvent guérir par la méthode ordinaire.

Dans les véritables abcès de la fosse ischio-rectale, c'est bien à la méthode préconisée par Faget qu'il faut avoir recours.

M. TERRIER cite des faits d'abcès de la fosse ischio-rectale qui peuvent guérir sans l'incision de l'intestin. Il cite, entre autres, l'observation d'un ecclésiastique qui avait un volumineux abcès de la fosse ischio-rectale. M. Terrier fit une longue incision antéro-postérieure, gratta l'abcès et fit un pansement antiseptique rigoureux. C'est généralement à la suite d'hémorrhoïdes enflammées que se produisent ces abcès. En résumé, longue et profonde incision, grattage et pansement iodoformé, tel est le traitement qui a souvent réussi à M. Terrier.

M. TRÉLAT rappelle que cette question revient souvent en discussion. Il n'est pas impossible, dit-il, d'obtenir la guérison par le procédé dont vient de parler M. Terrier. Toutefois, par ce procédé, c'est-à-dire par l'incision superficielle seule, on est exposé à voir se produire les fistules consécutives. Il vaut donc mieux, comme précepte général, faire l'incision de l'intestin. On obtient ainsi des guérisons très rapides en quinze ou vingt jours. M. Trélat insiste sur l'innocuité de ces incisions rectales. Il cite l'observation d'un vieillard qui avait été opéré par Gosselin, ce chirurgien s'était contenté de l'incision superficielle. M. Trélat, trois mois après, dut réopérer ce malade, et cette fois n'hésita pas à inciser l'intestin dans toute sa hauteur. Depuis, ce malade a été définitivement guéri.

M. HORTELOUP fait observer que de nombreux faits plaident en faveur de l'incision rectale, de préférence à l'incision superficielle.

LECTURES

Plaie pénétrante du crâne. — M. PRENGRUEBER lit un travail basé sur une observation de plaie pénétrante du crâne, avec séjour d'une balle de revolver entre la dure-mère et l'os.

Le malade, sorti guéri de l'hôpital, est mort trois mois après, d'un abcès du cerveau développé au niveau du point contusionné par le projectile. Quant aux parties avoisinant ce même projectile, elles n'avaient subi aucune altération.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa)

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

ENCORE L'ARABE !

I

Les habitants des gourbis sont naturellement sédentaires, et, en conséquence, beaucoup plus enclins que les autres à entreprendre avec nous un commerce d'amitié. Ils ne contribuèrent probablement pas peu, en basse Tunisie, à entraîner et maintenir la masse dans le mouvement pacifique, étant les artisans, les marchands et les Juifs.

Mais la déchéance physique qui les caractérise, ainsi que nous l'avons constaté à Kairouan, à Gafsa et à Fériana, n'est qu'un accident là où l'on vit en l'air et où les misères corporelles éliminent bien vite tout ce qui n'est pas durable.

Voyez cavalcader les Arabes des tentes, soit dans les fantasias aux jours de grandes fêtes, soit surtout au combat; ils sont musclés, osseux, et ils sont beaux et vifs comme la bête fauve, dont ils ont les instincts et la férocité. Inconscients, ils s'élancent, ainsi que leur monture, à laquelle ils se rivent, véritables centaures. Et rien ne les étonne, pas même la force adverse, devant laquelle ils ne s'inclinent jamais qu'en se réservant.

Nous eûmes, à plusieurs reprises, le spectacle de leur audacieuse insanité.

Le 23 octobre, à Henchir (ruines), Roheïa, où la traversée d'un marécage recouvert de joncs ralentit notre allure, ils essayèrent d'inquiéter l'avant-garde et harcelèrent ensuite, pendant plus de trois heures, nos bataillons d'arrière, qui durent se défendre par de fréquentes décharges de mousqueterie. Quelques obus les avaient préalablement délogés d'un marabout qui fut incendié. Et c'était curieux de les voir avancer, reculer, avancer de nouveau sous nos feux répétés.

L'un d'eux, blessé à mort, qui gardait dans ses yeux bleus de Vandale une expression hautaine de vaincu fataliste, avait un corps superbe. Le malheureux n'avait pu se sauver ou se cacher, ayant les reins cassés; et, tandis que je le pansais sans qu'il poussât un soupir, il me regardait d'un air qui, même dans son impuissance, n'avait rien de rassurant. Il était de race blonde, évidemment germaine, ce qui n'est pas rare parmi les Arabes.

Leur forme athlétique et sèche, qui est seule compatible avec un milieu dans lequel la lutte pour la vie est de tous les instants, devait être vérifiée de très près, le 25 octobre, au Koudiat-el-Alfa, où nous passâmes sur plusieurs tués, vivement dépouillés par les autres.

Ce jour-là, l'ennemi, aux aguets dans un terrain défoncé, s'était rué sur notre ardente cavalerie qui éclairait les devants, et la mêlée avait été si sérieuse qu'on s'était battu corps à corps. L'artillerie, se précipitant, n'avait pas tardé à la dégager, et le gros des troupes suivait au pas accéléré, occupé sur ses flancs par quelques groupes à qui l'on envoyait des obus de montagne et qui n'en continuaient pas moins à venir, au galop, faire parler la poudre sur la ligne de nos tirailleurs.

On eut des émotions et c'était naturel, dans ce bruit de mitraille, dans ces cris du combat et le roulement étourdissant de 8000 chameaux allongeant le cou et flairant quelque affolement. Et cela se passait par un soleil d'Afrique.

Le lendemain, nous enterrions deux des nôtres, et j'assistai moi-même à leur enterrement. Un zouave, traversé par une balle, avait succombé à l'ambulance; l'autre tué était un chasseur dont un coup de feu avait brisé le crâne.

C'était le matin, dans la nuit. Nous creusâmes une fosse sous la tente de l'aumônier, cet excellent abbé que nous estimions tous, quoique, au début de l'expédition, il nous eût quelque peu médusés en venant s'asseoir au milieu de nous. Vous comprenez :

un homme d'église avec des médecins, ces mécréants qui n'ont cure du mal que pour aimer le bien.

Dans la crainte d'une profanation dont les musulmans se régalent, en faisant avec acharnement subir, même à un cadavre déterré, de hideuses mutilations, nous cachions cette tombe; et, quand elle fut comblée, nous piétinâmes sur la place et nous y allumâmes du feu. Moi-même je l'entretins avec des branches de pin et je veillai à ce qu'il ne restât pas une trace de ces premières épaves.

Accusez-moi de sensiblerie; si c'est dans le bon sens, je ne m'en défends pas. Car je suis sûr d'avoir éprouvé comme une joie funèbre à assurer ainsi à ces humbles glorieux leur sommeil éternel dans leur triste linceul!

II

Le 26 octobre, la route fut complètement calme; on ne vit pas un chat. Je me trompe; on rencontra des lièvres, et nos Algériens les attrapèrent en poussant des cris farouches et leur jetant des bâtons dans les pattes, exercice auquel ils sont très habiles. C'est ainsi qu'ils attrapaient les gerboises, pour leur couper le cou et les manger ensuite.

Cette petite bête, brusquement délogée de son terrier, fuyait avec une étonnante rapidité, en zigzaguant et bondissant. Mais la colonne était si large et si profonde que sa perte était irrévocable. Et c'était dommage; elle est si mignonne, la gerboise (quoiqu'elle morde!) avec son pelage fauve, sa longue queue terminée par une mèche soyeuse et blanche, ses petites pattes de devant, ses grandes pattes de derrière et ses gros yeux ronds, noirs et perçants!

La première partie de l'étape se fit au milieu de cactus ou de figuiers de Barbarie, dont les fruits épineux, très dextrement pelés par nos convoyeurs, nous rafraîchirent agréablement. Ils étaient mûrs à point et pour une fois si abondants qu'il y en eut pour tous ceux qui en voulurent, et ce fut bien, parce que c'est bon (dans le désert), et parce que c'est astringent.

Puis on rencontra des genêvriers et des thuyas, et enfin les premiers sables très épais et très fins qui se soulevaient sous nos pas et nous aveuglaient tous.

Deux jours auparavant, nous avions eu, au séjour d'Henchir Sbiba, un coup de sirocco, le seul de la campagne, et cela avait duré deux heures, pendant lesquelles on s'était calfeutré dans les tentes préalablement bien assujetties. Quelle chaude et obscure poussière qui pénètre partout et quels éternûments, malgré mille précautions! Le maigre filet d'eau qui coulait dans une anfractuosité voisine ne devait pas suffire à nous débarbouiller.

L'indigène, dans ces cas, tourne le dos au vent, s'encapuchonne hermétiquement, laisse passer la tourmente et n'est pas suffoqué. On n'est pas plus endurci.

Le 27, nous fûmes, pour employer le mot, embêtés sur nos derrières et sur nos flancs par ce qu'en un certain style on est convenu d'appeler des nuées d'Arabes; j'estime qu'ils étaient entre deux et trois cents. La nuit, ils avaient tiraillé sur les avant-postes; notre sommeil fut léger. Quand les balles virent clair, cela devint plus grave; mais le canon en eut raison, et oncques on n'en revit, si ce n'est au camp de Kairouan, où l'un d'eux, un malin et bien entendu un chef, suivi de ses fidèles armés comme lui jusqu'aux dents, nous ramena intact un des nôtres du 100e, qui s'était laissé prendre en allant fourrager et que, par un incroyable outrage à toutes les traditions, on n'avait pas pourfendu. Le nigaud était comiquement affublé de vêtements arabes, pour évidemment ne pas tirer l'œil sur la route avec ses propres habits, qui étaient cachés sous une selle. Et il serait impossible de décrire son effroi, tant il tremblait encore d'être au moins fusillé.

III

A propos de canon, une chanson populaire dit, ce qui est plus vrai qu'on ne le croit, qu'il ne faut pas en avoir peur. Il est certain qu'il fait beaucoup plus de tapage que de dégât, comme il appert d'un souvenir entre autres : pendant le siège de Paris, à la prise de la position de Montmesly par le 116e de marche, les balles et les obus pleuvaient comme grêle. Il y eut un grand nombre de blessés, dont dix officiers. Un seul de ces derniers et un seul soldat furent atteints par des éclats.

Néanmoins les Arabes n'entendent pas de cette oreille, et ils sont à un tel point influencés par le *Moukahla kebir* (grand fusil) que bientôt ils disparaissent comme des ombres. Ce n'est pas qu'ils craignent d'être écharpés; ils n'en ont nul souci; mais ils détestent cet inconnu qui frappe de loin sans réponse possible. Du reste, à moins qu'ils ne soient complètement démolis, ils guérissent comme par enchantement, et je vais, au passage, en citer deux exemples.

Un de nos convoyeurs, blessé d'un coup de couteau dans le ventre, fut conduit à l'ambulance. Comme on ne lui administrait ni pratiquait rien de particulier, il s'y trouva mal, s'esquiva et revint au milieu des siens, où il continua de marcher avec une hernie épiploïque, grosse comme le poing, qui guérit toute seule. L'Arabe considère que le médecin détient quelque pouvoir d'en haut, et, à ce titre, il a pour lui une vraie déférence. Seulement, c'est à la condition que la médecine se traduise par un remède quelconque, sauf toutefois celui qu'a honoré Molière, et pour lequel il éprouve une invincible horreur. Ah! ce n'est pas lui qui aurait inventé l'*a tergo bibendum!*

Un goumier, amputé du bras le soir du combat de cavalerie, était le lendemain à cheval et se pansait à sa façon, avec un mélange de terre et de fiente que nous lui enlevâmes à deux reprises et qu'il remit obstinément jusqu'à complète cicatrisation. Il comprenait, celui-là, que nous lui avions été utiles en le débarrassant d'un membre fracassé et que quelques soins des *Toubibs* hâteraient sans doute sa guérison, et il venait nous voir de temps en temps. Il était sensible au plaisir que j'avais à le suivre; et, quoiqu'il ne fût plus jeune, il m'appelait son père. Ce compliment tout oriental n'avait, je l'avoue, rien qui me déplût; ne portais-je pas une grande barbe et n'étais-je pas de ceux qu'en termes un peu crus, on appelle aujourd'hui des vieillards de Crimée?

D'ailleurs, dans cette dernière affaire du 27 octobre, nous n'eûmes pas la moindre égratignure, et nous en fûmes quittes pour n'arriver que très tard au campement. La journée avait été chaude sous tous les rapports. Nous avions déjeuné à une heure tout à fait indue, et, désormais tranquilles, nous cheminions à travers des broussailles parmi lesquelles une épine verte et fraîche était près de fleurir. Nous rencontrâmes même deux énormes caroubiers qui, pour être ainsi conservés, devaient être l'objet d'un culte idolatrique.

Et tandis qu'on avançait lourdement dans une atmosphère brûlante, un incident drôlatique vint jeter quelque gaieté dans le personnel de l'ambulance. Un de nos jeunes camarades, méridional en diable, montait un mulet roux et se flattait de savoir le conduire. Cet animal fut-il piqué par un taon ou pris d'une lubie subite? qui pourrait le savoir? Toujours est-il qu'il se mit à ruer et à cabrioler d'une façon qui ne tarda pas à devenir inquiétante, de risible qu'elle était d'abord. La pèlerine qu'il portait sur le cou était tombée entre ses pieds, s'y était enchevêtrée, et il la tricotait si bien que, lorsqu'il eut cessé de gambader, ce pauvre vêtement n'était plus qu'une loque. Je dois dire, à la louange du cavalier, qu'il avait tenu bon et qu'il reçut des compliments sur son talent d'écuyer. Il y avait, au surplus, toutes sortes de droits; celui surtout de nous avoir, involontairement sans doute, fait assister à une scène désopilante. Le soir, au débotté, on se tordait encore.

IV

Les Arabes bravent les intempéries avec un sans-gêne dont il n'y a d'exemple que chez la bête. Que le ciel brûle ou gèle, pleuve ou vente, ils sont là, en plein air, impassibles, nu-pieds, plus ou moins enveloppés dans leurs burnous rapetassés, et ils ne sont pas malades! Ou, s'ils le sont, c'est pour tout de bon et en finir vite, comme il advint à quelques-uns dans le convoi, qui ne tombèrent qu'à la dernière extrémité.

Et, comme on ne peut contester qu'il n'y ait dans toute cervelle

humaine quelque coin de divin, quoi qu'on pense des Arabes et quelle que soit l'interprétation qu'il faille, dans cet écrit, donner à cette expression, il est juste de leur reconnaître quelques nobles sentiments. En un mot, il n'y a pas que la petite bête (dans tout ce qui est, chez eux, matière à observation, et le cadavre en fournit une preuve.

Le 15 novembre, la colonne fit une halte de quelques instants; un convoyeur venait de mourir; il fallait l'inhumer; précisément on passait près d'un marabout; c'était un lieu tout indiqué, et j'allai prendre ma part de la cérémonie; car les coreligionnaires qui en avaient la charge la firent aussi complète que le permettait la circonstance.

Après avoir préparé une fosse, orientée, suivant l'habitude, dans le sens de la Mecque, ils y déposèrent le corps, parfaitement enseveli, et ils l'y étendirent doucement, en psalmodiant des prières. Puis ils le recouvrirent avec précaution, ne pouvant, faute de temps et de bois, le protéger contre le contact direct de la terre; et, jusqu'à la dernière pelletée, dans laquelle ils fixèrent une pierre indicatrice, ils lui envoyèrent leurs lamentables salamalecs.

C'était touchant; et, du haut en bas de l'échelle sociale, ce respect de la mort est dans le sang arabe. Ce qu'il y a d'original, c'est qu'à la maison, sous la tente, où les soins domestiques incombent exclusivement au sexe féminin, c'est la femme qui remplit l'office des veillées funéraires. Elles sont toutes là, parentes et amies, qui entourent le corps et, d'une voix aigre et nasillarde, s'exhalent en plaintives louanges ou sautent, gesticulent et se labourent la face avec leurs dix ongles.

Il s'en faut de beaucoup que ce sentiment ait sur nous tant d'empire. Que dis-je? Nous devons à notre étroite éducation (je parle du populaire, qui donne seul le criterium de la valeur des coutumes), d'avoir peur du cadavre. S'il allait revenir!

Et encore, où notre ressort sentimental vibre autrement que chez l'Arabe, c'est en ce qui a trait à la folie. A nous, pour si sympathique qu'elle soit, elle n'inspire que de la commisération; chez lui, c'est de la vénération, et, d'après ce que j'ai vu, il semble qu'elle s'en ressente, en se caractérisant par un délire à prédominance expansive.

Suivez un fou, étudiez-le, parlez-lui. Son œil, quoique égaré, exprime la douceur; ses gestes, inconsciemment saccadés, excluent toute violence. Il va, vient, jacasse; il est toujours content, mangeant, buvant, s'habillant où il passe, où il entre. Il ne fait aucun mal, et tout lui est permis. Les hommes le saluent et l'embrassent, les femmes baisent sa main ou simplement son burnous. Car il est le *maboul*, il est l'homme sacré!

N'est-ce pas singulier que cet accouplement, dans un commun respect, de la folie qui tue notre raison et de la mort qui nous rend au néant? Et quel instinct pousse l'Arabe à caresser ainsi les voyageurs partant pour le sombre infini?

V

Pour avoir beaucoup soigné les Arabes (impaludés, phthisiques, génitaux-urinaires, etc. *ad majorem oculorum gloriam*), et les avoir en conséquence observés de très près, eux, leurs femmes et leurs enfants, à la ville et aux champs, je suis édifié sur leur compte, et je le suis d'autant mieux que j'ai eu parmi eux des amis, en tant que c'est possible de musulman à *roumi* (chrétien). J'ai été leur hôte; ils m'ont admis aux actes principaux de leur vie privée et même de leur culte. Et je me suis de plus en plus fortifié dans mes appréciations qui, tout en reflétant exactement mon opinion, n'ont d'autre but ici qu'une simple constatation. Car, si j'écris ce que je pense, je le fais tout à fait à l'aise, n'étant animé d'aucun mauvais sentiment et n'ayant eu d'autre mal avec eux, là surtout où j'étais le moins en défiance, que d'être un peu trop gratifié de leurs poux. Qu'on se le dise et qu'on en soit persuadé!

Ceux des Arabes que favorise la fortune et qui conservent sur la masse le prestige qu'elle comporte dans des mœurs féodales, sont fins, insinuants, souples et très aimables. A la douceur du mouton et à la patience de l'ange, ils joignent la câlinerie du félin, et, au besoin, la résignation du sage. Ils mordent volontiers à notre civilisation; mais c'est du côté faible, et les efforts qu'ils paraissent tenter pour se détacher de leurs superstitions n'aboutissent qu'à les y river plus étroitement. Au fond de leur intolérance, il n'y a pas le moindre doute; rapportant tout à la fatalité, ils vivent impuissants, isolés, esclaves de leurs préjugés. De la solidarité morale, ils ne connaissent même pas le nom, et ils ont un orgueil incommensurable. De la poudre, un cheval, du couscous et des femmes, voilà tout leur bonheur; et le ciel peut tomber, cela leur est égal. Nos ancêtres, les Gaulois, avaient au moins cette crainte.

Et c'est l'Arabe qui, jadis, garda, dit-on, le dépôt des connaissances scientifiques et préserva la civilisation d'une ruine complète. *Quantum mutatus ab illo!*

Quant à tous les autres, au grand nombre, c'est le *servum pecus* qui ne diffère des maîtres que par l'absence presque complète de qualités sensibles et par l'intensité d'une sauvage ignorance. Et je n'insiste plus, amis lecteurs, que pour vous demander la permission de terminer par quelques autres considérations d'ordre général.

Dans cette vaste contrée, la Tunisie et toute notre Afrique, d'autant plus vaste qu'il n'y a pour ainsi dire personne, toutes les vallées sont comblées par d'épaisses alluvions. A la surface de ces terres, abandonnées à elles-mêmes, les siècles ont accumulé les déchets organiques. Et, à moins qu'elles ne soient complètement sablonneuses, des touffes d'herbes ou d'arbustes, sous lesquelles pullulent les insectes, poussent un peu partout. Même dans le sable, quelque chose végète. Car, si l'eau manque, c'est à la surface, existant en nappes souterraines plus ou moins profondes que les forages décèlent, au grand avantage des êtres; cercle vicieux qui lie la possibilité de la mise en culture à la certitude de l'infection maremmatique.

Aussi le mal qui, dans ce climat, domine la situation pathologique, c'est le mal tellurique; il est inéluctable. N'importe où que vous soyez, vous êtes sûr de ne pas sortir indemne d'une station prolongée.

Et puis, c'est l'Arabe qui domine la situation psychologique et qui est également fatal avec sa haine invétérée du roumi, dont le levain est toujours prêt pour la fermentation. Essayez donc de ne plus lui en imposer par la force, aujourd'hui comme hier, demain, quand vous voudrez, et vous verrez si même les meilleurs n'iront pas grossir le clan des révoltés!

Est-ce à dire, après cela, qu'il n'y ait pas lieu de s'y établir sérieusement et que la prospérité ne doive s'ensuivre? Tel n'est pas le fond de ma pensée, quoique je ne cache pas ma préférence pour le moindre coin de notre terre des Gaules.

L'esprit d'aventure n'ayant de raison d'être qu'aux pays pauvres et encombrés, est-il étonnant qu'il ait si peu de prise en France, où tous les éléments sont combinés pour la vie facile et heureuse, où tout vient à souhait, où les rapports n'ont nulle entrave, où la gaieté tient au terroir qui seul produit les bordeaux, bourgogne et champagne, où enfin il n'y a que les impatients qui ne trouvent pas une suffisante place?

Que ceux-là, intelligents et opiniâtres, aillent courir les hasards! Mille fois bravo, par sympathie et par patriotisme! Seulement, qu'ils emportent et gardent la belle humeur du sol natal, et, pour cette fin, qu'ils apprennent et n'oublient pas les misères climatériques et autres qui les attendent!

Oui, la lutte pour l'existence doit être de tous les instants, là-bas, envers et contre tout; et, si l'on y est décidé, il ne faut pas prendre garde à ceux qui tombent; il faut regarder ceux qui tiennent ferme; c'est-à-dire ceux qui passent par le feu sans se brûler, et qui, restant sains et forts, démontrent qu'on y vit en y mourant beaucoup.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

255. M. Sanchez. Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. — 256. M. Toupet. Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple. — 257. M. Descater. Traitement des végétations chez la femme enceinte. — 258. M. Gonzalez. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par calculs biliaires. — 259. M. Gauvry. De l'action de l'eau chaude sous forme d'injections sur l'utérus pendant la gestation et le travail de l'accouchement. — 260. M. Lavergne. De la kératite interstitielle (Etude étiologique). — 261. M. Bradley. De l'iodisme. — 262. M. Barnard. Des plaies de l'intestin par armes à feu. — 263. M. Piquard. Tassalgie des adolescents. — 264. M. Pacaud. De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine. — M. Loye. Recherches expérimentales sur la mort par décapitation. — M. Langlois. Contribution à l'étude de la calorimétrie directe chez l'homme. — 267. M. Sutherland. Des fractures multiples, complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'adulte et chez l'enfant. — 268. M. Vallin. Le prolapsus des ovaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 juin 1887, M. Guimbail, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juin 1887, il est institué auprès du ministre du commerce et de l'industrie un comité chargé d'assurer la participation de la France au congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (section d'hygiène).

— Le sujet de l'épreuve de médecine opératoire donné, hier jeudi, aux candidats du clinicat chirurgical a été : « La désarticulation du poignet. » Après la séance d'élimination, les candidats admis à subir les épreuves définitives sont au nombre de deux; ce sont MM. les docteurs Beurnier et Michaux.

Demain samedi aura lieu, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, l'épreuve clinique.

— La question donnée, hier jeudi, pour l'épreuve orale de pathologie externe, aux candidats du concours de prosectorat de la Faculté de médecine, a été : « Les kystes du cordon testiculaire. » L'un des candidats, M. Sebilleau, s'est retiré du concours.

L'épreuve d'histologie aura lieu mardi prochain, 5 juillet 1887, à une heure, à l'École pratique.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Buffet-Delmas, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Berthet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sabatier (de Vedène), aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— La « Statistique de la couleur des yeux et des cheveux en France » qu'a entreprise le docteur Topinard en vue d'aboutir à l'établissement d'une carte contribuant à nous faire connaître la répartition de nos grandes races françaises dans le présent, avance rapidement. L'appel de notre confrère a été entendu. Médecins, pharmaciens, directeurs d'usines, présidents de sociétés savantes, employés de tous ordres de nos grandes administrations, toutes les professions ont fourni leur contingent à l'œuvre. Les ministres de la guerre et de la marine l'ont eux-mêmes autorisée et recommandée dans l'armée et les établissements publics de leur ressort. Depuis un mois, l'opération se poursuit dans toutes les armes grâce au concours bienveillant de nos médecins-majors et aides-majors. Les feuilles remplies reviennent de tous côtés, un prompt résultat paraît probable.

M. Topinard compte tout particulièrement sur nos médecins de campagne en rapport avec des populations, toutes choses égales, plus pures que dans les villes.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, à l'hôpital de Mustapha, s'ouvrira à Alger, le lundi 24 octobre 1887, à une heure de l'après-midi. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 22 octobre, quatre heures du soir. Les élèves nommés entreront en fonctions le 1er décembre prochain, pour deux années.

— Les amis et anciens élèves de M. le professeur Verneuil, désireux de fêter sa nomination à l'Académie des sciences, lui offriront un banquet, *au Lion d'or,* rue du Helder, le jeudi 7 juillet, à sept heures. — Les adhésions sont reçues par M. le docteur L.-H. Petit, 11, rue Monge.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. L. Chabry soutiendra, demain samedi 2 juillet 1887, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, pour le doctorat ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Embryologie normale et tératologique des Ascidies. »

Mercredi 6 juillet 1887, à neuf heures du matin, M. Le Châtelier soutiendra, dans le même amphithéâtre, une thèse de doctorat ès sciences physiques, ayant pour titre : « Recherches expérimentales sur la constitution des ciments hydrauliques. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de conchyliologie et de paléontologie conchyliologique, histoire naturelle des mollusques vivants et fossiles, par M. le docteur Paul Fischer, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. 1 vol. grand in-8° de 1 200 pages, avec 23 planches contenant 600 figures dessinées par Woodward et 1 138 gravures dans le texte. — Prix : 35 francs. — Paris, 1887, F. Savy.

Traité de l'angine de poitrine, par M. le docteur Jélineau. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La prostitution dans l'antiquité, étude d'hygiène sociale, par M. le docteur Edmond Dupouy. 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Meurillon, 16, rue Serpente.

La pratique obstétricale, manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par M. le docteur Crouzat, préparateur des cours d'accouchement, etc. 1 vol. in-18, avec 75 figures dans le texte. Prix : 5 francs; — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme, par M. le docteur Pouillet. Huitième édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage, par M. le docteur G. Norstrom. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. 1 broch. gr. in-8° de 124 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle (psoriasis buccal de Bazin) et de son

traitement hydro-minéral, par M. le docteur Paul Bénard. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la prostitution, par M. le professeur Thiry, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Carré.

De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales, et en particulier du choléra asiatique, par M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par M. le docteur Odent. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La migraine, par M. le docteur L. Thomas. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'exercice et des troubles de la parole et du langage, étude psycho-physiologique, par M. le docteur Ferrand. In-8° avec une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité, par M. le docteur J.-A.-A. Rattel, médecin-adjoint de l'Institut national des sourds-muets et de la Clinique otologique de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 134 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21379

N° 82. — MARDI 5 JUILLET 1887.

60e ANNÉE

MARDI 5 JUILLET 1887. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : **VINGT** centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

I

La décapitation. — A la différence de ce que M. Paul Loye avait observé sur les chiens décapités par lui (1), ce physiologiste et M. Paul Regnard ont constaté sur un criminel, exécuté (2), le 15 juin dernier, à Amiens, l'absence complète de tout mouvement spontané, soit dans les muscles de la tête, soit dans les muscles du reste du corps.

Quand la tête leur a été remise, moins de deux secondes après la décollation, la face avait conservé sa coloration rosée : les traits étaient immobiles; les yeux, grandement ouverts; la bouche, convulsivement close.

Pendant cinq secondes, en touchant du bout du doigt la surface de la cornée, on a pu provoquer, paraît-il, nettement le clignement des yeux. Mais, dès la sixième seconde, ce reflexe était aboli; et il n'a pas été possible de mettre en jeu aucun autre réflexe. L'approche d'une lumière devant l'œil n'amenait aucun rétrécissement de la pupille. Le pincement de la peau ne produisait aucun changement dans la physionomie. Les excitations sensorielles restaient toutes sans résultat.

L'excitation directe de la moelle épinière ne provoquait non plus aucun mouvement, ni dans la tête, ni dans le tronc.

Au bout de quatre minutes, il devint possible d'introduire le doigt entre les mâchoires, énergiquement rapprochées jusqu'alors. Les paupières étaient devenues un peu tombantes.

Au bout de vingt minutes, on fit l'autopsie. Le cœur battait encore. Le péricarde étant ouvert, les battements continuèrent jusqu'à la vingt-cinquième minute dans les ventricules et jusqu'à la soixantième dans les oreillettes. Le cœur, examiné une heure après la décollation, était rigide dans le ventricule gauche, et mou dans les cavités droites. Il ne renfermait pas de sang.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1887, p. 614.
(2) Conf. *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 1118; année 1885, p. 525.

Tels sont les points les plus importants de la communication que MM. Paul Regnard et Paul Loye ont faite sur ce sujet à la dernière séance de l'*Académie des sciences*.

Dans ce cas, la moelle épinière avait été sectionnée vers le bas de la quatrième vertèbre cervicale, ce qui est très important à noter, car suivant le niveau d'une section portant sur l'axe cérébro-spinal, ses résultats varient beaucoup.

Ici l'abolition subite de tout mouvement, volontaire ou réflexe, moins ceux du cœur, ne permet plus d'invoquer l'asphyxie pour expliquer les phénomènes, comme on l'a fait à propos des chiens décapités par M. Loye.

Les choses se sont passées chez cet homme, comme elles se passent chez les grenouilles dans une expérience que j'ai bien souvent renouvelée, à partir de l'année 1860, car elle me servait à montrer, dans mes cours sur les affections nerveuses, à l'École pratique, les effets de ce que les Anglais avaient nommé le *choc* (*shock*), étudié depuis lors par M. Brown-Séquard sous le nom d'*inhibition*.

Quand sur une grenouille on introduit la pointe d'un scalpel entre la base du crâne et la première vertèbre cervicale, l'animal est comme foudroyé au premier abord.

Tous les réflexes sont abolis : aucun mouvement musculaire ne peut plus être provoqué par quelque manœuvre que ce soit. Les membres sont en résolution, et c'est en vain qu'on les pique, qu'on les brûle, qu'on y fait passer les courants électriques les plus énergiques, rien ne bouge. La vie semble donc anéantie définitivement.

Mais, et c'est en cela que mon expérience est très instructive, cet anéantissement des phénomènes vitaux ne dure que quelques minutes.

Au bout de ce temps, l'effet du choc s'est dissipé et les centres nerveux, — désormais isolés en deux groupes, — les nerfs périphériques, les muscles ont recouvré leur activité fonctionnelle ; parce que le cœur, continuant à battre, les arrosait d'un sang qui, pour les animer, n'avait pas besoin, chez la grenouille, d'être incessamment purifié par les actes respiratoires s'accomplissant dans le poumon.

Le cerveau, il est vrai, ne peut plus donner d'ordre aux centres médullaires. A ce point de vue, la tête et le tronc se trouvent, l'un par rapport à l'autre, aussi complètement indépendants qu'ils le sont chez ces volatiles dont, en Franche-Comté, on a coupé le cou presque au ras de la tête.

Mais les mouvements associés des membres sont, malgré cela, aussi possibles pour la grenouille dont on a sectionné uniquement l'axe nerveux sans détacher la tête, que pour ces oies ou ces canards décapités.

L'animal ramène sous lui ses pattes : il se remet dans la position naturelle, celle qui doit précéder le saut. Il faut donc admettre pour la grenouille un réflexe avertissant un centre médullaire de la situation insolite des membres et lui faisant rétablir l'attitude normale.

Si alors on vient à piquer soit un des membres, soit le tronc, on observe un saut tout à fait semblable à celui de l'animal intact.

Si l'on rend ce saut impossible, tout en continuant à pincer, ou à piquer, ou à brûler le même point de la peau, le centre médullaire change de batterie pour ainsi dire : il se sert d'une des pattes pour repousser énergiquement le corps étranger qui l'excite.

Aucun mouvement spontané ne se produit d'ailleurs dans les muscles du corps, en l'absence d'une excitation extérieure et une fois l'attitude normale rétablie.

Les muscles de la tête, au contraire, en communication directe avec le cerveau, subissent l'action de la volonté et manifestent des sensations proprement dites. La face grimace quand on la pique. L'œil se ferme quand on approche le doigt pour le toucher. Mais quelles que soient les impressions perçues par cette région de la tête, les membres restent immobiles.

Ainsi, chez la grenouille, après une section de l'axe nerveux pratiquée très haut, on voit se succéder deux périodes bien différentes.

La première, d'une durée de quelques minutes, représente très exactement les effets de la décollation chez le condamné d'Amiens : les muscles et les nerfs paraissent aussi rebelles aux excitations de tout genre, que sur un cadavre refroidi.

La seconde ne peut pas avoir ses analogies chez le criminel qui a subi sa peine; car il faudrait pour cela qu'un sang pur, oxygéné, vînt ranimer ses cellules nerveuses : or, après la décollation, ce n'est plus possible. Mais, à la suite de certaines myélites ou de certaines lésions médullaires, ce qu'on observe, même chez l'homme, rappelle un peu, — bien que de loin, car la moelle n'y préside plus à des coordinations aussi complexes et aussi parfaites, — ce sectionnement de la grenouille, en ce qui touche les fonctions nerveuses et musculaires, en deux tronçons, correspondant à deux groupes, distincts et séparés, de centres.

Tout le long de la série des vertébrés, d'un bout à l'autre, depuis l'homme jusqu'à la grenouille, les ressemblances à ce point de vue l'emportent sur les différences.

Chez les batraciens, comme chez les oiseaux, comme chez les mammifères, par une lésion portant sur un point déterminé des centres nerveux, on peut toujours produire le foudroiement, l'abolition complète de toute réaction vitale dans l'appareil de relation. Mais cette abolition n'est que momentanée, quand la circulation continue à se faire dans des conditions à peu près normales. Notre illustre Claude Bernard, avec lequel je parlais un jour de mon expérience sur la grenouille et de l'expérience, si célèbre, de Brown-Séquard sur une tête de chien maintenue en vie par l'injection de sang oxygéné dans les artères, me disait être persuadé qu'on pourrait, par ce même moyen, rendre la vie à la tête d'un homme décapité, et, au bout de quelques minutes, lui voir reprendre jusqu'à ses facultés intellectuelles.

Entre l'ancienne théorie du choc, — théorie qu'il eût été bon de réserver pour les seules lésions affectant l'axe cérébro-spinal, — et la théorie plus moderne de l'inhibition, la principale différence, c'est que, dans l'une, les phénomènes sont considérés comme passifs; et dans l'autre, comme essentiellement actifs. Dans l'une, on croit à l'épuisement momentané de toute l'activité vitale, qui se serait écoulée, d'un seul coup, par la blessure soudaine de tel ou tel centre nerveux. Dans l'autre, on croit à l'action énergique du centre blessé, qui prescrirait à tout le reste du système nerveux et du système musculaire de faire silence.

Dans l'une comme dans l'autre, d'ailleurs, au point de vue de la physiologie expérimentale, la question pratique est la même : c'est la recherche des points précis au niveau desquels la section de l'axe nerveux produira le choc ou l'inhibition. On trouverait des points de ce genre sur le chien et sur le canard, comme sur l'homme et sur la grenouille. Et il ne nous paraît pas douteux, que sur l'homme et sur la grenouille, comme sur le chien et sur le canard, en pratiquant la décollation sur telle autre région du cou, on verrait d'autres phénomènes prendre la place de ceux qui résultent du choc ou de l'inhibition. Quand on étudie les effets de la décapitation, il est donc essentiel de bien noter toujours à quel niveau la section s'est produite.

Ainsi s'expliqueront les différences profondes, les contradictions apparentes qui se produisent entre observations, faites pour tout le reste, à ce qu'il semble, dans des conditions identiques (1).

De la pénétration des microbes dans les végétaux. — M. Galippe vient de communiquer à la *Société de biologie* les premiers résultats de ses recherches sur une question qui préoccupe en ce moment beaucoup les hygiénistes, celle de savoir si les végétaux, cultivés à l'aide d'un engrais riche en microbes, peuvent devenir la voie d'introduction de ces microbes dans l'organisme humain.

Dans une première série d'expériences, faites parallèlement sur des légumes provenant de la plaine de Gennevilliers, arrosée depuis longtemps avec des eaux d'égout, et sur des légumes d'autres provenances, il s'est assuré que les uns et les autres contenaient des micro-organismes, dont le nombre semblait varier avec la richesse en microbes des fumures employées.

Reste maintenant à savoir si les microbes pathogènes déposés sur le sol font partie des microbes qui peuvent ainsi pénétrer dans les végétaux.

Dans la discussion qui a suivi, M. Duclos a émis quelques doutes sur la réalité du fait signalé par M. Galippe. Il s'est demandé si les microbes développés dans les bouillons de culture provenaient bien des végétaux eux-mêmes, dans les expériences en question. Mais le contrôle sera facile, une fois l'attention appelée sur ce point.

Le vibrion septique chez le chien. — Le vibrion septique qui, lorsqu'on l'inocule soit au lapin, soit au cobaye, tue sûrement l'animal, ne produit nullement ces effets sur le chien, d'après MM. Charrin et Royer, qui ont étudié ce point dans le laboratoire de M. Bouchard et qui ont communiqué une note sur ce sujet à la *Société de biologie*. Il n'y semble causer qu'une lésion locale : et, chose curieuse, après cette vaccination particulière, le chien paraît devenir réfractaire à toute nouvelle inoculation du même vibrion septique.

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 525.

Il serait intéressant de voir si, cultivé ainsi sur le chien, par des vaccinations successives, ce vibrion n'aurait pas perdu une partie de sa puissance, et si, reporté alors sur d'autres animaux, même le lapin et le cobaye, il ne pourrait pas servir chez eux à des inoculations préventives.

A cette occasion, M. Chauveau a raconté que le microbe de la septicémie gangréneuse, qui tue très vite l'âne, le cheval ou le mouton, quand on le prend sur une pustule gangréneuse, au contraire, une fois ayant évolué dans son organisme, devient, quand on le prend dans la sérosité soit de la plèvre, soit du péritoine, où on le rencontre en grande quantité, l'agent efficace d'une inoculation préservatrice pour d'autres animaux de même espèce.

Ce sont là de nouveaux exemples de ces changements de puissance après changement de terrain de culture que l'étude du virus vaccin proprement dit avait déjà fait soupçonner et qu'ont si bien mis en lumière M. Pasteur et son école.

Inoculation de la rage aux gallinacés. — M. Ferré, ayant inoculé la rage du lapin à un coq, a observé chez lui des signes manifestes de parésie.

Il a présenté cet animal à la *Société anatomique et physiologique de Bordeaux*. Le vol était devenu impossible et la marche difficile; quand ce coq essayait de courir, il tombait. M. Ferré pense cependant qu'il guérira très probablement, et, comme le virus rabique paraît s'atténuer en se transmettant aux gallinacés, il émet l'espoir d'avoir trouvé là une nouvelle manière de produire un vaccin contre la rage.

Les pneumonies et l'influence paludéenne. — A la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, à propos d'un fait de fièvre paludéenne pernicieuse à manifestations pulmonaires communiqué par M. Mondillon, une discussion s'est engagée sur le point de savoir si l'on peut donner le nom de pneumonique à une fièvre pernicieuse par cause palustre.

M. Vergely soutient que, dans ces cas, il n'existe jamais de pneumonie véritable, mais seulement de la congestion et de l'engouement pulmonaire. Cependant, il admet que, dans les pays marécageux, des maladies telles que la grippe, la bronchopneumonie, etc., peuvent revêtir la forme intermittente. Mais suivant lui, c'est au moment de la convalescence que la quinine serait surtout indiquée.

MM. Moreau, Bourbier père et Dupuis vont plus loin. Ils emploient le sulfate de quinine chez les paludéens, sans attendre la convalescence, au plus fort de la pneumonie, même en l'absence d'intermittences ou de rémittences bien marquées, et ils s'en trouvent bien. Je dois dire que c'était la pratique de mon père quand il habitait le Berry, et qu'il avait été frappé de l'action du sulfate de quinine dans les affections les plus diverses, toutes les fois que le miasme palustre était en même temps en jeu.

Dans les pays non marécageux, au contraire, le cercle d'action des sels quiniques devient infiniment plus restreint : il l'avait constaté souvent.

La saignée dans la pneumonie. — Il est, du reste, bien certain qu'il y a pneumonie et pneumonie. Le même traitement ne convient pas à toutes. Il en est qui demandent les antiphlogistiques : et peut-être, par réaction, est-on allé trop loin dans la condamnation des saignées.

Nous avons déjà publié sur ce sujet des réflexions très justes de M. le professeur Peter (1), et nous venons de recevoir de M. le docteur Frédéric Mindousse (de Sos, Lot-et-Garonne) une observation intéressante montrant la grande efficacité de deux saignées, pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle, le second et le troisième jour, dans un cas de pneumonie aiguë, chez un métayer de vingt-deux ans.

(1) Voir aussi l'opinion de Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, année 1878, p. 145) et celle de Hardy (*Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 154.)

Péritonite par perforation intestinale suivie de guérison. — Une observation communiquée par M. le professeur Bernheim à la *Société de médecine de Nancy* semble démontrer que, dans certains cas de perforation intestinale, on peut espérer la guérison de la péritonite en résultant, quand elle se localise, sans qu'il soit besoin de pratiquer la laparotomie. Chez un jeune homme de seize ans, qui était entré en convalescence le trente-neuvième jour d'une fièvre typhoïde, les symptômes de perforation survinrent le cinquante et unième jour de la maladie; ils furent caractérisés par des vomissements suivis de près par un frisson et une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Les selles et les urines se supprimèrent. La température s'éleva à 40 degrés; le pouls, à 140; la respiration, au-dessus de 60; la face se grippa; il y eut du météorisme. M. Bernheim recommanda l'abstention absolue de tout mouvement. Il chercha à immobiliser les anses intestinales, pour faciliter les adhérences, au moyen du laudanum de Sydenham à la dose de 30 gouttes, en trois fois dans les vingt-quatre heures. Il fit d'ailleurs supprimer toute alimentation et toute boisson jusqu'à nouvel ordre. Le pouls se releva, en même temps que l'état général s'améliorait. M. Heydenreich, qui vit le malade en consultation avec M. Bernheim, jugea comme lui que la laparotomie n'était pas indiquée, la péritonite étant restée heureusement localisée. Et, en effet, la guérison fut obtenue par les seuls soins médicaux. Le soixante-sixième jour à partir du début de la maladie, quinze jours après la perforation, ce jeune homme eut une rechute de fièvre typhoïde, dont il se remit, et depuis lors il va très bien.

II

Laparotomie dans le cas de perforation intestinale et de pérityphlite. — A la *Société américaine des praticiens*, M. le professeur Weir (de New-York) a traité des pérityphlites et des indications chirurgicales qui en résultent.

On croyait autrefois que la pérityphlite avec suppuration pouvait avoir son siège en dessous du péritoine (1); car on considérait le cæcum comme un organe en grande partie sous-péritonéal. Les recherches de M. Treves, publiées il y a deux ans dans le *British medical journal*, ont changé cette manière de voir. En effet, dans cent autopsies, M. Treves a toujours trouvé sans exception le *cæcum* et l'appendice vermiculaire complètement enveloppés par le péritoine. D'après cela, M. Matherstock a fait rentrer les pérityphlites dans le cadre des péritonites localisées, et, rappelant combien sont fréquentes les perforations de l'appendice vermiculaire, il y a cherché la cause de ces péritonites (2). Chirurgicalement, la conclusion, maintenant que la laparotomie est très à la mode (3), devait être qu'il fallait vider le plus tôt possible, au moyen de cette opération, les collections purulentes constituant ce que l'on nommait les abcès pérityphliques.

M. Weir, après avoir exposé l'état de la question, s'est attaché à faire connaître les résultats qu'avait donnés jusqu'à

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1881, pp. 841 et 857.
(2) Conf. *Gazette des hôpitaux*, année 1874, pp. 954 et 977.
(3) Voir dans la *Gazette des hôpitaux*, le nombre croissant des cas publiés et des communications faites sur ce sujet à partir de l'année 1879.

présent la laparotomie pratiquée dans de semblables circonstances. Sur dix observations qu'il a rassemblées et résumées, la mort est survenue sept fois : le plus souvent (cinq fois), le jour même de l'opération. La perforation de l'appendice n'avait pu être trouvée que trois fois pendant le cours de l'opération, et sur ces trois cas il y eut une guérison. Quatre autres fois elle existait, mais ne fut découverte qu'à l'autopsie. Restent trois cas, dont deux suivis de guérison et un de mort, dans aucun desquels on ne découvrit de perforation.

M. Weir ajoute à cette statistique la relation de deux faits qui lui sont personnels. Dans l'un et dans l'autre la perforation fut découverte. L'appendice fut lié à sa base par un fil de soie, puis amputé. La mort survint, au bout de quatre heures chez un des malades, et au bout de six heures chez l'autre.

Le traitement arsenical du tétanos. — M. Dalton, chirurgien en chef de l'hôpital de la ville de Saint-Louis, vient d'obtenir deux guérisons chez des malades atteints de tétanos, en leur administrant, de trois heures en trois heures, la liqueur de Fowler, chaque fois à la dose de 5 gouttes chez l'un et de 8 gouttes chez l'autre. Il faut ajouter que, concurremment avec la préparation arsenicale, il avait employé très largement chez eux la morphine (1), les bromures (2), le chloral (3), et même chez l'un des inhalations de chloroforme (4). Il avait eu soin d'ailleurs de les tenir au repos (5) dans une chambre obscure. Un de ces deux malades était un enfant de quatorze ans, chez lequel le tétanos s'était développé trois semaines environ après qu'il eut reçu, à l'un des doigts de la main droite, un coup violent, qui lui avait fait une plaie contuse. Il fut en traitement pendant un peu plus de cinq semaines. L'autre était un homme de quarante-cinq ans, solidement bâti. Le point de départ du tétanos avait été, chez lui, une simple abrasion de la jambe gauche, causée par la chute d'une très lourde caisse. Le traitement fut à peine plus long.

Tubage du larynx. — La question qui, en ce moment, domine toutes les autres, en Amérique, c'est celle du tubage, ou, suivant le terme anglais, de l'intubation du larynx. Il en a été question successivement dans les derniers jours de mai, à la réunion annuelle de l'*Association laryngologique américaine*; le 2 juin, à l'*Académie des sciences de New-York;* une semaine plus tard, au meeting annuel de l'*Association médicale américaine*, à Chicago. Nos lecteurs n'ont pas oublié les discussions qui se produisirent en France sur ce sujet, il y a près de trente ans (6), à la suite du mémoire présenté par Bouchut à l'Académie de médecine. On sait que l'autorité de Trousseau, chargé du rapport sur ce mémoire, fit généralement abandonner et condamner, non seulement en France, mais dans tout le reste du monde, la méthode que Bouchut préconisait pour remplacer la trachéotomie dans les cas d'affections croupales. Depuis quelque temps, cette méthode — déjà réappliquée en France, par M. Krishaber qui, en 1880, tuba le larynx chez un malade sur lequel M. le professeur Verneuil allait pratiquer l'ablation du maxillaire (1) — a repris faveur en Amérique (2), à un tel point, que les observations se comptent par centaines et qu'on en recueille dans toutes les villes des États-Unis.

M. Fletcher Ingals (de Chicago), président de l'Association laryngologique américaine, dans son discours d'ouverture du meeting, cita 514 cas de tubage, dont 134 avaient été suivis de guérison.

A l'Académie de médecine de New-York, M. le docteur Francis Huber présenta, un tableau détaillé de 49 cas de diphthérie, dans lesquels on avait pratiqué le tubage avec les résultats suivants :

Sur 10 enfants d'un an ou moins, il y eut 5 guérisons. Sur 11 enfants de un à deux ans, il y eut 2 guérisons. Sur 8 enfants de deux à trois ans, il y eut 4 guérisons. Sur 18 enfants âgés de plus de trois ans, il y eut 9 guérisons.

M. Northrup, de son côté, qui avait fait l'autopsie d'un grand nombre d'enfants morts après le tubage du larynx, et qui, déjà, le 11 décembre 1886, avait communiqué, à l'Académie de New-York, les observations qu'il avait recueillies relativement aux larynx de 87 opérés, a fait, à ce propos, une seconde lecture, sur 20 nouveaux examens cadavériques. Chez aucun des 87 diphthéritiques de la première série, il n'avait rencontré d'ulcérations sérieuses qui fussent le résultat de la présence du tube. C'était tout au plus si l'épithélium était nécrosé, et cette lésion superficielle eût certainement guéri d'elle-même sans laisser de traces, sans pouvoir produire de rétrécissement secondaire, si les enfants avaient vécu. La seconde série n'a pas été aussi favorable au tubage. Il est vrai que les 20 enfants en question avaient succombé à une épidémie très meurtrière de rougeole, compliquée de diphthérie et souvent, en même temps, de scarlatine. 13 de ces enfants présentaient une néphrite bien marquée ; sur 4 de ceux-ci, chez lesquels on avait diagnostiqué à la fois rougeole, scarlatine et diphthérie, et dont les reins étaient malades, la présence du tube avait causé dans le larynx des ulcérations beaucoup plus profondes que dans aucun des cas précédents : elles avaient creusé jusqu'à mettre à nu les cartilages.

M. Caillé a pratiqué parallèlement la trachéotomie et le tubage dans la diphthérie. Sur 21 trachéotomisés, 5 ont guéri. Sur 16 qui avaient subi le tubage, 6 ont guéri. M. Caillé conclut que, dans la pratique générale, le tubage doit être préféré à la trachéotomie, dans la majorité des cas ; mais que, dans les cas qui sembleraient désespérés ou à peu près, à cause de l'état de dépression générale et d'épuisement de l'économie, la trachéotomie vaut mieux que le tubage.

Cathétérisme du larynx. — Le cathétérisme du larynx, opération qu'on peut considérer comme parallèle à celle du tubage et que Dieffenbach avait pratiquée dès 1839, a été dernièrement mis en usage par M. Lublenski, dans cinq cas de rétrécissement des voies aériennes, dont il a rendu compte à la *Société de médecine de Berlin*.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel : une trachéotomie, motivée par une diphthérie chez

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, années 1872, p. 298 ; 1874, p. 749 ; 1878, p. 1147 ; 1885, pp. 477 et 606.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, années 1869, p. 239 ; 1880, p. 1074 ; 1883, p. 195.

(3) Voir *Gazette des hôpitaux*, années 1870, pp. 150, 170, 239, 246 ; 1872, p. 524 ; 1873, pp. 361 et 369 ; 1874, pp. 266, 386, 395, 474, 564, 749, 994 ; 1875, pp. 213 et 860 ; 1876, pp. 211 et 363 ; 1877, pp. 741 et 982 ; 1878, p. 1147 ; 1881, p. 196 ; 1885, pp. 171, 477, 606 ; 1886, p. 847.

(4) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 1695 ; 1874, pp. 747, 786 ; 1875, pp. 213, 260, etc., etc.

(5) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1877, p. 982.

(6) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1858, pp. 436, 442, 515, 517, 520, 528, 539, 550, 552, 563, 576, 577.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1880, pp. 1122, 1146. Conf. année 1881, p. 213 pour les opérations pratiquées par Macewen.

(2) Conf. *Gazette des hôpitaux*, année 1886, p. 1121.

un enfant de deux ans, avait eu pour conséquence éloignée une gêne de la respiration qui, commençant deux ans plus tard, s'était accentuée progressivement jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, moment où M. Lublenski vit ce malade. A l'aide de sondes élastiques creuses, introduites à travers la glotte, au delà du rétrécissement, ce chirurgien obtint aisément une dilatation graduelle. Il peut introduire aujourd'hui, après 18 opérations, des sondes dont le diamètre est supérieur à un centimètre. Il a également bien réussi contre un rétrécissement de nature syphilitique et contre trois autres dont la cause était la présence d'un goître.

III

Double vagin et double utérus. — A la Pitié, dans le service de M. Lancereaux (salle Lorain nº 32), se trouve actuellement une femme de vingt-huit ans, qui présente, dans sa conformation, les particularités suivantes :

Quand on la touche, pour peu que le doigt se porte sur le côté droit, son extrémité s'engage dans une ouverture très étroite, qui ferait croire à la présence d'un hymen intact. Mais, comme il s'agit d'une femme qui a avorté, au septième mois, il y a six ans, on ne peut s'arrêter à cette supposition. Si, retirant légèrement le doigt, on le porte du côté gauche, on entre dans un vagin large, au fond duquel on rencontre un col utérin de dimension normale. Si, alors, on revient au premier orifice, si on le force graduellement par une pression lente, on pénètre dans un second vagin, assez étroit, au fond duquel on trouve un col petit, qui ne paraît pas suivi par un corps utérin notable. S'agit-il d'un utérus double dans sa totalité, ou d'un double col pour un seul corps utérin? La question reste encore douteuse. La présence d'un anneau quasi-hyménéal à l'entrée de ce petit vagin qui s'ouvre à droite, sur la paroi latérale du vagin plus grand, est à noter, car elle appuie l'opinion de ceux qui considèrent l'anneau hyménéal normal comme un prolongement et une dépendance du vagin.

Section du nerf médian. — Dans le service de M. Tillaux (salle Sainte-Marthe, nº 4 *bis*), se trouve un nouveau cas de section accidentelle du nerf médian ayant amené une anesthésie complète de la face palmaire de l'indicateur et du médius, une diminution de la sensibilité sur la face dorsale de ces mêmes doigts et sur une partie du pouce. L'accident remonte à deux mois. Il s'agit d'une couturière, qui, en brisant un carreau, s'est fait deux blessures profondes sur la face interne de l'avant-bras, à très peu de distance au-dessus du poignet. M. Tillaux se propose de pratiquer incessamment la suture des tronçons nerveux (1).

Cécité, puis paralysie ascendante par myélite aiguë. — On peut observer en ce moment, dans le service de M. Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, nº 27, un cas de myélite diffuse aiguë que la marche insolite de la maladie rend tout à fait exceptionnel. Nous allons indiquer le plus brièvement possible ce pourquoi ce fait est fort intéressant.

Dans ces myélites diffuses aiguës qui causent ce qu'on a nommé la paralysie ascendante aiguë, l'appareil oculaire n'est ordinairement pas touché, du moins symptomatiquement; tandis qu'il l'est très fréquemment dans les processus sclérosiques, portant sur les cordons postérieurs de la moelle, qui se traduisent par l'ataxie locomotrice (1).

Or, voici en peu de mots l'histoire du malade de M. Bucquoy.

Représentant d'une maison de librairie, ce qui l'obligeait à faire beaucoup de courses et l'exposait à des refroidissements fréquents, usant d'ailleurs assez largement des alcooliques, il avait toujours joui d'une très bonne santé jusqu'au mois de mai dernier. A cette époque, un homme de peine, qui l'accompagnait d'ordinaire avec un paquet fort lourd (pesant au moins 25 kilog.) de primes présentés en échantillons, vint à lui manquer. Il se chargea donc de porter lui-même ce paquet au bout des doigts, ce qui lui causait à la fin de la journée une très grande fatigue. Vers le 23 mai, il commença à éprouver une douleur vive occupant les yeux et le front et provoquant souvent des nausées, surtout quand il remuait les yeux. Deux fois ces nausées furent suivies de vomissements, dans la rue. Il ne s'en préoccupait pas d'ailleurs, croyant n'avoir affaire qu'à une forte migraine qui se prolongeait durant plusieurs jours.

Le soir de l'incendie de l'Opéra-Comique, les becs de gaz lui paraissaient n'avoir pas leur aspect ordinaire. En les regardant de l'œil gauche il les voyait violets. Depuis ce moment, sa vue baissa d'une façon si rapide que, le 28 mai, la cécité était presque complète lorsque cet homme vint à l'Hôtel-Dieu. Il fut alors examiné à l'ophthalmoscope dans le service de M. Panas, où l'on constata une atrophie des deux papilles. Il n'avait pas d'antécédents syphilitiques. Mais M. Panas a obtenu plusieurs fois déjà des résultats très satisfaisants chez des malades non syphilitiques, atteints d'atrophie papillaire récente, en associant des frictions mercurielles à un traitement interne par l'iodure de potassium. Chose curieuse, en cas pareil, la vue peut se rétablir sans que l'aspect des papilles soit modifié en rien. Elles restent blanches, atrophiées, et l'examen ophthalmologique ne peut rien apprendre sur le retour des facultés visuelles. Ceci fait donc la contre-partie de ces cécités alcooliques, hystériques, etc., dans lesquelles la papille conserve un aspect tout à fait normal dans l'œil qui ne fonctionne plus.

Pour en revenir à l'homme en question, on essaya chez lui, durant une huitaine de jours, le traitement mixte qui avait si bien réussi chez d'autres. Mais il n'en ressentit aucun bénéfice. La cécité devenait de plus en plus complète, au point de ne plus permettre de distinguer le jour d'avec la nuit. En même temps, le malade se plaignait d'un affaiblissement général. Il pouvait à peine traîner ses jambes, surtout la droite. Il lui était difficile de mettre son pantalon. Peu de jours après son entrée à l'hôpital, il commença à souffrir du dos, le long de la colonne vertébrale, et surtout vers la région des reins. Il éprouva aussi dans les membres inférieurs, surtout dans la jambe droite, des douleurs qui, d'abord modérées, devinrent de plus en plus vives, à mesure que s'accentuait la paralysie du mouvement. Quand il posait le pied à nu sur le sol froid, ce contact froid lui causait une sensation de brûlure.

A partir du 9 juin, les selles devinrent involontaires et ne furent plus senties au passage.

Le 11 juin, quand ce malade fut transféré dans le service de M. Bucquoy, il pouvait encore uriner volontairement; il

(1) Voir notamment sur ce genre d'opération, *Gazette des hôpitaux*, année 1867, pp. 519, 523, 531, 555; année 1880, p. 893; année 1885, pp. 261, 561, 586, 652; année 1886, pp. 585, 1149, 1213, etc.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1875, pp. 549, 566; année 1866, p. 169; année 1881, p. 1118; année 1882, pp. 188, 298, 322; année 1883, pp. 388, 555, 562, 587; année 1884, p. 475; année 1886, pp. 760, 789.

pouvait encore un peu remuer volontairement les jambes. Mais, peu de jours après, il fallait le sonder et la paralysie des jambes était absolue, au point de vue de la motricité volontaire. En revanche, tous les réflexes étaient exagérés. Durant la période de crises spontanées de douleurs violentes, ces douleurs coïncidaient avec une contraction, involontaire, mais énergique, des muscles voisins.

A un certain moment, on réussissait à provoquer des associations de mouvements dans un autre membre, en agissant sur un des membres paralysés. Actuellement même les réflexes rotulien, plantaire, etc., sont très exagérés, surtout dans le membre inférieur gauche, plus récemment paralysé que le droit. Le contact du froid n'y fait plus naître, comme encore assez récemment, une sensation douloureuse de brûlure. Quand on pince la peau, quand on la pique, quand on tire les poils, le malade ne ressent rien au point touché; mais il accuse, surtout quand on prolonge l'excitation, une douleur vive un peu à gauche de la région épigastrique, au-dessus de la ligne qui limite, en haut, la moitié du corps anesthésiée. La maladie est ascendante; les douleurs, de plus en plus aiguës, qui, dans les membres inférieurs, accompagnèrent l'évolution de la paralysie, se sont fait sentir dans les bras, et ceux-ci s'affaiblissent de plus en plus, surtout le gauche. L'excitabilité réflexe fut d'abord très exagérée dans ce bras gauche, et l'excitabilité électrique des muscles le fut également. Ces phénomènes diminuent peu à peu, en même temps que la parésie musculaire s'accentue. Une douleur constrictive, comme un corset de fer, suivant la comparaison du malade lui-même, étreint la poitrine. Il est bien à craindre que cet homme ne meure bientôt, par asphyxie, comme c'est le cas le plus habituel dans la myélite diffuse aiguë (1).

Mais voilà que du côté de l'œil une amélioration notable se produit. Cet homme qui, la semaine dernière, voyait tout noir, suivant ses propres expressions, reprend peu à peu non seulement la faculté de percevoir la lumière, mais celle de distinguer grossièrement les objets d'une manière confuse, en faisant parvenir les images sur quelques points déterminés de ses rétines. Cette diminution de la cécité se fait à la fois parallèlement dans les deux yeux.

Quand on se rappelle les cas si curieux de paralysie ascendante ressemblant beaucoup par les symptômes à ceux qui résultent de myélite aiguë ou subaiguë (2) et qui se sont pourtant terminés par la guérison, ce point du rétablissement d'une fonction d'abord abolie chez un malade dont l'affection reste néanmoins progressive à tous les autres points de vue, paraît très important à noter.

Dr V. Revillout.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1887.

A la date du 26 juin 1887, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1887, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

220 médecins aides-majors de deuxième classe seront convoqués, à l'époque des manœuvres d'automne; ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure, dûment constatés, ou dans l'intérêt des populations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 juin 1887, les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions imposées, mais jusqu'à concurrence de moitié seulement, le legs d'une somme de quarante mille francs (40 000 francs), que le sieur Martin-Damourette a fait à ladite Académie par son testament olographe en date du 3 avril 1883.

Le produit du legs ainsi réduit, qui sera placé en rente 3 p. 100 sur l'État français, devra être consacré à la fondation d'un prix annuel ou bisannuel de physiologie thérapeutique.

— Par décret, en date des 30 juin et 2 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : — MM. les aides-médecins docteurs en médecine Piron, Jourdan et Benon.

— Par décret, en date du 1er juillet 1887, a été promu dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Montel, aide-médecin de réserve, docteur en médecine.

— Par arrêté, en date du 24 juin 1887, M. le docteur Gornard-Chantreau a été nommé administrateur du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1887, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 25 juillet 1887. La durée de cette session sera de cinq jours.

— Par décision ministérielle, en date du 1er juillet 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Regnier, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville; Boppe, pour le 31e d'infanterie; Millet, pour le régiment de sapeurs pompiers de Paris; Mareschal, pour le 130e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de première classe Lejeune, pour le 4e du génie: Belliard, pour l'École militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; Fasquelle, pour la division du Tonkin et de l'Annam;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Vaisse, pour le 55e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé samedi dernier 2 juillet 1887, par la nomination de M. le docteur Beurnier comme chef de clinique titulaire et de M. le docteur Michaux comme chef de clinique adjoint.

L'épreuve d'anatomie pathologique du concours du clinicat médical a eu lieu avant-hier samedi. Après la séance d'élimination, MM. les docteurs Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Pignol ont seuls été admis à subir les épreuves définitives, dont la première aura lieu demain mardi, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— Les questions données à la troisième épreuve, — épreuve orale, — du concours des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris sont : 1° Diagnostic de la coxalgie; 2° Imperforation congénitale de l'anus; 3° Diagnostic et traitement des rétrécissements du rec-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1886, p. 90; année 1874, p. 330, etc., Cf. relativement à ce mécanisme de la mort dans les myélites ascendantes antérieures, *Gazette des hôpitaux*, année 1875, pp. 157, 310, 365; année 1882, p. 666, etc.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1882, pp. 775, 802; année 1883, p. 386. Cf. en ce qui touche les myélites antérieures. *Gazette des hôpitaux*, année 1870, p. 393; année 1882, pp. 529, 665; année 1883, p. 313, etc.; et en ce qui touche certaines myélites chroniques susceptibles de guérison, année 1884, p. 34.

tum; 4° Anatomie pathologique, signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens.

Cette épreuve s'est terminée vendredi soir 1er juillet 1886, et après l'élimination, seuls ont été admis à subir les épreuves définitives, les huit candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Picqué, Walther, Michaux, Truffier, Jullien, Petit-Vendol, Castex et Rémy.

— La Société des sauveteurs de la Seine a tenu hier dimanche son Assemblée générale annuelle sous la présidence de M. le docteur de Beauvais, et a décerné les récompenses suivantes aux médecins et pharmaciens ci-dessous désignés :

Médailles d'argent. — Prix Letellier, MM. les docteurs Edgard Bérillon et Gillet de Grandmont; — Prix du Conseil, MM. les docteurs Garrigou-Desarènes et Reliquet; MM. A. Petit et F. Lemaire, pharmaciens;

Médailles de bronze. — Prix du Conseil, M. le docteur Biscarat; — Prix de la Société, M. le docteur Bénard.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21392

N° 83. — JEUDI 7 JUILLET 1887. 60e ANNÉE JEUDI 7 JUILLET 1887. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Colin a fait un excellent discours sur la question du surmenage. Il a montré que la commission aurait dû éviter de paraître donner un encouragement à la paresse. Si les programmes universitaires sont détestables, c'est précisément parce qu'ils ôtent le goût du travail. Les jeunes intelligences se passionnent aisément pour le travail quand on leur permet de suivre jusqu'au bout les questions qui les intéressent, sans les en distraire. Mais on prend le travail en grippe quand on vous force constamment à changer d'étude, sans vous laisser jamais le temps de pénétrer à fond ce dont on a surchargé votre cerveau.

Ce qui fait la grandeur d'un peuple, c'est l'effort d'hommes supérieurs qui, volontairement, se surmènent pour atteindre un but déterminé. Mais il ne faut pas qu'on commence par annihiler leurs hautes facultés en leur imposant, durant des années, de tels programmes que leur mémoire seule puisse être en jeu.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Maladie kystique de la mamelle.

Le numéro 38, de la salle Notre-Dame, est une femme de quarante-quatre ans, domestique, entrée dans le service pour une maladie kystique de la mamelle, affection à laquelle M. Verneuil m'a fait l'honneur de donner mon nom comme l'ayant décrite, le premier, en 1883, dans la *Revue de chirurgie*. Depuis lors, cette maladie a été l'objet de plusieurs mémoires très bien faits, notamment de la part de M. Brissaud, puis de M. Broca dans la *Gazette hebdomadaire*, enfin de M. Phocas qui a cru devoir lui donner un nom nouveau, celui de maladie noueuse de la mamelle, affection qui, selon lui, serait constituée, non par des tumeurs kystiques, mais bien par du tissu fibreux. Cette appréciation, qui n'est basée sur aucune dissection, n'est pas exacte. La maladie noueuse et la maladie kystique ne sont qu'une seule et même affection, absolument bien nette dans sa symptomatologie, aussi la distinction qu'a faite M. Phocas me paraît bizarre.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là une affection rare, car depuis deux mois et demi seulement, j'en ai déjà observé quatre cas.

Le premier est celui d'une femme de quarante ans, non mariée, se disant vierge. Chez elle la tumeur date de trois mois, elle occupe le sein gauche, elle présente le volume d'un œuf de poule. La malade a commencé à s'en apercevoir à la suite d'un écoulement sanglant par le mamelon. Son siège exact est dans le segment inférieur de la mamelle gauche ; elle est ovoïde et comme hérissée de parties granuleuses formées par les acinies de la glande, elle donne la sensation d'une certaine élasticité à la suite d'une longue palpation faisant écouler un peu de liquide sanguinolent par le mamelon. Sur son pourtour on reconnaît l'existence de petites tumeurs secondaires, grosses comme un pois, qui donnent la sensation d'une résistance grenue, comme si la glande mammaire était criblée de grains de plomb.

Ce genre particulier d'altérations existe également dans le sein droit, qui présente un aspect râpeux. On sent dans toute la glande mammaire de ce côté des nodosités très dures, ligneuses, comme si la glande était scléreuse dans toute son étendue. Aussi, au premier moment, ne croirait on nullement qu'il s'agit de tumeurs liquides. Cependant, en piquant les tumeurs du sein droit avec une aiguille de Pravaz — ce qui n'a aucun inconvénient pour la malade — nous avons obtenu, dans un point, un gramme d'un liquide analogue à une solution gommeuse, et dans un autre, quelques gouttes d'un liquide semblable.

En résumé, il s'agissait d'une affection diffuse, bilatérale et, en réalité, kystique de la mamelle.

La seconde malade est une femme de quarante-sept ans, forte, porteur de deux énormes mamelles. L'une d'elles présentait une tumeur grosse aussi comme un œuf de poule, dure, ligneuse, sans fluctuation, offrant sur son pourtour des tumeurs secondaires de volume variable, les unes grosses comme une noix, comme une noisette, d'autres plus petites. Il semblait au premier moment qu'on eût affaire à quelque tumeur encéphaloïde. Cependant les nodosités secondaires étaient indépendantes, et, d'autre part, le sein du côté opposé avait, comme chez l'autre malade, un aspect râpeux, dur, ligneux, etc. Bref, le diagnostic étant le même, nous avons fait l'ablation du sein porteur de la tumeur et nous avons trouvé un kyste, souple, vasculaire,

contenant un liquide analogue à du bouillon épais et de la cholésterine. Quant aux tumeurs secondaires, elles renfermaient un liquide variant de nuance et de consistance.

Le troisième cas se rapporte à une femme de cinquante ans, mariée, sans enfants, présentant dans le sein droit une tumeur grosse comme une petite noix, résistante, d'une consistance squirrheuse, d'aspect grumeloté, dont le pourtour semblait comme criblé de plomb (de même que chez la première malade). La peau était saine, normale, sans aucune adhérence comme dans les deux autres cas. Il n'y avait également, non plus, aucun engorgement ganglionnaire. Quant au sein gauche il avait aussi l'aspect grumeleux.

J'ai pratiqué également l'ablation de la mamelle droite et j'ai pu voir la glande mammaire contenant une vingtaine de kystes noirâtres d'un certain volume, à côté d'autres plus petits.

Enfin, dans le quatrième cas, il s'agit d'une femme de quarante ans, qui, après avoir consulté un grand nombre de chirurgiens, est venue me trouver. Chez elle, le sein gauche a notablement augmenté de volume et présente en bas une tumeur grosse comme une noisette, de résistance ligneuse, qui a fait croire à plusieurs personnes qu'il s'agissait d'un squirrhe. Mais sur le pourtour on sent de nombreuses granulations, de même que sur le sein du côté opposé, où l'on constate aussi l'existence d'une petite tumeur. Chez elle, j'ai pu sentir une fluctuation très nette, à l'aide d'une petite manœuvre qui consiste à tenir la glande mammaire entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis que l'on passe sur le sommet de la tumeur avec l'index de la main droite.

D'ailleurs, dans ce cas comme dans les trois autres, l'aiguille de Pravaz m'a donné un peu de liquide.

De l'examen de ces malades, nous distinguons deux faits particuliers qui indiquent la nature de la maladie : 1° la diffusion ; 2° la bilatéralité, puisque, dans les douze observations que j'ai recueillies, les deux mamelles ont toujours été envahies. Ces deux signes à eux seuls suffiraient déjà pour diagnostiquer la maladie kystique des mamelles. Et cependant, dans la majorité des cas, il m'est arrivé d'hésiter à me prononcer pendant un ou plusieurs jours, tant que je n'avais pas eu recours à la petite ponction exploratrice avec l'aiguille de Pravaz. Aussi ne saurais-je trop conseiller de pratiquer cette exploration, — qui, d'ailleurs, est absolument sans danger, — ce que l'on ne fait pas assez souvent, de là des erreurs de diagnostic, et la tumeur kystique de la mamelle considérée le plus souvent comme une affection squirrheuse, en raison de sa dureté.

Ce n'est point là une maladie nouvelle ; loin de là, elle n'avait pas échappé à la sagacité des anciens chirurgiens et je pourrais vous citer des observations de différents auteurs, notamment de Velpeau, qui en parlait comme d'une chose extraordinaire, tandis que, en réalité, la maladie est relativement fréquente. En effet, dans mon premier mémoire, en 1883, je rapportais cinq cas, et aujourd'hui, en 1887, je pourrais vous en citer une trentaine, soit personnels, soit recueillis par d'autres chirurgiens (MM. Verneuil, Poncet, etc.). Et je ne parle que des faits où on a eu la glande dans la main. Je laisse même de côté les cas rapportés par M. Phocas, en raison de ce que ni l'ablation ni la ponction exploratrice de la glande n'ont été pratiquées.

L'étude histologique de ces tumeurs kystiques a été très bien faite par MM. Malassez, Brissaud, Besançon et Lion, mon interne. Les parois en sont fixes, lisses, peu épaisses ; le liquide qu'elles renferment est de couleur et de consistance variables. La glande mammaire, tout entière, est envahie ; dans ses culs-de-sac, on trouve la gamme ascendante depuis les cellules métatypiques, polymorphes, du cancer jusqu'au kyste volumineux. Pour M. Malassez, ces cellules ne s'effusent pas dans les tissus environnants ; mais elles restent enkystées dans les membranes qui les enveloppent. M. Brissaud, au contraire, a vu, dans certains cas, ces cellules en dehors de la membrane d'enveloppe. Or, nous savons que l'épithélioma ne présente pas de gravité, tant qu'il n'a pas franchi la membrane d'enveloppe des culs-de-sac glandulaires, tandis qu'il infecte l'organisme dès qu'il a franchi leur paroi.

Bref, si nous en croyons l'anatomie pathologique, la maladie kystique des mamelles est une affection maligne qui exige l'ablation de la glande mammaire avant que le mal ait pu franchir sa membrane d'enveloppe. Et pourtant je pourrais vous citer une observation de MM. Verneuil et Valude, où la maladie fut reconnue comme une affection kystique, où M. Cornil trouva des masses effuses avec l'aspect cancéreux, bien que la malade — le fait remonte à quatre ans — soit encore aujourd'hui bien portante.

Ma première opérée, celle qui m'a permis de décrire la maladie, était une cliente de Broca, elle était mariée, sans enfants ; l'affection avait apparu, chez elle, à l'âge de trente-cinq ans. Elle avait alors consulté Broca qui avait diagnostiqué une tumeur cancéreuse, eu égard surtout aux antécédents héréditaires. L'opération fut pratiquée : il s'agissait d'un kyste de la mamelle accompagné de petits kystes secondaires. L'ablation n'avait été que partielle, la partie supérieure du sein avait été respectée. Un an plus tard, la maladie avait récidivé dans la partie conservée. Nouvelle opération de Broca, qui trouve cette fois encore un kyste central et des kystes secondaires. Au bout d'une nouvelle année, une tumeur de même nature s'était développée dans le sein du côté opposé. Broca était mort. M. Verneuil, consulté, opine pour une affection cancéreuse et une opération rapide. Je pratique l'ablation du sein, avec mon collègue M. Brissaud, et je trouve une affection kystique. Il y a de cela plusieurs années, la maladie depuis lors n'a jamais récidivé et dans aucun organe, et la cicatrice est parfaite.

En 1880, j'opère une femme de quarante ans, sans enfants, chez laquelle j'avais diagnostiqué une tumeur kystique, contrairement à l'opinion de M. Terrier, qui avait cru voir une affection cancéreuse. J'enlève l'un des seins et l'année suivante l'autre mamelle. Toutes deux présentaient des tumeurs kystiques. Depuis lors je n'ai eu aucune récidive. Du reste je n'en ai jamais observé une seule fois jusqu'à présent.

Ceci me conduit tout naturellement à la question du traitement. Que faut-il faire? Faut-il toujours opérer de peur de la tumeur centrale ? Faut-il enlever successivement les deux seins ? Sur cette dernière opérée de 1880 M. Malassez a examiné les deux mamelles et a constaté que la tumeur du sein enlevé en dernier était beaucoup plus ancienne et d'un pronostic plus grave que l'autre. M. Maunoury (de Chartres) a eu l'occasion de soigner une femme de soixante-dix ans qui, depuis trente ans, avait une tumeur kystique du sein, avec une série de granulations de même nature, laquelle évoluait depuis cette époque sans avoir jeté aucun trouble dans sa santé.

Et cependant, d'autre part, d'après ce que nous révèle l'anatomie pathologique, je n'oserais pas non plus conseiller

une non-intervention chirurgicale, si bien qu'en résumé je n'oserais pas assumer sur moi seul la responsabilité sans avoir pris l'avis d'autres confrères. Si donc, d'une part, je conseille d'enlever les tumeurs kystiques de la mamelle, il est des cas cependant où il est permis d'hésiter ; bref il faut savoir en pareilles circonstances faire de la casuistique.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. DESCROIZILLES

Stomatite ulcéro-membraneuse.

Alexandre B..., âgé de six ans, était souffrant depuis quatre ou cinq jours, sans que ses parents se rendissent bien compte de ce qu'il éprouvait, quand il fut admis au n° 22 de la salle Saint-Augustin, le 18 mai dernier. On nous dit seulement que l'enfant avait été fiévreux la veille et l'avant-veille de son admission, mais que, jusqu'au 16 mai, tout en ayant les lèvres légèrement bouffies, il paraissait bien portant, comme il l'avait été d'ailleurs depuis sa naissance. Il nous fut démontré que la fièvre était une réalité, car, le 19 mai, on trouvait une température axillaire égale à 38°,6 avec cent trente pulsations ; mais qu'en dehors de ces phénomènes pyrétiques, nous n'avions à noter aucune perturbation viscérale, ni aucun signe stéthoscopique du côté du thorax. Toutefois, en examinant la langue, je découvris sur sa face supérieure un peu blanchâtre, près de la pointe et à droite de la ligne médiane, une érosion à peu près rectangulaire, mais à bords sinueux, et qu'un enduit grisâtre peu épais recouvrait à sa superficie. Cette lésion me parut être significative au point de vue du diagnostic, et l'exploration du reste de la cavité buccale, exploration à laquelle le jeune malade se soumit avec docilité, me confirma dans ma première appréciation. Sur le rebord libre des gencives, du côté droit, on voyait plusieurs pertes de substance étroites, allongées transversalement et en partie masquées par des néoplasies d'une teinte gris clair, très adhérentes aux couches sous-jacentes. En arrière de la lèvre inférieure, au niveau de l'incisive latérale et de la canine, existait une autre plaque à circonférence festonnée, à grand diamètre transversal de dix à douze millimètres de longueur, et recouverte d'une couche blanchâtre homogène, dont la face superficielle dépassait à peine le niveau des portions de la muqueuse buccale qui l'environnaient. Enfin, j'aperçus trois autres ulcérations de même apparence et de mêmes dimensions sur la face interne de la joue droite : l'une en face du maxillaire inférieur et de la seconde molaire, l'autre à la hauteur de la molaire correspondante du maxillaire supérieur, la troisième un peu en avant des deux précédentes.

Dans la partie postérieure de la bouche, ainsi que sur l'isthme de pharynx, je ne constatai que de la rougeur sans solution de continuité et sans dépôt néoplasique. L'haleine n'était que légèrement fétide ; d'ailleurs, les ganglions, placés au voisinage du maxillaire inférieur, conservaient à peu près leur volume normal et paraissaient être peu douloureux à la pression. L'enfant avalait aisément une assez grande quantité de lait, bien qu'il n'écartât pas les arcades dentaires l'une de l'autre, sans difficulté.

Nous étions donc en présence d'un cas de stomatite caractérisée par des ulcérations que marquaient des enduits de nouvelle formation et dont le début remontait vraisemblablement à cinq ou six jours. Mais les exsudats ne faisaient pas saillie à la surface de la muqueuse et ne se détachaient pas avec facilité, comme dans la diphthérie buccale. Ils n'avaient pas la coloration franchement blanche et l'aspect grenu des dépôts qui appartiennent au muguet, ils ne ressemblaient pas aux concrétions arrondies ou ovalaires dont les aphtes sont l'origine. D'un autre côté, on ne trouvait pas chez cet enfant la désorganisation profonde des tissus qui appartient à la gangrène buccale, et qui, fort heureusement, ne se voit presque plus de nos jours. Il ne pouvait s'agir par conséquent que d'une stomatite ulcéro-membraneuse, unilatérale comme elle l'est fort souvent, et occupant les régions sur lesquelles elle se développe de préférence, c'est-à-dire la face postérieure des lèvres, la portion voisine de la face interne de la joue, la pointe de la langue et le rebord gingival. A l'état local se joignaient quelques troubles fébriles avec un peu d'embarras gastrique. Mais le petit malade avalait sans peine et se trouvait à cet égard dans de meilleures conditions que beaucoup de jeunes sujets affligés du même mal et chez lesquels la déglutition est si douloureuse que, tout en conservant l'appétit, ils ne peuvent s'alimenter et deviennent promptement très maigres et très anémiques. Dans ces conditions relativement favorables, nous pouvions espérer une guérison facile et prompte.

Nos prévisions à cet égard furent pleinement justifiées. J'administrai le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 3 grammes par vingt-quatre heures, en même temps qu'on faisait, plusieurs fois par jour, un badigeonnage avec un collutoire composé de quatre grammes de ce médicament et de huit grammes de glycérine. Sous l'influence de ce traitement, le rebord gingival ne tarda pas à se modifier et reprit son aspect normal au bout de trois jours ; le 24 mai, la langue et la lèvre inférieure étaient complètement cicatrisées. L'amélioration fut plus lente pour les plaques ulcéreuses de la face interne de la joue ; celle qui correspondait à la seconde molaire supérieure existait encore le 1er juin, et ne disparut complètement que le 4. Mais à cette date, le petit garçon semblait être revenu à la santé depuis près d'une semaine, et la mastication s'effectuait chez lui sans aucune douleur. Il quitta l'hôpital le 6 juin, complètement guéri.

On voit souvent la stomatite ulcéro-membraneuse se prolonger pendant trois ou quatre semaines et quelquefois même elle dure plusieurs mois. Mais la maladie ne persiste ainsi, d'habitude, que chez les enfants qu'on a soignés tardivement ou mal soignés à l'origine, ou chez ceux qui vivent dans des logements insalubres et se nourrissent d'aliments malsains. Elle a fréquemment aussi une longue durée quand elle survient à la suite d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, d'une entérite, ou pendant la convalescence d'une pneumonie. Il est très probable que ce mal local est contagieux dans certaines conditions déterminées, et on l'a vu régner à l'état épidémique. Enfin, l'on ne saurait nier l'influence étiologique de l'évolution dentaire sur cet état morbide ; de récents travaux ont signalé chez l'adulte, dans de nombreux cas, la coïncidence des lésions de la muqueuse buccale avec l'apparition de la dent de sagesse, et plusieurs médecins de la marine ont fait, sur ce sujet, d'intéressantes publications.

En cherchant quelle pouvait être ici la cause de la phlegmasie buccale, je n'ai rien découvert qui me permît de l'attribuer, soit à des relations avec d'autres enfants atteints de la même affection, soit à une maladie antérieure, générale ou locale, soit au travail de la seconde dentition qu'aucun signe précurseur n'annonçait chez notre petit malade. En tenant compte de l'importance très médiocre des troubles

généraux et du peu d'étendue des lésions buccales, nous avions le droit, comme je l'ai déjà fait remarquer, de prédire le succès rapide que nous avons dû à l'emploi du chlorate de potasse. On sait combien cet agent médicamenteux est efficace dans les cas semblables à celui qui nous occupe; toutefois, on peut recourir également avec avantage à l'acide chlorhydrique, au nitrate d'argent, au nitrate acide de mercure, et je saisis cette occasion de rappeler que M. Sevestre vient d'insister, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, sur les excellents résultats qu'il a obtenus à l'aide de la poudre d'iodoforme appliquée directement sur les lésions buccales, plusieurs fois par jour, à l'aide d'un pinceau.

DEUX CAS D'HÉMORRHAGIE ET DE CONGESTION CÉRÉBRALES

DÉTERMINÉS PAR LA SAIGNÉE ET LE RAPPROCHEMENT SEXUEL

Par M. le docteur L. SORBETS, d'Aire (Landes).

I. Les causes des congestions et apoplexies cérébrales permanentes ou transitoires sont nombreuses.

On cite particulièrement l'âge avancé, à cause de l'altération du sang, des vaisseaux ou de l'encéphale traversé par des anévrysmes miliaires; l'hiver produisant le froid et congestionnant les organes; une forte constitution, amenant d'ordinaire l'excès de tension du sang; pendant l'été, l'insolation; enfin les émotions morales et l'hypertrophie du cœur; jusqu'à ce jour, pas le moindre microbe.

A ces causes, nous venons d'en constater deux assez rares : la saignée et le coït.

OBSERVATION. — L..., soixante-huit ans, éminemment pléthorique et alcoolique, est atteint de pneumonie droite, lobaire, aiguë; point de côté, oppression, toux, crachats jus de pruneaux, fièvre forte, température 39 degrés.

A l'auscultation, râles crépitants dans la moitié du poumon, etc.; à la percussion, matité.

Je pratique une petite saignée dite déplétive. J'avais à peine bandé le bras que le malade est pris de symptômes d'apoplexie : aphasie, déviation de la bouche à droite, hémiplégie gauche, yeux convulsés et syncope cardiaque.

Eau froide projetée violemment sur la face; puis je fis la palétation avec de petits soufflets administrés sur la joue. Après avoir placé la tête en bas et fait la respiration artificielle, je frappai le malade à l'aide d'une serviette mouillée; il revint à lui après quelques instants; les phénomènes congestifs disparurent pour faire place, de nouveau, à la toux et aux symptômes pulmonaires, qui reprirent toute leur vigueur.

Depuis cette époque et à l'aide d'un traitement approprié, la pneumonie est entrée en voie de résolution. Le malade est sous l'influence de quelques phénomènes de parésie plus prononcés au bras qu'à la jambe. Car, après quelque temps, la marche se fait d'une manière assez régulière. Cependant le malade *fauche* comme les hémiplégiques.

II. Les cas publiés et connus d'hémiplégie passagère à la suite du coït sont assez rares. La science, du reste, ne cite sur cet accident que quelques observations disséminées dans les ouvrages spéciaux.

Pendant une pratique de trente-cinq ans, nous n'en avons observé que trois cas. Les deux premiers restèrent permanents et les malades succombèrent, trois mois après, à des accidents d'hémorrhagie cérébrale.

Le troisième n'a présenté que des phénomènes passagers de congestion. En voici l'observation :

OBSERVATION. — L..., ancien douanier, soixante-trois ans, habitant de Renuny et vigoureusement constitué, est atteint de gravelle. A la suite d'une colique néphrétique très douloureuse, il rendit un calcul et partit pour Capvern; il éprouva une grande amélioration dans son état après deux saisons passées à cette station minérale.

Il venait de terminer la troisième saison, lorsqu'il se rendit à Bordeaux. Là, dans un hôtel, à la suite d'un rapprochement sexuel complet, exécuté debout, il lui fut impossible de s'habiller. De plus, il devint subitement aphasique et paralysé du côté droit; on le coucha immédiatement.

Quelques instants après, il voulut essayer de se lever; mais, le membre droit refusant son service, il tomba sur le côté paralysé. On le releva avec une forte ecchymose au coude droit.

Enfin, après avoir été atteint, pendant trente-cinq minutes environ, d'aphasie et d'hémiplégie droite, il vit tous ses accidents disparaître; il ne lui resta qu'une douleur vague de la tête, douleur qui existait avant l'accident, car il faut ajouter que le malade avait eu la syphilis vingt ans avant cette époque, et que, malgré le traitement classique, il présentait un certain degré d'anémie cérébrale syphilitique, avec tendance au ramollissement.

C'était cette prédisposition probablement qui, à la suite d'une grande fatigue physique, avait produit les symptômes passagers que nous venons de rapporter.

Ces accidents donnent toujours raison au poète et au vers qu'on pourrait inscrire, à la manière dantesque, comme épigraphe, surtout à l'entrée d'un hospice des vieillards :

Exitium juvenum pestis et illa senum.

NOTE SUR LES VERGETURES DU THORAX

Par M. le docteur A. GILBERT, interne médaille d'or des hôpitaux.

Conclusions. — Chez les adolescents, — et, vraisemblablement, chez les jeunes gens en général, — la pneumonie franche, la pneumonie tuberculeuse compliquée de pneumothorax, — et, sans doute, d'autres affections pleuro-pulmonaires, — peuvent occasionner l'apparition de vergetures sur la paroi thoracique. Celles-ci siègent sur le thorax, du côté opposé à la lésion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, et sont parallèles aux espaces intercostaux. Elles ne sont point le résultat d'un trouble trophique d'origine nerveuse, mais l'effet d'une distension exagérée de la peau et de l'éraillure mécanique de ses parties profondes.

L'on peut supposer que l'âge prédispose aux vergetures, parce qu'il comporte une vulnérabilité très grande de la peau et une dilatabilité extrême de la cage thoracique. L'on doit admettre que les affections pulmonaires et pleuro-pulmonaires les occasionnent et les localisent sur le côté sain du thorax, parce qu'elles immobilisent le côté qu'elles frappent, parce qu'elles entraînent une diminution du champ respiratoire, et, conséquemment, un jeu compensateur du côté sain.

— Depuis que cette note est rédigée, M. Troisier nous a obligeamment montré, dans son service, un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire, qui présente, sur le thorax, de nombreuses vergetures. (*Archives générales de médecine.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marty comme membre titulaire, en remplacement de M. Mialhe, dans la section de pharmacie.

La correspondance comprend en outre :

1° Des lettres de MM. les docteurs Bertherand (d'Alger) et Gubian (de la Motte), qui sollicitent le titre de correspondant national;

2° Des lettres de remerciement de MM. Riembault et Gibert, récemment élus correspondants nationaux;

3° Un mémoire intitulé : *Compte rendu du service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine en* 1887, par M. Sardou, interne provisoire.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL dépose sur le bureau le compte rendu annuel, fait par M. le docteur Dureau de la Malle, bibliothécaire de l'Académie, sur la situation de la bibliothèque confiée à ses soins.

Sur sa proposition l'Académie, à l'unanimité, vote des remerciements à M. Dureau.

M. PASTEUR dépose sur le bureau le rapport de la commission anglaise de la rage, rapport signé des noms les plus illustres de la science médicale en Angleterre. M. Pasteur ajoute que la lecture de ce rapport lui a procuré la joie la plus vive et la plus profonde qu'il ait éprouvée de sa vie.

DISCUSSION

M. PETER fait remarquer que, depuis la séance du mois de janvier dernier, où il a signalé les dangers graves de la méthode d'inoculation anti-rabique intensive, cette méthode a été notablement modifiée. Il admet que la méthode primitive et la méthode mixte, les seules employées aujourd'hui dans le laboratoire de M. Pasteur, sont inoffensives; mais, par contre, elles se montrent absolument inefficaces.

Un nouveau cas de mort par la rage vient d'être signalé chez un individu qui, le 29 mai dernier, avait été mordu par son propre chien, cautérisé au fer rouge dans une pharmacie voisine, puis inoculé, à partir du lendemain, dans le laboratoire de M. Pasteur, par les aides et avec les virus pastoriens.

Or, trente-cinq jours après la morsure, cet individu est mort dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, de la rage convulsive.

M. Peter fait observer que le traitement a été commencé le plus tôt possible, suivi régulièrement, et que, néanmoins, la rage est survenue vers les limites de la période d'incubation la plus habituelle, car cette période est, en moyenne, de quarante jours.

M. PASTEUR répond que M. Peter n'a pas une compétence suffisante pour discuter la question de la valeur de sa méthode. Il lui suffit que la commission anglaise, composée de savants les plus compétents de la Grande-Bretagne, ait déclaré que sa méthode était réellement efficace et constituait une grande découverte, comparable à celle de Jenner contre la variole. Parmi les nombreux médecins qui sont venus de tous les pays du monde s'instruire à son laboratoire et qui ont fait eux-mêmes des expériences, il n'en est que trois dont les résultats n'aient pas été conformes aux siens. Or, les expériences de ces trois médecins sont toutes entachées de nullité par suite de défectuosités, soit des procédés, soit des virus employés. Il n'y a d'ailleurs qu'une preuve, ainsi que l'a fort bien reconnu la commission anglaise, qui montre qu'un individu est mort de la rage, c'est l'inoculation du bulbe de cet individu à des lapins ou à des cobayes, inoculation déterminant la rage chez ces animaux.

M. Pasteur ajoute en terminant qu'il ne veut pas entrer en discussion avec le membre de l'Académie qui vient de prendre la parole sur ce sujet, parce qu'il le juge absolument incompétent, n'ayant fait aucune expérience.

M. PETER. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — Comme l'ordre du jour est très chargé, je ne pourrais vous l'accorder que dans la séance prochaine.

M. PETER. — Soit.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voix du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, etc.

La commission propose, en première ligne, M. Ollivier; en deuxième ligne, MM. Magnan et Motet; en troisième ligne, MM. Napas, Laugier et Riant.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36,

M. Ollivier obtient. . . . . . . 58 voix (élu).
M. Magnan . . . . 8 —
M. Motet . . . . 4 —
M. Laugier . . . . 1 —

DISCUSSION SUR LE SURMENAGE

M. COLIN critique l'expression *surmenage* dont s'est servi la commission. Il trouve très faibles, très insuffisantes, l'argumentation de M. Lagneau et celles de plusieurs orateurs qui ont pris la parole après lui.

En cherchant à déterminer les effets du surmenage, on n'a pas, dit-il, assez insisté sur la distinction à établir entre ses deux principales espèces. Le surmenage volontaire, que les jeunes gens laborieux s'imposent parce qu'ils aiment la science et veulent arriver ou seulement se distinguer, a rarement des conséquences graves. A moins d'être excessif, il stimule et tonifie le système nerveux, au lieu de le déprimer; il donne ou au moins il développe l'aptitude à supporter la fatigue, on ne le trouve pas pénible et c'est une preuve de son innocuité. Si, à certains moments, il paraît dur, on le modère pour y revenir avec plaisir. Tous les travailleurs le connaissent; il ne les a jamais effrayés pour eux et il ne les effraye pas pour les autres.

Il n'en est pas de même du surmenage de contrainte, du surmenage imposé par les programmes ou par des maîtres inintelligents; ce qu'il fait entrer dans la tête aujourd'hui en sortira demain, et en définitive il fait baisser le niveau des études à tous les degrés de l'enseignement, soit universitaire, soit spécial. Ce surmenage est devenu universel par le fait des programmes, c'est la grande plaie de l'enseignement actuel.

Il est clair que, de ces deux surmenages, le premier, indépendant de toutes les formes d'enseignement et de tous les programmes, subsistera toujours. Ce surmenage est fécond, il est d'un salutaire exemple pour les masses, qui ont une grande propension à la paresse. On doit, je pense, le respecter.

Ce qu'il faut combattre, ce qu'il faut restreindre, c'est le surmenage de contrainte provoqué par les programmes trop chargés, ce surmenage qui réussit tout au plus à élever les nullités au niveau des plus faibles médiocrités. Ce surmenage qui vise à faire d'un imbécile un bachelier ou un docteur, et qui y parvient quelquefois, au grand détriment de la société, à laquelle on ferait mieux de laisser un ébéniste ou un maçon.

M. Colin passe en revue les modes actuels d'enseignement. Aujourd'hui, dans les lycées, l'élève sort d'une leçon en courant pour passer à une autre. Le temps lui manque pour réfléchir à ce qu'on vient de lui jeter en pâture; les impressions faites sur son esprit sont faibles; elles se confondent en se succédant trop rapidement; elles s'effacent les unes par les autres en se superposant; les forces du cerveau, on pourrait dire ses finances, sont gaspillées. On a beau fractionner les études, multiplier les récréations, faire de la gymnastique, la somme de travail exigée est excessive, car, après tout, l'escrime, la gymnastique, la promenade, sont du travail qui fatigue par réaction le système nerveux. Lorsque la fin de la journée arrive, l'élève est exténué comme la bête de somme qui va trop vite et trop longtemps.

Les programmes des grandes écoles d'enseignement supérieur sont souvent aussi mal conçus.

Le mal n'est pas surtout dans l'excès de travail, mais dans l'éparpillement des études qui détruit le goût du travail.

M. Colin pense d'ailleurs que la commission a attribué au surmenage intellectuel les effets de bien d'autres causes, telles que séjour dans les villes, hérédité, etc. etc.

En somme, dit-il, parmi les effets du surmenage, ceux que l'hygiéniste et le médecin visent, ne sont pas les plus redoutables. Ils n'ont d'influence que dans une faible proportion, ordinairement sur des sujets sans résistance, en présence ou avec l'aide d'une foule de causes dont il n'est pas toujours facile de démêler la part d'action.

Les plus pernicieux sont ceux qui entravent le plein développe-

ment des facultés cérébrales, font baisser le niveau des études sérieuses en appliquant les ressorts de l'intelligence à un trop grand nombre de matières, ceux enfin qui aboutissent à former des hommes superficiels et incomplets. . . .

De ces deux ordres d'effets, les premiers sont relativement rares et peu graves; les autres se font sentir sur la grande majorité des sujets : ils ont une immense portée au point de vue social. Dans la réforme des méthodes d'enseignement et des programmes, on sera bien plus touché de la faiblesse des études, des imperfections, des lacunes de l'enseignement spécial, que de la prédisposition à la myopie, au resserrement des épaules, de la tendance à l'atrophie de certains organes, etc.

La revision des programmes considérée comme moyen de conjurer ces effets, n'est plus à mettre en question, tout le monde en reconnaît la nécessité. Elle s'impose pour des motifs d'ordre économique, utilitaire, non moins que par des raisons d'hygiène et de physiologie. La méthode actuelle, celle des programmes encyclopédiques, est suffisamment expérimentée : elle est condamnée par ses résultats. Le système de la concentration des forces intellectuelles est à substituer à celui de leur éparpillement. Il doublera ces forces en les additionnant au lieu de les atténuer en les divisant et les subdivisant à l'infini.

Cette réforme des programmes devrait, à mon sens, être fondée sur trois principes :

1° Sur la limitation du travail scolaire d'après la moyenne des forces que chaque âge peut déployer;

2° Sur la suppression, la réduction ou sur le caractère facultatif de l'enseignement des superfluités, de façon à donner aux études importantes, nécessaires, la plus grande extension possible;

3° Sur l'adaptation de chaque genre d'études, aux facultés et aux aptitudes des individus.

Et pour conclure, si des conclusions me sont permises, en présence de celles de la commission, je dirai :

1° Il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la question du surmenage intellectuel. C'est chose faite.

2° Il n'y a pas lieu de réclamer à ce sujet l'intervention législative. Le ministre de l'instruction publique, grand maître de l'université, est ou doit être investi de pouvoirs suffisants pour régler par arrêtés ou pour faire régler par décrets la durée des classes, l'étendue des cours, et pour mettre, avec l'avis du Conseil supérieur, celui des académies et des commissions spéciales, les programmes en rapport avec les exigences de chaque espèce d'enseignement.

3° En tout état de cause, il y a lieu d'exprimer le vœu que l'enseignement soit réglé de façon à obtenir de la jeunesse de fortes et sérieuses études, pour maintenir à un rang élevé, digne de la France, les lettres, les sciences, les arts et toutes les professions qui relèvent de la science.

M. PERRIN croit que souvent on attribue au surmenage intellectuel ou à d'autres causes, des maux de tête qui sont causés par l'état de la vision. Il cite l'exemple d'un jeune aide-commissaire de la marine, qui eut à subir les traitements les plus divers pour une céphalalgie opiniâtre, imputée au climat, et qui, tout simplement, était un hypermétrope atteint d'asthénopie, auquel il manquait une bonne paire de lunettes.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

269. Mme Veroudart. Des limites de la conservation après les traumatismes de la main. — 270. M. Festal. Les veines de l'orbite. — 271. M. Faucillon. De l'intervention chirurgicale dans l'ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires. — 272. M. Despagnet. De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. — 273. M. Muller. De la toux utérine. — 274. M. Droubaix. Contribution à l'étude des hémorrhagies des capsules surrénales. — 275. M. Toutut. Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire. — 276. M. Imbert. Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. — 277. M. Mathieu dit Sicaud. De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. — 278. M. Cisierne. Des dermatoses simulées. — 279. M. Malaingre. Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont. — 280. M. Richard. La maladie de Paget. — 281. M. Bataille. Traumatisme et névropathie. — 282. M. Turbure. De l'uréthrite goutteuse. — 283. M. Mory. De la mort apparente des nouveau-nés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi dernier, 4 juillet 1887, a élu, à l'unanimité des 43 membres présents, M. Agassiz, correspondant étranger pour la section d'anatomie et zoologie.

Elle a également nommé, au scrutin, la commission chargée de dresser la liste des candidats à la place du secrétaire perpétuel, laissée vacante par la mort de M. Vulpian. Cette commission est composée de MM. Chevreul, Daubrée, Duchartre, Péligot, de Quatrefages et Marey.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux civils de Paris s'est terminé, hier mardi à six heures du soir, par la nomination de MM. les docteurs Josias, Juhel-Rénoy et Hippolyte Martin.

— La composition écrite — première épreuve définitive — du concours de chirurgie des hôpitaux civils de Paris, a eu lieu lundi. La question donnée a été : « Le creux poplité; tuberculose articulaire. »

La prochaine séance aura lieu vendredi 8 juillet 1887, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital de la Charité.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'épreuve de médecine opératoire du concours du prosectorat aura lieu demain jeudi, à deux heures quarante-cinq minutes, ainsi que la démonstration des pièces sèches.

L'épreuve d'histologie a eu lieu hier mardi, à l'École pratique; les candidats ont eu comme question : Les fibres musculaires des muscles striés, du cœur et des artérioles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jaubert (L.-A.), décédé à Seyne. Notre confrère laisse l'exemple d'une vie toute de labeur et de dévouement à son fils le docteur Auguste Jaubert (de Serres).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par le docteur Robson Roose, membre du collège royal de médecine d'Édimbourg. Ouvrage traduit d'après la troisième édition anglaise, par M. le docteur Lucien Deniau. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pul-

monairé, par le docteur A. Filleau et le docteur Léon Petit. — Deuxième année. — Premier fascicule. — In-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Deuxième année. — Deuxième fascicule. — In-8 de 141 p. — Prix : 3 fr. — O. Doin.

Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle (psoriasis buccal de Bazin) et de son traitement hydro-minéral, par M. le docteur Paul Bénard. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La migraine, par M. le docteur L. Thomas. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par M. le docteur Odent. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Pratique journalière de l'Ophthalmologie, par Charles Higgens, traduit sur la 3e édition anglaise, par le docteur Gendron, 1 vol. in-18, 2 fr. — G. Masson.

L'art d'élever les enfants, par le docteur Brochard. Quinzième édition. — In-12 de 24 p. — Prix : 25 cent. — O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21392

39

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

37

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

15

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les Toux nerveuses, les Gastrites, Gastralgies, les Vomissements de la grossesse, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

33

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (ferro-arsenicale), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

82

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

11

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.

« Professeur Bouchardat. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. Frère, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

22

IODURES EN SOLUTION SOUS ENVELOPPE DE GLUTEN

J. Warin, Pharmacien, Joinville-le-Pont.

BULLES IODURÉES : Chacune contient en solution 0gr,25 d'Iodure de potassium complètement assimilés et sans irritation du tube digestif.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES :

Chacune contient **EN SOLUTION** 0gr,25 d'iodure de potassium pur et 1/2 centigramme de bi-iodure de mercure, de sorte qu'elle correspond à **1/2 cuillerée de sirop de Gibert.**

Dépôt : Meuley, 133, rue Saint-Antoine, Paris.

1886. Récompenses Liverpool et Paris.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

17

EAU MINÉRALE DE BUSSANG

L'Eau de Bussang doit à sa composition d'être essentiellement **digestive** (gaz, acide carbonique, sels alcalins), **tonique** et **reconstituante** (fer, manganèse, arsenic et phosphate calcique), en même temps qu'**antinéphrétique, antigraveleuse** et **antigoutteuse** (soude, lithine, silice et borate calcique).

Elle est souveraine contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, la **Gastralgie**, la **Dyspepsie**, la **Diarrhée chronique** avec engorgement des viscères abdominaux, le **Catarrhe vésical**, les **coliques néphrétiques**, la **Gravelle** et la **Goutte**.

Ses propriétés toniques et reconstituantes en font un adjuvant précieux dans le traitement de l'**Albuminurie**, du **Diabète** et des maladies qui proviennent de la **décomposition du sang**.

Elle est indiquée dans toutes les convalescences.

77

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* no 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs, très imité** et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

25

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } **créosotées.**

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

16

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4o le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

49

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du Rempart.

N° 84. — SAMEDI 9 JUILLET 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 9 JUILLET 1887. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

Des injections iodées dans le traitement des goîtres.

Par A. MARTHA, interne des hôpitaux.

I

Un grand nombre de moyens ont été préconisés dans le traitement des goîtres, et cependant les résultats obtenus ont été généralement peu satisfaisants.

Le traitement iodé interne, si efficace dans le goître endémique, échoue très souvent dans les cas de goître sporadique; il plonge le malade dans une cachexie plus ou moins grande, mais ne le guérit pour ainsi dire jamais.

Dans ces goîtres sporadiques, on a cru que le traitement chirurgical serait plus brillant que le traitement médical, et la thyroïdectomie totale semblait devoir donner, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, des résultats complets.

Mais bientôt on vit les opérés, guéris en apparence, tomber dans une véritable cachexie, analogue à celle des *crétins;* les expériences de Schiff, sur les animaux, démontrèrent que l'extirpation totale du corps thyroïde amenait une déchéance rapide et la mort.

Se fondant sur d'autres expériences physiologiques, les chirurgiens rejetèrent l'extirpation totale du corps thyroïde et pratiquèrent l'extirpation partielle, opération qui semble donner de très beaux résultats, mais qui, malgré tout, est aussi dangereuse et amène fréquemment la mort, soit à la suite d'hémorrhagies immédiates ou secondaires, soit à la suite de septicémies, de phlegmons, etc. Enfin, les récidives ne sont pas exceptionnelles.

Sans rejeter complètement l'ablation partielle, il est permis de dire que cette opération doit être réservée à quelques cas restreints, lorsque la vie des malades est mise en péril par le fait même du goître. C'est une opération palliative, mais qui, à cause des dangers auxquels elle expose, ne doit pas être faite de sang-froid, à titre de méthode curative.

Les opérations *modificatrices* proposées par différents chirurgiens sont aussi très nombreuses.

C'est ainsi que Dupuytren avait recours, pour détruire les goîtres parenchymateux, à la suppuration; il appliquait soit un *séton* simple, soit un séton caustique. C'est un procédé long, douloureux, dangereux; les phlegmons, les hémorrhagies, la gangrène, la pyohémie, etc., en ont souvent été la conséquence.

Bonnet a obtenu 8 succès sur 9 cas, par la *cautérisation superficielle*, qui a l'avantage de provoquer des adhérences avec les parties voisines, mais elle réussit principalement dans les goîtres qui ont de la tendance à s'enfoncer derrière le sternum.

D'autres chirurgiens ont été moins heureux en employant cette méthode, qui est abandonnée.

Quant à la *cautérisation profonde*, faite à l'aide de flèches caustiques placées dans l'épaisseur même de la tumeur, elle doit être proscrite, à cause du voisinage des gros vaisseaux et de la difficulté de limiter l'action du caustique.

Le *broiement sous-cutané*, tenté par Gaillet (de Reims), n'a pas été employé longtemps; il fallait plusieurs séances de broiement pour obtenir le ramollissement d'une portion minime de la tumeur.

L'*électro-puncture*, la *ligature des artères thyroïdiennes*, sont aussi des opérations peu satisfaisantes et auxquelles on devra rarement avoir recours.

Nous voyons donc que les nombreux moyens médicaux et chirurgicaux sont inutiles, inefficaces ou dangereux.

Ce sont les *injections interstitielles* qui semblent avoir donné, jusqu'à présent, les meilleurs résultats. Un grand nombre de liquides ont été employés : le perchlorure de fer, l'alcool, les injections de chlorure de potassium, de chlorure de zinc, l'ergotine, ont amené des guérisons.

Mais le liquide qui doit être préféré est la *teinture d'iode.* C'est Luton qui, en 1863, employa, pour la première fois, l'iode en injection interstitielle. Bertin, en 1868, Levêque (de Reims), en 1872, ne tardèrent pas à imiter l'exemple de Luton, qui avait été suivi très rapidement par les chirurgiens.

II

M. le docteur Duguet, dès 1874, avait adopté cette méthode non sanglante dans le traitement des goîtres; il a publié, en 1886, le compte rendu des nombreux cas qu'il avait traités pendant ces douze années; les brillants résultats obtenus par M. Duguet concordent complètement avec ceux des différents médecins qui se sont servis de cette méthode.

C'est à l'important travail de M. Duguet (1) que nous em-

(1) *Goîtres et médication iodée interstitielle,* par le docteur Duguet. Paris, 1886, Steinheil.

pruntons les détails qui vont suivre; c'est le plus complet qui ait paru sur la question, et c'est lui que devront consulter les médecins qui voudront employer cette méthode exempte de dangers, facile, mais nécessitant pourtant certaines précautions qui permettent d'arriver plus rapidement et plus sûrement à un résultat définitif.

Tous les goîtres sont susceptibles d'être traités avec succès par les injections interstitielles, à l'exception, bien entendu, des goîtres exophthalmiques. Que le goître soit charnu ou kystique, ou charnu et kystique tout à la fois, peu importe. Cependant les statistiques ont montré à M. Duguet que la guérison était plus rapide dans les cas de goîtres charnus.

Il est évident aussi qu'un goître jeune, datant de quelques semaines ou de quelques mois, sera plus aisément attaqué qu'un vieux goître datant de plusieurs années; dans ce dernier cas, le médecin ne devra pas promettre une guérison rapide; il faudra alors plusieurs mois d'un traitement régulièrement fait. Quelquefois même la tumeur ne disparaîtra pas complètement.

Le liquide employé par MM. Luton et Duguet est la *teinture d'iode du Codex*. L'action irritante de l'alcool et l'action spécifique de l'iode, combinées, entrent évidemment en ligne de compte.

Cependant Bertin emploie avec succès la solution iodo-iodurée; l'alcool pur, le perchlorure de fer, ont été souvent utiles. Mais, en France et à l'étranger, la majorité des médecins ont employé presque exclusivement la teinture d'iode du Codex.

Le meilleur instrument pour introduire le liquide semble être la seringue de Pravaz ordinaire. Peu importe qu'elle soit en ivoire noirci, ou en caoutchouc durci, ou en métal.

L'aiguille doit être en acier, les aiguilles en or ou en acier doré présentant peu d'avantages. En tous cas, on aura soin de nettoyer seringue et aiguille après chaque séance, dans une solution légère d'ammoniaque ou d'iodure de potassium; on évitera ainsi l'action prolongée de l'iode sur le métal, et les instruments serviront ainsi très longtemps, sans se détériorer. M. Duguet plonge, dans l'intervalle des séances, les aiguilles dans de l'huile phéniquée au dixième, de sorte que celles-ci sont toujours en bon état de propreté et de solidité; cette précaution rend inutile le flambage.

III

Avant de pratiquer l'injection sur un malade nouvellement en traitement, il importe de s'assurer d'abord qu'on a bien affaire à un goître, c'est-à-dire que la tumeur du cou accompagne le larynx et la trachée dans les mouvements de déglutition, que l'on n'y constate aucun bruit de souffle, et qu'il n'existe point de mouvements d'expansion. Ensuite il faut chercher, par la palpation, le point le plus charnu de la tumeur, autant que possible en dehors des grosses veines et en dehors des battements artériels. Le malade est assis, la tête légèrement relevée, pour mieux mettre en évidence la partie antérieure du cou.

On a soin de pratiquer la mensuration de la tumeur à l'aide d'un mètre, avant de faire l'injection, et chaque semaine on mesure de nouveau la circonférence au niveau du cou. Cette mensuration se fera à la partie supérieure, à la partie moyenne et à la partie inférieure du goître. Bien que cette mensuration n'ait pas une rigoureuse exactitude, puisque les points de repère sont vagues, elle fournit cependant d'assez bonnes indications. Si la mensuration du cou au niveau du goître diffère de la précédente, simplement d'un demi ou d'un centimètre, on y attachera peu d'importance. Mais si on constate que le cou présente trois ou quatre centimètres de moins en circonférence après une ou plusieurs injections, on pourra penser avec raison que cette diminution tient non pas à une erreur de mensuration, mais à la disparition de la tumeur. Avant chaque injection, M. Duguet a soin de prendre la circonférence du cou.

Le point dans lequel l'aiguille sera introduite est facile à déterminer dans les goîtres plus ou moins volumineux, dans ceux qui font une saillie apparente. Mais il n'en est pas toujours ainsi; certains goîtres n'ont guère que le volume d'une noix ou d'une noisette; d'autres, plus volumineux, sont plongeants, et une faible partie de la tumeur est visible, le reste étant caché derrière le sternum.

Chez les enfants atteints de goîtres peu développés, dans cette région peu étendue du cou, bordée de chaque côté par les vaisseaux, cette recherche est difficile; et c'est seulement le médecin expérimenté en cette matière qui n'hésitera pas à introduire l'aiguille. Nous avons vu plusieurs fois, dans le service de M. Duguet, des enfants âgés d'une dizaine d'années, chez lesquels l'opération présentait de réelles difficultés, d'autant plus que les patients étaient peu dociles et engageaient ordinairement une lutte assez vive.

Dans tous ces cas où la tumeur est peu apparente, nous conseillons de recourir au procédé de M. Duguet : engageant l'enfant à avaler sa salive, il profite du moment où le goître a opéré son mouvement d'ascension, pour placer rapidement son pouce au-dessous de la tumeur, qui est ainsi maintenue dans la meilleure position, c'est-à-dire dans celle où elle présentera à l'aiguille la plus grande étendue. L'opérateur, maintenant la tumeur, peut alors introduire l'aiguille, même dans de petits goîtres, avec une sûreté absolue.

L'aiguille, séparée de la seringe et tenue, comme une épingle, entre le pouce et l'index de la main droite, est alors enfoncée lentement, directement ou un peu en vrille, à 2 ou 3 centimètres de profondeur, vers le centre du goître; le plus souvent elle pénètre jusqu'à la garde.

L'opérateur attend alors quelques secondes; s'il ne s'écoule rien, il fait l'injection; s'il s'écoule un liquide, ce liquide sera du sang pur, de la sérosité ou un liquide trouble, roussâtre et quelquefois de couleur chocolat.

Si le liquide est du sang pur, c'est que l'aiguille plonge très vraisemblablement dans un vaisseau dans lequel il serait plus qu'imprudent de pousser une injection.

Il est alors nécessaire de retirer l'instrument, et on tente de l'introduire dans un ou deux autres points de la tumeur.

Si le liquide est de la sérosité claire ou bien un liquide trouble, de couleur chocolat, il faut, avant de faire l'injection, adapter à l'aiguille une seringue de Pravaz vide, et aspirer le liquide contenu dans l'intérieur du goître. Une fois la cavité kystique vidée, on procède à l'injection iodée.

L'injection est poussée doucement, ce qui permet de surveiller les effets immédiats. On retire ensuite du même coup l'aiguille et la seringue.

Il suffit généralement d'appuyer un instant le doigt sur l'orifice de la piqûre cutanée pour arrêter rapidement tout écoulement de sang ou de teinture d'iode. Tout pansement est inutile, et il est bien rare qu'on ait à se servir de collodion. Pour faire disparaître les taches de teinture d'iode on pourra laver légèrement la partie avec la solution d'ammoniaque.

Ces injections ne sont quelquefois suivies d'aucun ph

nomène réactionnel, ni local ni à distance. Le plus souvent pourtant il se produit une réaction locale immédiate, sous la forme d'une tension, d'une douleur plus ou moins forte siégeant au niveau du goître. Elle peut s'éteindre rapidement ou s'étendre plus loin et se propager par irradiation dans la mâchoire et les dents, à l'oreille, à la nuque, à l'épaule, et quelquefois dans la gorge.

On voit bientôt s'établir une sorte de fièvre locale avec tuméfaction du goître, chaleur, gêne dans les mouvements du cou et dans la déglutition. Quelquefois cette fièvre locale s'accompagne d'une fièvre générale avec frisson, céphalalgie, courbature, insomnie et embarras gastrique (*fièvre iodique*). Cet état dure quelques heures ou même deux jours, puis tout disparaît.

Il arrive souvent que les malades accusent une saveur iodée presque aussitôt après l'injection, et l'urine examinée une demi-heure après peut déjà contenir de l'iode.

Le goître, douloureux tout d'abord, diminue bientôt de volume, regagne ses dimensions premières et continue les jours suivants à se réduire plus ou moins rapidement.

Rarement une seule injection suffit pour amener la guérison; le plus souvent il faut les répéter. Mais on doit, pour cela, attendre que la réaction soit éteinte. Or, en général, au bout d'une semaine on peut recommencer. On trouve alors simplement dans le goître, au niveau du point où l'injection a été faite, un noyau dur, fibreux, indolent.

Luton conseille aussi de ne pas revenir aux injections trop souvent. Morell-Mackensie les répète habituellement tous les dix jours.

Dans une observation rapportée par M. Duguet, les injections de teinture d'iode du Codex, pratiquées tous les huit jours, ont amené une diminution rapide et sensible à chaque injection. Mais les douze dernières injections, pratiquées pendant les quinze mois qui ont suivi, ont fourni une diminution presque insensible. Le goître au début était fibro-vasculaire, et facile à réduire par l'affaissement de ses vaisseaux sous la rétraction du tissu conjonctif développé à la suite de l'injection. Plus tard, il était devenu fibreux, et par conséquent peu réductible.

En général, on peut affirmer que plus les malades seront pris au début du goître, moins il faudra d'injections et plus la guérison sera facile à obtenir.

IV

La façon dont agissent les injections n'est pas bien connue : Luton, tout en tenant compte de l'action irritante et utile de l'alcool qui sert de véhicule à l'iode, attachait une grande importance à l'iode, le fondant par excellence des goîtres.

Mais l'expérience a convaincu Luton que l'action de la teinture d'iode sur le goître s'exerçait surtout après l'absorption de l'iode introduite sous la peau, à quelque distance de la tumeur; selon lui il vaudrait mieux agir, non pas directement sur le mal, mais à sa proximité : c'est ainsi qu'en pratiquant une injection de teinture d'iode dans le lobe gauche d'un goître, le lobe droit entre plus vite en résolution.

M. Duguet a fait les mêmes observations : il a vu qu'il suffisait ordinairement de pratiquer des injections d'un seul côté quand le goître était généralisé à tout le corps thyroïde pour voir diminuer simultanément toutes les saillies de la tumeur.

Une action locale semble donc n'être pas suffisante; il est nécessaire d'invoquer une action en retour de l'iode après absorption. Cependant l'action irritante de l'alcool existe d'une façon certaine.

En tout cas, l'observation montre que chaque injection de teinture d'iode dans un goître est suivie d'une inflammation véritable, tantôt forte, tantôt faible, mais cette inflammation ne se termine jamais par la suppuration. « Elle amène, dit M. Duguet, à sa suite, toujours la diminution des goîtres charnus, et souvent leur disparition, par un véritable travail d'atrophie rappelant l'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite ourlienne; elle amène la disparition des goîtres kystiques en suscitant un travail adhésif des parois, un travail oblitérant, à la manière de ce qui se passe dans la tunique vaginale après les ponctions d'hydrocèle suivies d'injections iodées. »

Chaque injection dans des goîtres charnus laisse après elle, dans le point où elle a été pratiquée, un noyau d'induration; c'est donc bien par transformation fibreuse que ces goîtres s'atrophient.

M. Duguet admet que les goîtres charnus récents, rencontrés chez des sujets jeunes, sont ceux qui disparaissent le plus facilement et le plus rapidement, ainsi que les goîtres kystiques récents. Les goîtres anciens, plus durs, fibreux, calcaires, donnent, après beaucoup d'injections, des résultats souvent très favorables, mais moins complets et moins brillants.

V

Les accidents locaux ou généraux pouvant succéder aux injections iodées sont de peu d'importance. L'inflammation a été quelquefois très intense, mais jamais la suppuration ne s'est établie.

L'injection dans les vaisseaux sanguins doit être évitée, si l'on a soin, avant de pousser l'injection iodée, d'introduire isolément l'aiguille séparée de la seringue et d'attendre un instant pour voir s'il s'écoule une ou plusieurs gouttes de sang. Si le fait se produit, on retire l'aiguille et on l'enfonce dans un autre point où son introduction ne donnera pas lieu à une hémorrhagie.

La fièvre iodique est incontestable dans beaucoup de cas; elle se traduit par la saveur iodée, l'apparition de l'iode dans les urines, de la toux, de l'embarras gastrique. Les accidents iodiques sont toujours fugaces.

Quant à l'amaigrissement que Billroth a observé chez les enfants, il ne se rencontre pas chez l'adulte.

Les accidents hystériques ont été signalés à plusieurs reprises, et M. Duguet cite deux observations intéressantes à ce sujet.

Dans l'une d'elles (Obs. I, p. 13), il s'agit d'une femme âgée de vingt-huit ans qui, depuis deux ans, était atteinte d'un goître survenu pendant une grossesse : « Au moment de l'accouchement, point de modification du goître qui a continué par la suite à se développer lentement, occupant la ligne médiane surtout... La malade n'a jamais subi aucun traitement pour ce goître.

Une injection est pratiquée sur la ligne médiane à l'aide d'une seringue de Pravaz remplie de teinture d'iode ordinaire. Cette injection est suivie d'une douleur dans l'oreille, et d'un peu de gêne dans la déglutition.

Le 24 mars un trismus nerveux avec opisthotonos s'est établi, empêchant la malade de boire et de manger; la réaction douloureuse de l'injection n'est point calmée.

Le 28. Apaisement des douleurs.

Le 29. Toux hystérique.

Le 1er avril. Contracture des jambes, insomnie, larmes et sanglots sans motifs.

Le 13. Tympanisme abdominal.

Le 14. Contractures des orbiculaires des paupières.

Le 26. Toute trace de trismus a disparu.

Le 27. La malade reprend la nourriture habituelle.

Le 1er mai. Cessation de la contracture des orbiculaires.

Le 7 mai. Diminution de la contracture des jambes.

Le 10 mai. La malade part pour le Vésinet guérie complètement de ses nombreux accidents hystériques, et complètement aussi de son goître dont toute trace a disparu. »

Nous devons ajouter que ces accidents nerveux déterminés par l'injection sont rares, et n'apparaissent, avec cette intensité, que chez les sujets hystériques comme l'était cette malade qui avait un père épileptique et deux sœurs névropathes.

Dans une autre observation (Obs. VIII), une femme âgée de trente-trois ans, très nerveuse, se présente avec un goître assez volumineux : à la cinquième injection les douleurs et les accidents nerveux éclatent avec une intensité insolite. Deux minutes à peine après l'injection, la malade est prise de spasme laryngé violent avec dyspnée inspiratoire, turgescence de la face, anxiété générale ; cet état dure près d'une demi-heure.

La malade rentrée chez elle peut prendre des bouillons et du lait. Le repos, l'éther et le chloral achèvent de la calmer ; mais pendant la nuit et les jours suivants survient une sialorrhée abondante et incessante qui a donné environ un litre de salive dans les vingt-quatre heures. Le mois suivant le goître avait totalement disparu.

On a signalé la mort subite, mais jamais, en France, cet accident ne s'est produit à la suite d'injections iodées dans les goîtres.

A la suite de ces injections, la récidive est-elle possible ? On l'observe quelquefois, comme après l'extirpation partielle du corps thyroïde, mais les cas de récidive ont été moins souvent relatés après les injections iodées qu'à la suite de l'extirpation partielle. Luton et Lévêque en ont signalé quelques cas qui ont, du reste, été guéris à la suite de nouvelles injections interstitielles.

Dans certains cas, un goître unilatéral est réduit par des injections iodées : quelques mois plus tard apparaît un goître nouveau dans le lobe voisin. On ne peut pas dire qu'on ait affaire à une récidive. Pas plus qu'il ne faut regarder comme la récidive d'un kyste hydatique ponctionné et guéri l'apparition dans la même région d'un nouveau kyste hydatique, que l'anatomie pathologique a plus d'une fois démontré être développé au voisinage du premier.

Comme les injections iodées n'agissent que sur la portion aux dépens de laquelle le goître s'est développé, sans détruire la glande dans sa totalité, il n'y a rien d'étonnant à ce que plus tard la portion de la glande restée saine jusqu'ici puisse être à son tour le point de départ d'une nouvelle tumeur goîtreuse que des injections iodées feront disparaître.

Dans une intéressante observation citée par M. Duguet, une dame, atteinte d'un goître volumineux du *lobe droit*, fut traitée par la méthode des injections : on fit deux cent cinquante-six injections dans ce goître avec une solution iodée très atténuée ; le cornage, les accès de dyspnée, la dysphagie, disparurent, le goître diminua et subit une transformation importante qui consistait dans la dureté, la calcification probable de la partie périphérique. Trois mois plus tard, apparut *à gauche* une tumeur molle, de consistance charnue, du volume d'une grosse noix occupant le lobe gauche du corps thyroïde.

Cette observation démontre que des injections iodées faites en nombre incalculable dans un goître, ne détruisent pas le corps thyroïde en entier, mais seulement la partie dégénérée et traitée. Elle fait aussi voir qu'un nouveau goître peut se développer à côté d'un premier goître guéri et sans connexité avec lui, et par conséquent sans récidive.

Nous voyons donc que ces accidents locaux ou généraux n'ont aucune importance et aucune gravité.

VI

M. Duguet, dans son travail, cite 34 observations de goîtreux chez lesquels il a pratiqué des injections iodées. Voici le tableau analytique de ces observations.

Goîtres charnus.	15 récents / 2 anciens	17 guéris.
	6 anciens (améliorés).	
	5 anciens ou récents (sans résultat).	
Goîtres kystiques.	4 récents (guéris).	
	1 ancien (amélioré).	
	1 ancien (sans résultat).	

Une malade atteinte d'un goître, qui depuis deux ans se développait lentement, a été guérie à la suite d'*une seule* injection de teinture d'iode.

Même résultat chez une jeune fille qui portait un goître médian datant de quelques mois.

Chez deux autres malades *deux* injections ont suffi pour amener la disparition de la tumeur.

Nous donnons ici ces deux observations pour montrer combien le traitement a été simple et rapide.

Observation III. — Une femme de vingt et un ans est atteinte depuis quelques mois d'un goître charnu, formé aux dépens du lobe médian et du lobe droit du corps thyroïde, ce qui donne à son cou une forme disgracieuse.

La première injection de teinture d'iode dans le lobe médian (11 décembre) est suivie de douleurs dans la partie postérieure du cou, douleurs qui cessent pendant la nuit, mais qui se renouvellent quatre jours consécutifs et rendent la mastication assez pénible.

La circonférence du cou qui était de 33 centimètres, monte à 34, le lendemain de l'injection.

Le 20 décembre, la mensuration du cou donne 32 centimètres. Toute douleur a disparu.

Le 14 février, deuxième injection de vingt gouttes dans le lobe médian. Cette injection est peu douloureuse.

Au 16 mars, la circonférence du cou est encore de 32 centimètres ; mais depuis quelque temps, la malade, grâce à un grand appétit, a notablement engraissé, le goître est à peine visible, le cou est devenu plus gras... La malade est morte dix-huit mois plus tard, enlevée par une fièvre typhoïde, sans que son goître ait reparu jusqu'au moment de sa mort.

Observation IV. — Une jeune fille de vingt et un ans présente un goître occupant l'isthme et surtout le lobe droit du corps tyroïde qui soulève même le bord interne du muscle sterno-mastoïdien de ce côté. La mensuration du cou donne à ce niveau 36 centimètres.

Il est injecté le 12 décembre, à l'aide de la seringue de Pravaz, 20 gouttes de teinture d'iode pure dans le lobe médian. Immédiatement la malade accuse une saveur iodée.

Le lendemain, la circonférence du cou donne 37 centimètres; une seconde injection est pratiquée le 16, dans le même point que la précédente. Une sorte de fièvre iodique se déclare quelques heures après, avec agitation, insomnie, soif vive, douleur à la déglutition et dans la région postérieure du cou; coryza, picotement des yeux, goût iodé dans la bouche, etc. Cet état de réaction cesse le 18.

Le 20. La circonférence du cou fournit 34 centimètres et demi.

Le 27, avec un état général excellent, la circonférence est tombée à 34; la malade part pour le Vésinet, ne présentant plus aucune trace de son goître. Elle a d'ailleurs engraissé pendant son séjour à l'hôpital.

L'observation V est relative à une jeune fille atteinte d'un goître depuis quelques mois : la tumeur disparaît après trois injections.

D'autres malades ont été guéris par *cinq*, *six* injections. L'un d'eux avait pris pendant longtemps des préparations iodurées intus et extra.

Chez un étudiant en médecine, un goître volumineux ne disparut qu'à la suite de *vingt* injections iodées.

Dans d'autres observations recueillies par M. Duguet, on trouve que la guérison n'a pas été complète, et que les injections, tout en amenant une diminution très notable de la tumeur, n'ont pas abouti à la guérison totale. Mais dans ces cas, les malades portaient des goîtres depuis de longues années : huit, dix, vingt ans.

Quelquefois le goître n'a pas disparu malgré le traitement, mais il s'est transformé en tissu fibro-calcaire, et a cessé de comprimer la trachée et le larynx.

Analysant ses observations, M. Duguet tire d'intéressantes conclusions : en réalité, dit-il, il n'y a guère que deux variétés de goîtres.

Le goître est *charnu* ou *kystique*, et dans les deux cas *récent* ou *ancien*. Mais il est difficile d'établir cette distinction du *goître charnu* et du *goître kystique* par la seule palpation; car souvent il arrive que l'on soupçonne un goître kystique, mais qu'on n'en acquiert la certitude qu'après une ponction exploratrice, que l'on doit toujours pratiquer au moment où on va injecter un goître.

Les goîtres kystiques, d'après les observations de M. Duguet, sont moins nombreux (six sur trente-quatre); ils paraissent n'exister que chez la femme; ils semblent justiciables des injections de teinture d'iode et guérissent par cette méthode de traitement comme les goîtres charnus, s'ils sont comme eux de date récente. Plusieurs observateurs auraient noté, à la suite d'injections de teinture d'iode dans les goîtres kystiques, des accidents, des suppurations. Mais il semble que les goîtres kystiques ne sont pas moins tolérants que les goîtres charnus pour la teinture d'iode.

Le nombre de goîtres, observés par M. Duguet, a été comme toujours beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Le développement ou l'accroissement de ces goîtres est lié, comme d'ordinaire, le plus souvent, à des troubles de la menstruation, à la ménopause ou à la grossesse; sans doute, par suite de cette relation bien connue, chez la femme et même chez l'homme, entre le fonctionnement ou l'état des organes génitaux et celui du larynx avec la glande qui lui est annexée.

L'hérédité joue un rôle évident dans plusieurs de ces observations.

Les goîtres, quand ils sont unilatéraux, occupent d'ordinaire le lobe droit, et quand ils envahissent la totalité du corps thyroïde, prédominent à droite. Ce fait, signalé par bien des auteurs, n'a pas encore reçu d'explication plausible.

M. Duguet possède un grand nombre d'observations de guérisons obtenues depuis 1886, et nous avons pu nous assurer par nous-même de la disparition totale des goîtres traités.

Il a fallu à M. Duguet, dans les goîtres charnus récents, en moyenne *sept injections et demie*; *une seule injection* a suffi pour un goître kystique. Luton, Levêque et Bertin ont dû pratiquer en moyenne *trois injections* pour amener la guérison de goîtres. Tivy, de son côté, note une moyenne de neuf injections par goître, pour trente-trois cas. On voit que ces chiffres sont peu élevés.

En résumé, on peut conclure que les goîtres, s'ils sont récents, ont toutes chances pour être radicalement et rapidement guéris par les injections de teinture d'iode. S'ils sont anciens, ils sont sensiblement améliorés par ce traitement.

Quelquefois, cependant, on devra, dans certains goîtres, absolument réfractaires ou dégénérés, recourir à l'extirpation. Mais la méthode des injections iodées, malgré les progrès de la chirurgie, demeure une méthode inoffensive et d'une efficacité merveilleuse.

HOTEL-DIEU DE POITIERS

Les rougeoles et les pseudo-suettes à Poitiers.

L'éclosion de la suette dans la Vienne a été précédée par une épidémie de rougeole; il existe, par suite, un très grand intérêt à comparer ces deux maladies et à établir quel rapprochement peut être fait entre elles, Orillard ayant déjà, dans son rapport de 1845, signalé l'apparition de ces deux contages, presque en même temps. Nous laisserons à d'autres la tâche de fixer, au moyen de l'histologie pathologique et par l'étude du sang, s'il existe ou non des preuves de l'identité de deux formes très différentes de suette, l'une ressemblant à la rougeole, l'autre revêtant les caractères classiques de la suette. Nous voulons seulement, grâce à la symptomatologie et par quelques remarques sur la marche de ces affections, prouver qu'il n'y a pas, à nos yeux, de confusion possible entre la rougeole ordinaire et, si on peut l'appeler ainsi, cette suette à forme rubéolique de nouvelle création.

Les confrères, exerçant dans les localités frappées par la maladie actuelle, ont bien, il est vrai, vu se mêler à l'épidémie de suette de nombreux cas de rougeole, et l'épidémie a même pu débuter par des symptômes en quelque sorte rubéoliques. Mais nous n'avons pu observer ces cas; il nous a été donné de voir seulement les rougeoles des services civil et militaire de l'Hôtel-Dieu. Nous n'étudierons donc que ces dernières, et nous chercherons à préciser le diagnostic différentiel entre l'exanthème rubéolique ayant évolué l'hiver dernier et la suette nous frappant présentement.

Ce travail peut n'être pas inutile, car l'idée de parenté entre ces deux affections a été émise et défendue dans un certain nombre de journaux. Ces rougeoles (ou ces pseudo-suettes, comme on l'a prétendu), soignées par nous à l'Hôtel-Dieu, ont-elles été le germe de la suette dans la Vienne?

Depuis plusieurs mois, il ne s'était présenté aucun cas de

rougeole, quand, le 5 janvier, on amena à l'Hôtel-Dieu, dans une voiture découverte et par un froid très vif, un malade en pleine éruption. C'était un soldat étranger à la garnison, appartenant au 32e régiment d'infanterie, alors en convalescence à L'Hommaizé, et qui s'était ainsi fait conduire jusqu'à l'hôpital militaire.

Six jours après, le 11 janvier, apparaissait le premier cas de scarlatine, au 20e régiment d'artillerie. C'est seulement le 20 janvier qu'au même régiment on constatait la rougeole. Dès les premiers jours de février l'épidémie était à son apogée. Du 1er janvier au 3 juillet, il est entré à l'Hôtel-Dieu 115 soldats envoyés par les médecins de la garnison de Poitiers, et tous avec le diagnostic rougeole. Celui-ci semblait d'autant mieux s'affirmer, que, à Poitiers, la rougeole sévit depuis plusieurs années, particulièrement l'hiver, et qu'elle a frappé un nombre considérable d'enfants en 1885 et 1886, et qu'enfin surtout les caractères ordinaires de la rougeole étaient très marqués chez les militaires, à leur entrée dans nos salles.

Concurremment à la rougeole, se développait la scarlatine. Les symptômes de ces deux affections ont semblé plusieurs fois se confondre et nous ont laissé des doutes dans l'esprit. Mais, à part cette observation, les rougeoles débutaient ordinairement par des éternuements, de la congestion des muqueuses oculaires, laryngées, par une température de 38 à 39 degrés. A ces phénomènes succédaient, au bout de deux ou trois jours, l'éruption pathognomonique. Les malades n'accusaient, à aucune période, ni palpitations, ni dyspnée, ni constrictions épigastriques, ni sueurs. Ces derniers symptômes, il ne nous souvient pas les avoir une seule fois constatés, et cependant ces malades ont été journellement visités par M. le docteur Robert et par nous, qui avons eu l'honneur de le remplacer pendant quelque temps. Les notes prises alors par M. Cazelles, interne du service, ne les signalent pas non plus, en admettant que notre mémoire ait fait défaut. Mais nous auraient-ils échappé, lors de notre examen? Telle est la critique que l'on peut nous adresser. Mais le service est ouvert à tous, et un grand nombre de médecins ont assisté à nos visites; tous ceux à qui nous avons demandé de rétablir leurs souvenirs ou leurs observations nous ont nié avoir constaté des sueurs notables ou de l'oppression épigastrique. Quand, sur 115 malades, un certain nombre présentent le même aspect médical, ce fait se remarque facilement.

Nous avons eu des cas graves. Ce sont eux, dira-t-on, qui auraient pu appeler notre attention sur les formes anomales des rougeoles. Or si, dans les rougeoles que nous avons observées, un certain nombre n'ont pas revêtu la forme ordinaire, elles ne se sont pas, du moins, écartées des formes graves décrites dans les livres.

Le phénomène que nous avons signalé pour les scarlatines, c'est-à-dire leur aspect hémorrhagique, s'est présenté pour quelques rougeoles. Les boutons prenaient, en peu d'heures, la forme livide, et nous avions des sujets dont le corps était comme taché de petites plaques bleuâtres. Chez ces malades, il est vrai, la dyspnée était extrême, mais l'état pulmonaire en rendait compte, et nous pouvons même dire que la lividité des taches était, en général, d'un pronostic grave. Mais pas de phénomènes nerveux, ni de sensations épigastriques ou précordiales, ni de sueurs. Le délire qui prenait les malades était le délire tranquille, et le sujet, après avoir lutté un nombre de jours assez grand contre l'asphyxie progressive, finissait par succomber. L'autopsie a révélé toutes les fois qu'elle fut faite, de la bronchite capillaire ou de la bronchopneumonie. La mort était longue à venir. Dans la scarlatine, elle a été quelquefois très prompte, et le sujet nous a échappé en quelques heures. Nous n'avons pas eu de terminaison aussi rapide dans la rougeole.

Aucun étudiant ou infirmier n'a été contagionné. Un seul officier a été vu par nous et a parfaitement guéri. Chez lui, la rougeole avait été très marquée, mais sans complications.

Chez tous ces malades, la convalescence a été, en général, courte et, bien qu'on n'ait laissé sortir ces jeunes gens que dans la septième semaine, ils mangeaient les trois quarts douze à quinze jours après l'invasion de la rougeole et ne se plaignaient, en général, de rien, sauf ceux atteints de bronchopneumonie. Or la convalescence de la suette est très longue, d'après toutes les observations.

Le phénomène sueur n'a pas attiré notre attention. S'il eût été très marqué, il nous eût difficilement échappé. En tous cas, nos rougeoles ayant été soignées par des tisanes chaudes et du vin, la sudation aurait dû être fortement augmentée. Dans ces derniers temps quelques sueurs ont bien précédé les rougeoles, mais la saison ne nous permet pas d'attacher grande importance à ce symptôme. Nous citerons tout à l'heure, à l'appui de notre opinion, quelques observations. Jamais nous n'avons vu les gouttelettes de sueur, comme dans la suette, ruisseler sur le visage. Quant aux sueurs infectes, elles sont encore plus un mythe pour nous.

La desquamation a été, le plus ordinairement, très légère et a passé à peu près inaperçue. Aucun soldat ne s'est plaint de gonflement des doigts. L'éruption a débuté par la face ou plutôt par la racine des cheveux et chez beaucoup de malades ou la face, d'une rougeur diffuse, ne permettait pas d'affirmer le diagnostic, ou bien chez ceux qui n'avaient pas encore d'éruption, on trouvait sur le palais quelques points rouges qui étaient les premiers vestiges de la maladie. Cet énanthème du voile du palais est bien un signe de la rougeole.

Chez un rougeoleux, non rhumatisant auparavant et sans antécédents héréditaires, nous avons constaté des douleurs rhumatismales.

Un autre sujet a eu de l'otite. L'adénite cervicale a été constatée dans deux cas. Toutes ces complications sont celles qu'on rencontre d'ordinaire dans la fièvre morbilleuse.

Nous arrivons maintenant à la question de miliaire venant compliquer la rougeole et pouvant autoriser l'idée que nous avons dit avoir été émise. Il est apparu, en effet, chez divers individus, des éruptions miliaires, en général très modérées; mais loin d'être un phénomène constant, elles ont été une rareté. De plus, elles n'ont pas été d'un pronostic absolument fatal.

La suette est-elle une maladie frappant les enfants sous la forme d'une rougeole, les adultes sous forme de la miliaire? Mais nous avons vu des enfants avec une rougeole compliquée de miliaire; des adultes ont présenté le même facies. Encore là, pas de ces lignes précises qu'on avait voulu tracer.

La miliaire est venue compliquer la rougeole comme elle complique le rhumatisme, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Elle a été un symptôme, dont, nous l'avouons, la signification et le pronostic nous échappent. Est-elle l'effet des sueurs qui se produisent dans ces diverses affections? Est-ce la marque, le cachet d'une affection particulière se dérobant sous l'aspect d'une rougeole, d'un rhumatisme, d'une fièvre typhoïde? Il faudrait un certain nombre de cas pour con-

clure. Or, dans les notes que nous avons gardées de l'épidémie de l'hiver dernier, nous n'avons, en toute bonne foi, trouvé qu'une fois inscrit le symptôme éruption miliaire. Voici les quelques mots mis par nous à propos du n° 14 dont l'observation détaillée n'a pas été relevée.

— Salle Saint-Louis n° 14. Rougeole à forme hémorrhagique. Râles crépitants aux deux bases : diagnostic de bronchopneumonie. Cyanose de la face. *Éruption miliaire*. Mort.

Pour les autres causes de décès, nous relevons sur le registre de l'Hôtel-Dieu :

— Une rougeole avec angine diphthéritique. Le malade était entré le 1er mars, il est mort le 10 mars.

— Douze cas de bronchopneumonies.

	Est entré le	est mort le	séjour à l'hôpital.
Le 1er	1er mars,	11 mars,	11 jours.
Le 2e	28 février,	12 mars,	13 jours.
Le 3e	1er mars,	12 mars,	12 jours.
Le 4e	1er mars,	15 mars,	15 jours.
Le 5e	5 mars,	18 mars,	14 jours.
Le 6e	10 mars,	18 mars,	9 jours.
Le 7e	2 mars,	20 mars,	19 jours.
Le 8e	17 mars,	22 mars,	6 jours.
Le 9e	14 mars,	23 mars,	10 jours.
Le 10e	15 mars,	28 mars,	14 jours.
Le 11e	17 mars,	30 mars,	14 jours.
Le 12e	13 mars,	10 avril,	29 jours.

— Une rougeole avec otite double : le malade a séjourné 22 jours à l'Hôtel-Dieu.

— Deux rougeoles sans indication de cause du décès. Pour l'une le séjour a été de 9 jours, pour l'autre de 23 jours.

Parmi les malades ayant succombé à la bronchopneumonie, l'un d'eux avait été ajourné deux ans de suite et venait d'être pris en dernier lieu. Il nous avait paru suspect de tuberculose. En général, dans les antécédents des malades qui ont eu des complications pulmonaires, nous avons trouvé des bronchites fréquentes ou des pleurésies anciennes. Or, la suette choisit plutôt les individus vigoureux et non les sujets débiles.

Quant à la marche, ces deux affections n'ont pas présenté la moindre analogie. Les rubéoleux avaient la fièvre ; la température s'est élevée, chez un certain nombre, à 40 degrés. Le 1er malade, entré à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier, a présenté la courbe suivante, pendant les premiers jours.

5 janvier, ... soir, 40 degrés ;
6 janvier, matin, 39°,3 ; soir, 39°,7 ;
7 janvier, matin, 38°,3 ; soir, 39°,2 ;
8 janvier, matin, 38°,2 ; soir, 39°,3 ;
9 janvier, matin, 38°,5 ; soir, 39°,3.

Sur un scarlatineux convalescent et en pleine desquamation la rougeole, en venant se greffer, a amené l'élévation de la température jusqu'à 40 degrés. Voici la courbe prise par M. Cazelles.

28 février..... soir, 40 degrés ;
1er mars, matin, 39°,8 ; soir, 40°,2 ;
2 mars, matin, 39°,2 ; soir, 39°,6 ;
3 mars, matin, 38°,4 ; soir, 38°,6 ;
4 mars, matin, 37°,8 ; soir, 38°,8 ;
5 mars, matin, 37°,4 ; soir, 38°,4 ;
6 mars, matin, 38°,8 ; soir, 39 degrés ;
7 mars, matin, 38°,5 ; soir, 38°,8 ;
8 mars, matin, 39°,4 ; soir, 40°,5 ; — Bronchite généralisée ;
9 mars, matin, 39°,5 ; soir, 39°,2 ;
10 mars, matin, 39°,2 ; soir, 39°,3 ;
11 mars, matin, 40°,5 ; soir, 39°,5 ;
12 mars, matin, 40 degrés ; soir, 39°,5 ;
13 mars, matin, 39°,8 ; soir, 38°,6 ;
14 mars, matin, 37°,6.

Le n° 9 de Saint-Louis a eu, le matin de son entrée, le 1er avril, 40°,5. Le deuxième jour, au soir, la température est montée encore à 40°,1 ; puis, les jours suivants, elle est descendue à 38 degrés et s'est maintenue pendant une dizaine de jours à ce degré.

Le n° 11 de la même salle, atteint de bronchopneumonie et guéri, a offert la courbe suivante :

7 mars. . . . . soir, 40 degrés ;
8 mars, matin, 40 degrés ; soir, 39°,2 ;
9 mars, matin, 39°,8 ; soir, 39°,2 ;
10 mars, matin, 40°,2 ; soir, 39°,2 ;
11 mars, matin, 40 degrés ; soir, 39°,2 ;
12 mars, matin, 40°,2 ; soir, 38°,6 ;
13 mars, matin, 39 degrés ; soir, 38°,8 ;
14 mars, matin, 39°,5 ; soir, 38°,6 ;
15 mars, matin, 38°,4 ; soir, 39 degrés ;
16 mars, matin, 38°,2 ; soir, 39°,4 ;
17 mars, matin, 38 degrés ; soir, 37°,2 ;
18 mars, matin, 37°,8.

Nos rougeoleux avaient, en outre, un pouls qui variait entre 90 et 140, pendant environ huit jours, puis la raucité de la voix s'atténuait au bout d'une quinzaine de jours, la langue se nettoyait et s'il n'y avait pas de complications, à la fin de la troisième semaine, le sujet entrait en convalescence. Les rougeoles, dangereuses au début, sont devenues d'une bénignité extrême avec l'élévation de la température, au point que nous nous demandons si le refroidissement, cette vieille et éternelle cause qu'on faisait intervenir autrefois en pathogénie, n'est pas coupable de bien des bronchites capillaires.

L'atmosphère était froide à l'époque ou l'épidémie était dans son plein, et les mois de février et de mars ont été très rigoureux. Les médecins militaires ont signalé alors, dans leurs rapports, une prédominance très marquée des affections des voies respiratoires. Or, cette tendance de la rougeole à se compliquer d'affections pulmonaires n'est pas non plus en faveur des nouvelles théories.

Enfin, il nous faut répondre à un dernier argument. On a prétendu que vingt-deux malades en ce moment à l'Hôtel-Dieu présentaient les symptômes de la suette. D'abord leur nombre est de 12, bien que, depuis près d'un mois, il n'ait été accordé aucune convalescence. Ces malades sont entrés avec le diagnostic « Rougeole » et rien ne semble devoir nous le faire modifier. Devant nos confrères de la ville et les médecins militaires de la garnison, nous avons interrogé ces jeunes gens et voici, en toute bonne foi médicale, les renseignements qui nous ont été fournis par les malades.

Sept de ces malades affirment n'avoir jamais eu la rougeole. Trois autres l'ont eue dans leur enfance ; les deux derniers l'eurent, il y a deux ans, et, comparant les deux attaques, ils disent avoir éprouvé à peu près la même chose.

Chez les douze soldats l'invasion de l'exanthème a été précédée, pendant deux ou trois jours, par de la fièvre : les

yeux étaient injectés au début, la voix rauque, et il y avait de la toux. L'éruption a débuté par la figure. Les boutons ont duré quatre à cinq jours. Dès le cinquième ou le sixième jour, nos pseudo-suettes ont eu de la soupe. Ils ne se plaignaient de rien, ni de gêne, ni de constriction épigastrique. Aujourd'hui leur état est excellent. La desquamation a été imperceptible, furfuracée, sauf chez deux cultivateurs dont les mains dures et calleuses semblent se peler sous le fait même de leur inactivité. La convalescence a été rapide.

Trois malades seulement ont éprouvé des éternuements. Pour les sueurs, voici les renseignements qu'ils nous ont donnés :

Le n° 6 a sué pendant la nuit qui a suivi l'apparition des boutons. Les sueurs ont à peu près complètement disparu ensuite.

Le n° 5 a eu, un seul jour, des sueurs, le jour de l'apparition des boutons sur la figure.

Le n° 4 n'a pas cessé de suer; mais c'est, nous dit-il, ordinaire chez lui. Il s'est plaint, en outre, il y a huit jours, d'une douleur dans le côté gauche; mais il l'a déjà eue auparavant, et il l'attribue à une fièvre typhoïde qui avait déterminé des accidents pulmonaires.

Le n° 10 a sué les trois ou quatre jours qui ont précédé l'apparition des boutons, mais surtout la veille. Il n'avait pas pris de tisanes. Il a continué à transpirer pendant huit jours, à l'Hôtel-Dieu. Les sueurs ont disparu depuis deux jours. Il était entré à l'infirmerie pour une bronchite; c'est là que sa rougeole s'est déclarée. Il tousse encore présentement.

Le n° 8 a sué un peu en arrivant, après l'absorption de tisanes. Il a encore sur le corps quelques plaques peu marquées; il les attribue à son gilet de flanelle qui, dit-il, irrite sa peau.

Les n° 12 et 17 n'ont pas eu de sueurs.

Le n° 13 a eu des sueurs pendant deux nuits; mais il preait des tisanes chaudes. Il a eu une bronchite qui a duré quinze jours. Il a éprouvé une gêne dans la poitrine, mais moindre, selon son dire, que celle qu'il avait eue, l'hiver dernier, pour une autre bronchite.

Le n° 14 a eu un peu de sueur au moment de l'apparition des boutons. Il a changé une fois de chemise dans la nuit et a eu mal à la tête.

Le n° 16 a eu des sueurs à la face et sur le corps; il n'a pas changé de chemise.

Le n° 15 a sué, parce qu'il était, pense-t-il, très couvert; il n'a pas changé de chemise.

Le n° 2 a eu quelques sueurs au début.

Pouvons-nous, des observations qui précèdent, conclure à la suette? Où sont les sueurs infectes? Personne ne les a constatées, ni le médecin, ni l'interne, ni les infirmiers, ni la sœur. Nous les nions donc absolument.

Ces sueurs ne peuvent-elles être mises sur le compte d'une température de 28 à 30 degrés, qui est celle que nous avons depuis plus d'un mois? En un mot, tous les médecins, tant civils que militaires, ayant visité ces malades, continuent à maintenir leur diagnostic de rougeole, sans parti pris et devant seulement le langage si net des faits.

Si la suette est si contagieuse, comment expliquer qu'aucun cas ne s'est développé à l'hôpital parmi le personnel, sauf celui du scarlatineux qui a, en pleine desquamation, contracté la rougeole? Un malade est mort à Poitiers d'une suette prise à Montmorillon; aucun autre cas n'a été signalé.

Mais on a encore voulu voir, pour les rougeoles, une anomalie dans ce fait qu'elles avaient, au début, une apparence scarlatineuse. Or les deux contages ont évolué à la même époque; il est vraisemblable de croire, à l'instar d'un certain nombre de grands cliniciens, que ces deux maladies ont pu mélanger leurs symptômes chez certains sujets. Il y a eu des scarlatines franches, des rougeoles franches et des formes hybrides. Cette constatation avait été faite plusieurs fois déjà.

Nous conclurons donc, nous réservant, au besoin, d'appuyer notre dire sur de nouvelles observations étiologiques, que la suette n'a pas visité Poitiers. La suette n'aime pas les villes, encore moins les garnisons et les accumulations d'individus (exemple du séminaire de Montmorillon, placé dans la ville même et épargné). Ces divers arguments nous paraissent enfin confirmer notre opinion.

DU ZONA

SUR LA MEMBRANE DE DESCEMET, CHEZ LES TUBERCULEUX

Par M. le docteur Nys.

Les troubles nerveux, observés pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique, sont très fréquents.

Ils varient de nature et de siège. Les névralgies sont parfois rebelles et s'accompagnent souvent de troubles trophiques.

Le zona, quoique moins fréquent, est un des troubles trophiques les plus curieux de la tuberculose.

Chez les tuberculeux, le zona fait partie d'un ensemble de perturbations nerveuses localisées au trajet des nerfs, coïncidant avec des troubles de la sensibilité, des troubles de la motilité et des troubles thermiques.

Quoique le zona dans la tuberculose ait été observé rarement, puisque, dans la littérature médicale, on n'en connaît que 25 cas, j'ai eu l'occasion d'en observer un au mois d'août 1886, pendant mon séjour à Ostende.

L'éruption existait, chez cette malade, sur la membrane de Descemet, caractérisée par des vésicules disposées très régulièrement, rappelant une éruption serpigineuse.

Elle était accompagnée de troubles trophiques de la cornée, d'iritis avec synéchies postérieures totales et d'irido-choroïdite. Cette névralgie du trijumeau a persisté longtemps et survenait par accès, caractérisés par des douleurs considérables.

La cornée, en ce moment, devenait terne et reprenait, en grande partie, sa transparence, à la suite d'une injection de morphine dans la tempe, que nécessitaient des douleurs intolérables.

Je n'ai observé d'éruption que sur la membrane de Descemet et une vésicule d'herpès Zoster sur le limbe kérato-sclérotical.

Chaque accès névralgique était accompagné de troubles thermiques, trophiques, et de sueurs locales.

Pour Raymond, la plupart des accidents nerveux des phthisiques sont facilement explicables dans l'hypothèse d'une lésion centrale constituée par de la méningo-myélite, tantôt sous forme de tumeurs isolées, tantôt avec les apparences de lésions diffuses, nodulaires ou infiltrées.

Ces névralgies, on les observe dans la dothiénentérie, où elles sont liées à des altérations du système nerveux périphérique. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la tuberculose, dont la nature infectieuse ne fait plus doute pour personne.

Le zona des tuberculeux, quel que soit son siège, peut reconnaître deux origines : quelquefois il est lié à des méningo-myélites tuberculeuses; le plus souvent, il est la conséquence de névrites parenchymateuses périphériques.

Par cela même, il se rapproche plus volontiers des éruptions vésiculeuses secondaires, en forme d'herpès et d'origine trophique, que du zona véritable, si l'on considère ce dernier comme une

entité morbide d'origine infectieuse, ainsi que le veulent certains auteurs contemporains.

Pour combattre la névralgie, j'ai institué la médication quinique associée à la teinture de gelsémium; contre l'irido-choroïdite, les injections de sublimé et de pilocarpine; à cause des adhérences iridiennes, une iridectomie.

Le séjour d'Ostende a contribué à la guérison, en agissant sur l'état général de la malade, par son climat essentiellement tonique et fortifiant.

Après un séjour de deux mois dans cette station balnéaire, les douleurs ont complètement cessé, et la malade a gagné en poids 900 grammes.

Quand les névralgies, qui reparaissaient quotidiennement, en dehors des accès douloureux arrêtés par la morphine, étaient devenues plus rares et de faible intensité, j'ai conseillé les douches écossaises, dirigées sur toute la surface du corps, ainsi que sur le trajet douloureux, tout en évitant de mouiller les cheveux.

Après quelques douches, les douleurs ont complètement cessé, et la malade distingue et lit le n° 1 de l'échelle métrique de Wecker, à 15 centimètres de l'œil opéré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Plaies de la tête par armes à feu. — **M. TRÉLAT** communique l'observation d'un magistrat qui, dans l'exercice de ses fonctions, reçut d'un malfaiteur une balle de revolver n° 9, sur la région frontale. Il y eut une épistaxis abondante, mais pas de syncope ni aucun trouble cérébral immédiat ou consécutif. Des médecins de l'endroit firent une exploration intempestive et pénétrèrent de plusieurs centimètres, avec un stylet, dans la plaie. Cette plaie n'avait même pas été pansée antiseptiquement. M. Trélat, appelé quelques jours plus tard auprès du blessé, pensa, en raison de l'épistaxis et de l'absence de troubles cérébraux, que la balle avait pénétré dans les sinus ethnoïdiens ou sphénoïdaux. Il conseilla de s'abstenir de toute intervention. Quelque temps après, il se forma un abcès; un chirurgien de Marseille fut appelé, qui fit une incision, retira plusieurs esquilles flottantes, détergea la plaie et trouva au fond un corps légèrement coloré, qui n'était autre que la balle, qu'il put facilement extraire. Elle était dans le sinus sphénoïdal. Le diagnostic de M. Trélat se trouvait donc confirmé. Le malade est guéri.

M. BERGER a publié plusieurs observations de tentatives de suicide; dans un cas, la balle ayant été dirigée sur la région temporale, pénétra dans l'orbite. Dans un autre cas, un étudiant se tira une balle entre les deux sourcils. Il n'y eut pas de phénomènes cérébraux, mais le jeune homme était complètement aveugle. Sept ou huit jours après, le malade rendit la balle dans les garde-robes. Cette balle, qui avait déterminé une rupture du chiasma des nerfs optiques, avait pénétré dans le pharynx, d'où elle avait été déglutée.

M. POLAILLON communique l'observation d'une femme qui avait reçu de son mari deux balles dans la tête. L'une de ces balles était dans la région temporale, dans le voisinage de l'orbite, l'autre dans le conduit auditif.

M. Polaillon introduisit un stylet dans le trajet de la seconde balle; après avoir pénétré à 2 centimètres 1/2, il n'osa pas pousser plus loin et ne sentit rien. Il ne sortit pas de substance cérébrale. Il n'y eut d'ailleurs aucun phénomène cérébral; la plaie fut pansée antiseptiquement. Depuis dix jours, aucun phénomène appréciable. La première balle avait déterminé une cécité et de l'exophthalmie du côté correspondant; ces phénomènes ont disparu. La malade va bien actuellement.

M. TERRILLON a publié, il y a sept ans, le cas suivant : un jeune homme se tire une balle dans l'oreille; elle pénètre à une certaine profondeur; il se produit un épanchement sanguin; il n'y eut pas de phénomènes cérébraux immédiats. Vingt à vingt-cinq jours après, ceux-ci apparurent.

M. Terrillon, avec l'aide de M. Trouvé, put déterminer exactement le siège de la balle; il fit la trépanation et put l'extraire; cette balle avait froissé la dure-mère sans la traverser. Le malade a complètement guéri.

De l'abolition ou de la diminution des réflexes tendineux chez les diabétiques. — **M. BERGER** fait un rapport sur une communication de M. Paul Reynier, relative à la présence ou à l'absence de réflexe rotulien chez les diabétiques.

M. Reynier rappelle les travaux de MM. Bouchard et Landouzy sur ce sujet. Il croit pouvoir conclure de ses observations, jointes à celles de M. Bouchard, que l'absence ou la diminution du réflexe rotulien chez les diabétiques indique un pronostic grave et doit arrêter la main du chirurgien.

M. Berger ajoute qu'on sait que l'influence des traumatismes opératoires est très variable chez les diabétiques : les uns les supportent très bien, malgré une glycosurie abondante, les autres les supportent très mal, bien qu'ayant très peu de sucre. Il serait donc intéressant d'avoir un critérium qui permît au chirurgien d'être fixé sur la gravité du pronostic chez les diabétiques. M. Reynier croit l'avoir trouvé dans l'examen du réflexe tendineux rotulien. Il publie huit observations à l'appui de sa manière de voir. Dans ces observations, on voit que les malades dont ce réflexe était nul ou à peu près, sont morts peu de temps après.

Toutefois, M. Berger fait observer que, dans plusieurs cas, des opérations très bénignes ont été suivies d'accidents de suppuration ou autres, malgré la constatation de la persistance du réflexe rotulien. Dans les cas où il y avait des complications graves, on a constaté concurremment l'abolition du réflexe tendineux. Ce signe paraît donc, ainsi que le croit M. Reynier, avoir une réelle valeur au point de vue du pronostic chez les diabétiques.

M. Berger ajoute, avec M. Reynier, que cette disparition du réflexe patellaire existe dans d'autres affections que les maladies nerveuses ou le diabète et paraît être surtout un signe d'affaiblissement général.

M. VERNEUIL rappelle que c'est là un fait acquis, que les opérations chez les diabétiques sont graves. Il y a cependant des cas où l'opération s'impose. Or, nous sommes actuellement dans l'ignorance absolue du pronostic à porter chez les diabétiques, les uns ayant très peu de sucre dans les urines et présentant des complications chirurgicales formidables, d'autres, au contraire, ayant une glycosurie très abondante et supportant sans accidents une intervention chirurgicale même grave. On voit, en outre, que la quantité du sucre varie d'un jour à l'autre; il serait donc très intéressant de savoir s'il y a une relation entre la quantité de sucre observée et la constatation de l'absence ou de la diminution du réflexe tendineux.

M. TERRIER fait observer que, dans deux cas seulement, M. Reynier a été obligé d'intervenir chirurgicalement, les autres cas étant des faits de complications chirurgicales graves survenus spontanément chez des diabétiques. Ce sont là des faits de pathologie médicale, très intéressants au point de vue de l'étude du diabète, mais sans intérêt spécial pour le chirurgien. Or, c'est dans ces faits surtout que M. Reynier a constaté l'absence du réflexe tendineux. Les observations de M. Reynier n'indiquent donc rien au point de vue de la conduite qui doit être tenue par le chirurgien en présence d'un diabétique auquel il doit faire une opération.

M. BERGER répond à M. Verneuil que la relation de l'absence du réflexe avec la quantité de sucre n'est pas notée dans toutes les observations de M. Reynier. Dans un cas seulement, la réapparition du réflexe a coïncidé avec la diminution du sucre. Il fait observer à M. Terrier qu'au point de vue chirurgical, l'absence des réflexes indique un état de faiblesse qui peut être une indication précieuse pour le chirurgien obligé d'intervenir. Il sera beaucoup moins disposé à intervenir quand les réflexes manqueront, que quand ils seront conservés.

Des blessures par la mélinite. — M. TACHARD fait une communication sur les conséquences de l'éclat d'un obus chargé à la mélinite dans l'arsenal de Belfort, où dix-sept artilleurs furent ainsi blessés accidentellement.

M. Tachard insiste particulièrement sur la multiplicité, la profondeur, l'étroitesse et la gravité des plaies produites par les fragments de ces obus chargés à la mélinite (comm. M. Chauvel).

PRÉSENTATION

Kystes hydatiques du petit bassin. — M. BOUILLY présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de trente-cinq ans qu'il a opérée, hier matin, de kystes hydatiques multiples de l'abdomen et du petit bassin. Tous les kystes étaient inclus dans l'épiploon. L'un d'eux fut rompu dans l'abdomen; M. Bouilly fit un grand lavage à l'eau bouillie, et la malade va aujourd'hui, lendemain de l'opération, aussi bien que possible.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er juillet 1887, ont été nommés, dans le cadre des officiers de réserve, les médecins retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, dont les noms suivent:

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Balley, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Thomas, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

— Par décret, en date du 1er juillet 1887, ont été nommés ou promus, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins et pharmaciens, dont les noms suivent, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878 :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Guérin, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités, Riebuyck, Buffé, Chassagne, Guyon, Sotinel.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. Péheaa, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Catenac, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Le Gallic du Rumel, pharmacien aide-major de première classe, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés, de première classe, Ehrmann, Hudelette, Borson, Arnozan, Beloux, Coquet, Mercier, Obissier et Gallois.

— Par décrets, en date du 5 juillet 1887, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Dujardin-Beaumetz, médecin principal de première classe;

Au grade d'officier. — M. Nielly, médecin en chef de la marine;

MM. les médecins principaux de première classe Guillemin et Moussu; MM. les médecins principaux de deuxième classe Schaumont et Bazille; M. le médecin-major de première classe Tardif;

Au grade de chevalier. — M. le docteur Blet, médecin de la Chambre des députés;

MM. les médecins-majors de première classe Gils, Heuyer, Pons, Heckel et Bélime; MM. les médecins-majors de deuxième classe Grosse, Deschamps, Gatumeau, Warion, Franchet, Héval, Souris et Thouvenin; M. le pharmacien-major de deuxième classe Dechaux;

MM. Fontorbe, médecin principal de la marine, Charriez, Brémaud, Joubin, Rémond, Cognes et Rochard, médecins de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 5 juillet 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Reboul, aide-médecin, docteur en médecine.

— La dernière épreuve du concours du clinicat médical a eu lieu aujourd'hui vendredi à l'Hôtel-Dieu, à une heure de l'après-midi.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du prosectorat s'est terminé hier soir jeudi 7 juillet 1887, par la nomination de MM. Lejars et Villemin comme prosecteurs titulaires et de M. Delbet comme prosecteur provisoire.

A la dernière épreuve — médecine opératoire — les candidats ont eu comme opérations à faire : 1° la ligature de l'humérale au pli du coude; 2° la désarticulation du poignet.

— La maladie du prince-héritier de Prusse a donné lieu, dit-on, à la petite manifestation suivante :

MM. les professeurs Bergmann et Tobold ayant demandé le concours d'une autorité étrangère, une liste fut dressée, portant les noms des spécialistes les plus renommés : Storck (de Vienne), Fauvel (de Paris), Rauchfuss (de Pétersbourg) et Mackenzie (de Londres).

L'empereur aurait biffé le nom du spécialiste français, et l'on sait que c'est M. Mackenzie qui a été appelé auprès du prince-héritier.

— M. Belzung soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 9 juillet, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « Recherches morphologiques et physiologiques sur l'amidon et les grains de chlorophylle. »

M. Garnault soutiendra, mardi prochain 12 juillet 1885, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, pour le doctorat ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches anatomiques et histologiques sur le *Cyclostoma elegans.* »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La première partie du tome XXXV de la première série, la première partie du tome XXIV de la deuxième série, la deuxième partie du tome XVII de la troisième série, la première partie du tome XIII de la quatrième série et la première partie du tome II de la cinquième série viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par M. CONSTANTIN PAUL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Montyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine de Paris (prix Chateauvillard, 15 janvier 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 975 pages, avec 130 figures et une planche en chromolithographie. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

La prostitution dans l'antiquité, étude d'hygiène sociale, par M. le docteur Edmond DUPOUY. 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Meurillon, 16, rue Serpente.

De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales, et en particulier du choléra asiatique, par M. le docteur DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Hygiène des maternités, résultats de huit années d'observation à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux), par le docteur ORÉ, professeur à la Faculté de médecine, etc. Grand in-8, de 72 pages avec deux plans, couronné par l'Institut (Académie des sciences) — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité, par M. le docteur J.-A.-A. RATTEL, médecin-adjoint de l'Institut national des sourds-muets et de la Clinique otologique de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 134 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21409

N° 85. — MARDI 12 JUILLET 1887. 60e ANNÉE MARDI 12 JUILLET 1887. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

LA PROFESSION MÉDICALE

ET L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR

Maintenant qu'il est question de toute une nouvelle organisation relative à la médecine en France, il nous a paru bon de jeter un coup d'œil sur d'autres pays où fonctionnent des législations médicales très différentes.

I

En Allemagne, une pétition présentée par l'Association des médecins de Dresde a été vivement discutée dans les associations des autres villes, particulièrement dans celle de Berlin. Il s'y agissait des intérêts professionnels et de l'exercice de la médecine par des gens dépourvus de toute espèce de titre.

Il faut savoir qu'à ce point de vue, la situation se trouve être actuellement en Allemagne à peu près ce qu'elle était à Rome vers le commencement de l'époque byzantine.

Chez les Romains, la pratique de la médecine était considérée comme un genre d'industrie qui n'exigeait en soi l'obtention d'aucun grade. Et cependant il y avait alors des professeurs officiels de médecine, payés par le gouvernement ou par les villes. Il y eut même, à partir du règne de Valentinien, toute une classe de médecins approuvés, se recrutant par une agrégation précédée sans doute d'une sorte d'examen d'état : c'est ce qu'on nommait les *archiatres*. Mais, je le répète, le premier venu pouvait prescrire des médicaments, visiter les malades, ouvrir un cabinet de consultation, tout aussi bien que les archiatres eux-mêmes.

Notre organisation française de la médecine, avec nos diplômes conférant privilège exclusif, ne se rattache donc pas aux origines romaines. C'est pourquoi elle n'a pu s'introduire momentanément que par imitation de la France, dans les pays où les principes romains, les lois romaines ont encore vigueur — tel est le cas pour une partie de l'Allemagne — et dans ceux qui ont puisé leur droit à d'autres sources.

La Prusse, notamment, avait bien, jusqu'à ces dernières années, un monopole conféré en pratique, pour l'exercice de la médecine, — à ceux, il est vrai, qui avaient reçu une approbation officielle à la suite d'un examen d'état, sans qu'on tînt compte des diplômes universitaires ; — mais l'introduction de ce privilège, malgré les conditions hybrides de son obtention, se rattachait à l'influence des idées françaises, dans un pays dont une moitié, à savoir les provinces rhénanes, était régie par les codes français, et où Frédéric II avait fait créer par des Français son Académie avec toute la vie scientifique. D'ailleurs il n'est plus aujourd'hui question de ce monopole, et si les médecins berlinois se plaignent, c'est précisément du contraire.

Ils ne possèdent même plus l'équivalent de la petite somme de garantie que le vieux *Medical Act* de 1858 avait donnée en Angleterre aux médecins enregistrés (Voir sur cette question *Gazette des hôpitaux*, année 1867, pp. 248, 257, 269, etc.).

En effet, ce *Medical Act* — si critiqué dès lors à cause de son insuffisance, mais dont le fond se maintient toujours dans ses renouvellements successifs — tout en permettant aux particuliers de se faire soigner, s'ils le voulaient, par un individu dépourvu de diplôme et n'ayant jamais étudié nulle part les sciences médicales, avait restreint le cercle d'action des médecins non qualifiés. Il leur interdisait, non seulement de demander contradictoirement des honoraires, de délivrer des certificats, de comparaître en justice à titre d'experts, etc., mais d'être médecins d'un hôpital privé, d'une maison de santé, *même gratuitement*, d'une société de bienfaisance ou de secours mutuels alors que tous les membres en auraient été unanimes pour le désirer.

Dans la loi allemande en vigueur, rien de pareil : et, quand on eut contraint les associations ouvrières à contracter en quelque sorte une assurance médicale, c'est-à-dire à s'entendre avec des médecins pour que, moyennant un traitement annuel, ils fussent à la disposition de leurs malades, ces associations, afin de payer moins, s'adressèrent en partie à de purs charlatans.

Il y eut même mieux encore. De hauts fonctionnaires du gouvernement désignèrent, par exemple à Chemnitz en Saxe, les premiers venus sans études spéciales et sans examens d'aucun genre pour exercer, à titre de médecins, des fonctions officielles : et les pouvoirs publics ratifièrent cette étrange nomination. M. le docteur Becher a pu citer, à Berlin même, le nom du charlatan le plus éhonté comme figurant

sur les annuaires sous le nom de *médecin directeur;* et il ajouta que tout barbier de la ville s'intitulait *chirurgien assistant.*

Inde iræ. Parmi les médecins berlinois, à cette occasion, quelques-uns demandèrent simplement une disposition analogue à celle du *Medical Act;* D'autres, comme les pétitionnaires de Dresde, voulaient qu'on allât plus loin et qu'on réprimât le charlatanisme par une loi formelle. Ce furent ces derniers qui l'emportèrent, mais à une très faible majorité.

II

En Amérique, la pratique de la médecine est réglée par chaque État particulier de la confédération, en ce qui le concerne. C'est ainsi que, dernièrement, l'association médicale de la Floride vient de discuter et d'adopter un projet de loi, qui doit être voté par la législature de ce pays, pour organiser le corps médical et mettre fin à la liberté illimitée de la pratique de l'art de guérir par les charlatans, sans études ni titres. Pour atteindre ce but, on commence généralement, aux États-Unis, par établir un conseil de santé d'État, chargé d'immatriculer les praticiens, en leur faisant au besoin subir les examens probatoires nécessaires pour constater leur compétence. Dans la Floride, les membres de ce conseil de santé d'État seront nommés pour quatre ans par le gouverneur et le sénat. Ils auront une situation tout à fait officielle. Le conseil, revêtant ses actes de son sceau, sera considéré comme une personne morale pouvant posséder des propriétés. Il aura le droit de faire des règlements relatifs à l'hygiène publique et d'établir des quarantaines si les circonstances l'exigent. En dessous de lui fonctionneront des conseils de comté, qui seront principalement chargés de recueillir les statistiques des naissances, des morts, des mariages, des maladies malignes, infectieuses, épidémiques et endémiques, et d'appliquer, dans le comté, les mesures d'hygiène qu'ils jugeront nécessaires. Toute cette organisation, imitée, d'ailleurs, de ce qui existe déjà dans un grand nombre d'États américains, ressemble singulièrement à celle que nous avons vu pratiquer en Égypte, en 1865, sauf qu'en Égypte chaque conseil de santé local était remplacé par un seul médecin officiel.

Dans la Floride, l'exercice de la médecine par un médecin non enregistré va constituer un délit passible d'une amende de 100 dollars et d'un emprisonnement de soixante jours.

III

En Angleterre, la lutte est vive entre le collège des apothicaires et le reste des médecins qualifiés.

Les médecins qualifiés sont ceux qui sont inscrits sur le *register,* parce qu'ils possèdent un titre donnant droit à cette inscription, soit comme membre d'une des corporations reconnues par la loi, soit comme diplômés d'un des corps enseignants approuvés à cet effet.

Or, en vertu du *Medical Act* en vigueur, aussi bien que de ceux qui l'avaient précédé, les membres de la corporation des *apothicaries* peuvent réclamer leur admission sur le *register* et, par conséquent, être qualifiés pour exercer la médecine.

Seulement, en maintenant aux corporations leurs vieux privilèges, on a établi un *general medical concil*, chargé de s'assurer si ces corporations imposent à leurs nouveaux membres, avant de les recevoir, des examens portant sur les diverses branches des connaissances nécessaires pour la profession qu'ils embrassent. Faute de quoi ce conseil a le droit, — sauf appel devant une juridiction suprême, — de rayer leurs noms du registre et de les disqualifier ainsi.

En ce qui touche les apothicaires, la question devient délicate, car, quoique pouvant pratiquer la chirurgie, aussi bien que les autres branches de l'art de guérir, ils ne sont pas considérés comme étant aptes à faire passer des examens de chirurgie, et on ne leur reconnaît même pas la compétence suffisante pour choisir les chirurgiens qui auraient à leur être adjoints pour les épreuves probatoires.

Il ne restait donc qu'un moyen pour les maintenir légitimement sur le registre, c'était de faire désigner officiellement, par le *general medical concil*, ceux qui seraient chargés de constater les études chirurgicales des *apothicaries.*

Ils l'ont demandé et l'obtiendront sans doute; mais, à cette occasion, il s'est produit contre eux, dans le sein du conseil et dans la presse médicale anglaise, toute une levée de boucliers.

Leurs adversaires ont invoqué l'exemple de la France; ils se sont étonnés qu'on permît la réunion, dans un même homme, de la profession libérale par excellence, celle du médecin, et de la situation commerciale d'un marchand, — non seulement de médicaments, mais d'objets de toilette, tels que cette eau de Cologne, dont un des membres du conseil apportait des échantillons achetés par lui, personnellement, chez des confrères *apothicaries.*

On voit combien, depuis vingt ans, l'état des esprits s'est modifié, en Angleterre, dans le sens des idées françaises. Il y a vingt ans, la grande masse des médecins anglais étaient ces *apothicaries* qu'on ne voudrait plus aujourd'hui garder dans le corps médical, et il ne s'agissait d'exclure que les charlatans proprement dits.

IV

Au Canada, ancienne colonie française, on s'est écarté des traditions de la mère patrie en ce que médecins et chirurgiens forment une seule corporation, un seul *college.* Mais ce collège a conservé les privilèges des corporations universitaires dont la Faculté de médecine de Paris était jadis un des types les plus parfaits. Cette corporation, dirigée par un doyen, — qui souvent faisait graver sa propre effigie sur les jetons échangeables à la caisse sociale contre monnaie courante, — et par un conseil de professeurs élus, avait directement le droit de poursuivre ceux qui faisaient acte de médecin, en dehors d'elle. Il en est de même au Canada, où le collège des médecins et chirurgiens, représenté par ses gouverneurs élus, vient d'obtenir un jugement contre un charlatan exerçant à Sainte-Julie de Sommerset et a fait payer, transactionnellement, par un autre, l'amende légale, ainsi que les frais encourus.

L'espace nous manquant aujourd'hui, nous remettons à un prochain article l'étude de la jurisprudence française la plus récente, en ce qui touche ces mêmes questions.

Dr V. Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Des paralysies amyotrophiques articulaires.

Avant d'exposer la théorie qui doit servir à faire comprendre le développement des paralysies amyotrophiques, de cause articulaire, je veux vous indiquer, sommairement,

quelques grands traits de l'histoire naturelle de ses effets. Ces faits seront pris successivement dans le domaine étiologique, dans la symptomatologie et dans l'anatomie pathologique. C'est alors, seulement, que je pourrai déterminer exactement les conditions du problème à résoudre.

Au point de vue étiologique, je me bornerai à citer non seulement les traumatismes articulaires, mais encore les affections spontanées, telles que le rhumatisme articulaire aigu, la goutte aiguë, qui peuvent être suivies de parésie, de paralysie amyotrophique. Celle-ci peut également se rencontrer dans la goutte chronique, dans le rhumatisme articulaire chronique, comme M. Debove en a rencontré un cas, où la paralysie atrophique avait frappé le triceps brachial. J'aurai d'ailleurs, dans un instant, l'occasion de vérifier les lois qui gouvernent les paralysies amyotrophiques articulaires, à propos de deux cas d'arthrite sèche de la hanche.

Ces arthrites sèches simulent quelquefois à s'y méprendre une névralgie sciatique, elles se présentent sournoisement et appartiennent au domaine neuro-pathologique. Connues depuis longtemps, elles ont été décrites, il y a une soixantaine d'années, par Adams et Smith, sous le nom de *morbus coxæ senilis*, bien qu'elles ne soient nullement une maladie spéciale à la vieillesse. Ce ne sont pas non plus des arthrites de nature tuberculeuse. Dans cette affection la fesse est atrophiée et déformée.

Les amyotrophies de cause articulaire présentent une symptomatologie qui leur est propre, elles ne sont pas caractérisées seulement par une atrophie musculaire, mais par une paralysie véritable, d'où le nom qui leur convient véritablement de paralysie amyotrophique. Tandis que l'on ne sait pas la date du début des coxalgies, on connaît facilement celle du début de ces paralysies amyotrophiques, reconnaissant pour point de départ un traumatisme, et évoluant avec une telle rapidité, que l'amyotrophie se déclare souvent au bout de quinze jours.

J'ajoute que la clinique permet de reconnaître la nature de ces atrophies musculaires, grâce à l'excitation électrique. Ce ne sont pas des atrophies dégénératives, mais une atrophie simple, c'est-à-dire avec affaiblissement des réactions électriques sans altération des nerfs musculaires, sans altération matérielle non plus de la moelle épinière, bien que celle-ci soit, en réalité, affectée, mais l'anatomie pathologique n'a pas décelé, jusqu'à présent, la lésion médullaire. En résumé, il s'agit, dans la grande majorité des cas, d'une lésion dynamique.

Des expériences ont été faites sur les animaux, dans le laboratoire de Vulpian, par M. Valtar, qui en a rendu compte dans sa thèse inaugurale, et son travail est le plus complet sur ce sujet. L'expérimentation lui a montré que, dans l'amyotrophie de cause articulaire, la pathologie animale était identique à la pathologie de l'homme. C'est ainsi que l'auteur a déterminé des arthrites du genre de celle qui nous occupe ici, soit par un traumatisme, soit par des injections irritantes, arthrites dont la conséquence a été une paralysie amyotrophique, paralysie se développant constamment du côté où la jointure avait été affectée et portant principalement sur les muscles extenseurs. L'atrophie a encore été rendue plus manifeste par la pesée comparative des mêmes muscles du côté sain et du côté malade; en effet, au bout de huit jours seulement ces derniers avaient perdu un cinquième de leur poids et près de 40 pour 100 au bout de quinze jours.

L'atrophie musculaire est donc constante, très rapide dans son évolution, avec prédilection pour les muscles extenseurs du membre atteint.

Les autopsies pratiquées chez les animaux mis en expérience, ont montré aussi qu'il s'agissait d'une atrophie simple sans prolifération aucune et sans aucune trace de myosite, quoiqu'on l'ait quelquefois prétendu à tort, sans aucune altération des nerfs moteurs, ni des nerfs sensitifs, ni de la moelle épinière.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ces paralysies amyotrophiques, mais leur interprétation n'est pas toujours facile.

Tout d'abord, je dirai que l'on est en présence d'une affection spinale avec un élément amyotrophique et un élément spasmodique.

On a dit que tout repos au lit, pendant un certain temps, entraînait une atrophie du membre, dont les malades ne se servaient pas. Le fait n'est pas exact, à moins qu'il ne s'agisse d'un repos extrêmement prolongé. Or, le fait ne serait pas applicable dans la maladie qui nous occupe puisque, ici, l'atrophie existe déjà à un certain degré au bout de sept à huit jours, et qu'elle est déjà prononcée au bout de quinze jours; donc la théorie du repos au lit est fausse ici.

Il en est de même de la théorie mécanique qui invoque l'influence de la jointure, la compression des muscles par le gonflement articulaire.

Fausse aussi est la théorie reposant sur une myosite propagée, qui a été soutenue par M. Sabouret dans sa thèse inaugurale, thèse d'ailleurs très bien faite, mais dans laquelle l'interprétation des faits n'est pas exacte, car il n'y a pas de myosite; de plus l'atrophie se produit en même temps dans tout l'ensemble du muscle et non pas peu à peu, d'un point à un autre, par propagation, soit de bas en haut, soit de haut en bas; enfin il n'y a pas de névrite.

En somme, la seule théorie vraie — elle est aussi la plus ancienne — est celle de Hunter, qui reconnaissait là une affection sympathique, c'est-à-dire une paralysie atrophique par action réflexe. C'est également l'opinion soutenue par Paget, par Duchenne de Boulogne, par Vulpian. Il s'agit d'une affection spinale.

Les deux malades, que je vais vous montrer, sont atteints du *morbus coxæ senilis*. Le premier a été pris tout d'abord pour un individu porteur d'une sciatique. D'ailleurs le diagnostic, chez lui, était difficile. Ce n'est point la coxalgie vulgaire des jeunes sujets, mais la coxalgie des adultes et de l'âge mûr caractérisée par une usure de la tête de l'os et des bourrelets osseux, entraînant un raccourcissement du membre. Et si j'insiste sur cette arthrite de la hanche, c'est non seulement pour vérifier les lois émises à propos d'autres jointures, mais aussi parce qu'un certain nombre de ces cas ont été méconnus dans la pratique usuelle et pris pour des sciatiques graves.

Jusqu'en 1720, on lui avait donné le nom d'*ischias arthritica*, maladie de la hanche, qu'il ne faut pas confondre avec l'*ischias nervosa postica* ou sciatique.

Cette arthrite sèche est une affection bénigne dans laquelle, comme je viens de le dire, la tête du fémur s'use au point de revêtir l'aspect d'un champignon, avec ses stalactites osseuses formant bourrelet; il n'y a pas tassement de l'os mais usure, et par suite raccourcissement réel du membre, ce que l'on n'observe pas dans la sciatique.

Les malades atteints de ces arthrites sèches boitent; il est vrai qu'ils boitent aussi dans la sciatique grave. Il y a

quinze ans, que l'un de ceux que j'ai fait venir devant vous, — un homme de quarante-six ans, ancien zouave — souffre de sa hanche avec, de temps à autre, des exacerbations et des rémissions, une atrophie du membre malade, atrophie que l'on rencontre parfois dans la sciatique invétérée. Chez lui nous observons des points douloureux analogues à ceux de la sciatique, mais, caractère différentiel, dans l'arthrite sèche de la hanche, si l'on regarde par derrière le malade mis préalablement à nu, on remarque que la fesse droite, c'est-à-dire du côté du membre malade, est atrophiée considérablement, qu'elle est aussi, comparée avec celle du côté opposé, modifiée dans sa forme. Elle est aplatie; le sillon fessier est situé plus bas, la fosse post-trochantérienne est effacée; tous phénomènes que l'on n'observe pas dans la sciatique.

Cette idée d'examiner la fesse de ces malades m'est venue il y a deux ans, dans un cas de coxalgie hystérique, et elle est un élément précieux de diagnostic.

Ces modifications de forme que l'on observe dans le *morbus coxæ senilis*, on peut les obtenir passagèrement, chez des sujets parfaitement bien portants; il suffit pour cela de les faire se tenir debout, l'une des deux jambes avancée en avant et le talon élevé, et le pied reposant sur le sol par la pointe.

Chez notre malade, on constate une douleur du genou comme dans la sciatique, mais ce qui distingue le *morbus coxæ senilis* de celle-ci, c'est qu'il n'y a pas de point douloureux qu'en dehors du genou, il en existe aussi en dedans. Enfin, si, chez un malade atteint de sciatique, on vient à frapper d'un coup sur le grand trochanter ou le talon, le choc ne détermine aucune souffrance, tandis qu'il est parfaitement douloureux dans l'arthrite sèche; enfin, des mouvements de torsion imprimés au membre, dans le cas d'arthrite de la hanche, déterminent de vives douleurs.

En somme, donc, il ne s'agit pas chez cet homme de sciatique, mais bien de coxalgie sèche, de *morbus coxæ senilis*, avec raccourcissement du membre, enfin le talon ne porte pas sur le sol par suite de l'usure de la tête fémorale et aussi par suite d'une élévation instinctive de la crête iliaque, qui se rapproche des dernières côtes. De là une démarche spéciale des malades.

Un autre signe important à connaître, c'est l'attitude du malade plus ou moins fortement penché latéralement, de façon que le poids du corps porte sur le côté sain; si le malade se sert d'une canne, pour marcher, il la tiendra avec la main du côté malade.

Le second malade descendu à l'amphithéâtre est un ancien douanier, qui pendant de longues années a dû, par sa profession même, passer une grande partie de ses nuits au bord de la mer. Depuis quinze ans, il est atteint de l'affection qui nous occupe, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation de son état. Chez lui c'est la hanche gauche qui est prise; mais les phénomènes sont les mêmes que chez l'autre malade.

Je dois ajouter, en passant, que, dans certains cas, l'arthrite sèche se complique de sciatique.

Comme terme de comparaison, je vous montrerai un troisième malade, atteint de sciatique ancienne seule. Ici, l'attitude est spéciale, le tronc s'incline latéralement et se trouve très éloigné de la ligne verticale, l'épaule du côté sain est plus élevée que celle du côté malade. Cet homme est tombé malade, il y a quatre mois environ, après avoir travaillé pendant longtemps dans un endroit humide. Lorsque, pour marcher, il prend une canne, il ne la tient pas, comme nos arthritiques, de la main du côté malade, mais de celle du côté sain. De plus, chez lui, on n'observe pas d'élévation du talon, car il marche, au contraire, sur son talon et non pas sur la pointe du pied; enfin la jambe est un peu fléchie, parce que le bassin est abaissé au lieu de s'élever comme dans l'arthrite sèche, de là non plus un raccourcissement, mais *une apparence* de longueur plus grande du membre. Enfin, les chocs sur le talon et sur le grand trochanter ne déterminent aucune douleur dans la hanche, et l'on ne trouve pas de points douloureux en dedans du genou.

Tels sont les caractères qui permettent de séparer la sciatique de l'arthrite sèche de la hanche. La distinction est d'autant plus importante à faire, que, si la sciatique peut guérir, le *morbus coxæ senilis* est une affection incurable, susceptible seulement d'être amendée.

CALCUL VÉSICAL INSAISISSABLE

TAILLE HYPOGASTRIQUE; FISTULE CONSÉCUTIVE AYANT PERSISTÉ PLUS D'UNE ANNÉE; GUÉRISON.

Par M. le docteur Henri PICARD.

Vers le commencement de décembre 1885, je suis appelé auprès du nommé T..., monteur en bronze, âgé de soixante-cinq ans, auquel j'ai déjà pratiqué trois lithotrities très difficiles. Cette fois, le calcul ne pouvant être saisi, je me vois dans la nécessité d'annoncer au malade et à sa famille qu'il ne me reste que la taille comme ressource.

Cette opération est, d'ailleurs, acceptée sans difficulté par le malade et par sa femme, qui prétend lire, dans la main de son mari, une guérison certaine.

Ma confiance, à vrai dire, est loin d'être aussi ferme; car l'état général de cet homme, déjà mauvais, a beaucoup empiré à la suite de mes tentatives de lithotritie : pouls fréquent, température 38 degrés, appétit nul, prostration extrême. Les urines, de leur côté, sentent mauvais; et, si elles ne sont pas pâles ni trop abondantes (1 500 grammes), elles abandonnent un dépôt visqueux assez épais. Du reste, pas de sucre, pas d'albumine. Du côté des reins, il n'y a pas de douleur, et ces organes ne semblent pas augmentés de volume.

Au point de vue opératoire, trois difficultés très sérieuses me paraissent devoir compliquer la taille hypogastrique que je me propose de pratiquer : 1° la susceptibilité de la vessie, qui n'admet pas la plus petite quantité de liquide; 2° l'embonpoint excessif du malade, dont le ventre retombe, comme une besace, sur le pubis, en formant un sillon profond s'étendant d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre; 3° une hernie inguinale gauche, presque aussi grosse que le poing.

Il y a donc là comme un cercle vicieux : d'une part, un ventre qu'il est absolument nécessaire de dilater et une vessie impuissante à le soulever, puisqu'elle ne tolère pas la plus petite quantité de liquide. Enfin une inconnue, la hernie.

L'opération est néanmoins pratiquée, le 23 décembre, en présence et avec l'aide de mes excellents amis les docteurs Bonnet et Boulanger (de Bois-de-Colombes) et de M. Favardin, alors étudiant, aujourd'hui médecin au Donjon (Allier). Le malade étant placé sur le lit à ovariotomie de Péan et profondément endormi, la vessie admet 450 grammes d'eau, avec la plus grande facilité. D'un autre côté, le ballon de Petersen étant développé à 600 grammes, le ventre se déplisse et se détend si bien que le sillon se transforme en raie insignifiante et que la vessie, découverte, se présente au travers de l'incision comme la tête d'un fœtus à terme. Mais, incident à noter, en pénétrant dans sa paroi, mon bistouri ouvre un abcès dont le contenu peut être évalué à 50 grammes.

Quant à la hernie, je n'en parle pas, car elle ne gêne en rien l'opération.

Le calcul, gros comme un œuf de moyen volume, est entièrement formé de phosphate de chaux très friable. Il repose immédiatement en arrière et sur le côté droit du col, dans une sorte de loge dont la disposition explique très bien la difficulté de la préhension. En effet, la prostate forme, en arrière de l'orifice uréthro-vésical, trois tumeurs sessiles volumineuses : une, médiane, plus grosse; une, à gauche, moyenne; une, à droite, plus petite. C'est entre elle et la paroi latérale droite que le calcul se trouve contenu, et, si je n'ai pu le saisir, c'est d'abord parce qu'il est immobilisé dans cette loge, et ensuite parce que le lobe médian, surélevé, empêche, en les maintenant trop haut, les mors du lithotriteur d'arriver jusqu'à lui.

En plus de ce calcul, on trouve, du haut en bas de la paroi latérale droite de la vessie, une foule de petits grains de même nature. Ceux-ci adhèrent à autant de villosités très douces qui parsèment cette paroi et dont la disposition indique parfaitement le mode de formation des incrustations vésicales. Au niveau des villosités, les vaisseaux desquamés laissent exsuder leur contenu alcalin qui, se trouvant directement alors au contact de l'urine, neutralise son acidité. Or, les phosphates, n'étant maintenus dans ce liquide que par ses acides, se déposent, en s'y combinant, pour ainsi dire, sur les villosités auxquelles ils adhèrent intimement. Que la présence d'une bactérie soit nécessaire à cette alcalinisation, je ne le nie point, bien que les vieilles théories chimiques suffisent à l'expliquer.

Quoi qu'il en soit, la vessie étant parfaitement débarrassée au moyen d'injections multipliées d'acide borique, nous terminons sa toilette par un lavage phéniqué au cinquantième, et celle de la plaie extérieure par une solution de même nature, au vingtième. Fixation des tubes de Périer, ligature en masse de la paroi.

Tout, malgré la persistance de la fièvre, marche régulièrement pendant trois jours; le malade est entièrement débarrassé de ses souffrances. Malheureusement, à ce moment, la douleur reparaît si intense, que j'en suis à me demander si quelque fragment a été laissé, par mégarde, dans la vessie; mais il n'en est rien. Les tubes me paraissent la cause du mal, parce que, probablement, leurs extrémités frottent sur le bas-fond vésical; j'espère, en les soulevant, procurer quelque soulagement à mon malade; et, n'y ayant pas réussi, je les retire complètement. Dès lors la douleur s'apaise. Mais un autre obstacle se présente : le canal est tellement sensible qu'aucune des sondes placées à demeure ne peut être supportée. J'en suis donc réduit à laisser mon malade uriner par la plaie et à absorber le liquide qui en sort avec de l'ouate hydrophile. En dépit de toutes les précautions, celui-ci coule partout, macère la peau des fesses et y forme des escharres, nouvelle cause de tourment pour le patient. En outre, au bout de huit jours, les sutures enlevées, ne maintenant plus la plaie continuellement baignée par l'urine, il y a, à son angle supérieur, une désunion qui persiste pendant trois semaines. D'un autre côté, l'orifice de la plaie, occupé par les tubes de Périer, n'ayant aucune tendance à se combler, semble comme une sorte de puits, profond de 6 centimètres et large de 3, qui plonge jusqu'à la vessie et n'est pas sans me causer de vives appréhensions.

Aussi, cinq semaines après l'opération, je traverse profondément les deux bords opposés par deux points de suture en fils d'argent fin, que je serre fortement, après avoir placé une sonde à demeure, qui peut être actuellement supportée.

Huit jours ne s'étaient point écoulés qu'un nouvel obstacle vint encore entraver la guérison. Le malade a été pris subitement de douleurs excessivement violentes dans le bas-fond vésical et le fondement, douleurs d'une intensité si grande qu'il ne peut plus, encore une fois, supporter la sonde à demeure et qu'il pousse, la nuit surtout, des gémissements tels qu'ils réveillent les voisins et que le propriétaire signifie qu'il faudra transporter le malade ailleurs, si les choses continuent. Contre ces douleurs, que j'attribue à de la congestion prostatique, rien ne me réussit, si ce n'est la glace introduite continuellement, pendant plusieurs jours, dans le rectum, sous forme de suppositoires. Enfin, au bout de trois semaines, le calme est revenu.

Cependant, il y a deux mois que l'opération est faite; le malade peut bien se lever, se promener dans sa chambre, mais s'asseoir est difficile. Sa plaie, d'autre part, est toujours béante, et j'y introduis facilement le petit doigt, qui disparaît tout entier.

Pour en rapprocher les bords, j'essaye tous les moyens; car depuis longtemps, bien entendu, j'ai enlevé mes fils d'argent, qui n'ont servi qu'à couper un peu les tissus. Ce sont, d'abord, des bandes de tarlatane fixées avec du collodion, puis rapprochées avec des agrafes et enfin avec des fils de caoutchouc, le ventre étant, d'autre part, soutenu par de larges bandelettes de sparadrap.

Au bout de quatre mois, un progrès considérable s'était néanmoins accompli. Il ne restait plus, en effet, qu'un orifice laissant pénétrer jusqu'à la vessie une sonde cannelée ordinaire. Malheureusement, par cet orifice, l'urine s'échappait à peu près complètement chaque fois que le malade voulait uriner. Voici alors comment les choses se passaient. Le besoin de la miction se faisant sentir, le malade, dont la vessie ne se vidait depuis longtemps qu'avec la sonde, s'efforçait d'introduire cet instrument; mais, avant qu'il n'eût atteint le col, l'urine coulait par la fistule. C'est que, probablement, sous l'influence de l'effort, les tumeurs prostatiques venaient boucher l'orifice uréthro-vésical et que, dès lors, l'urine n'avait plus d'issue que par la fistule.

Contre celle-ci, j'employai de nouveau tous les moyens usités en pareil cas : pansement au styrax, injections irritantes, cautérisations au Paquelin, drain. Enfin, de guerre las, je laissai mon malade de côté, attendant du temps ce que les moyens chirurgicaux n'avaient pu obtenir.

Pendant les six derniers mois de 1886, ce malheureux eut, au niveau de sa fistule, plusieurs poussées d'abcès, dont la dernière vers la fin de décembre. Celle-ci, plus violente que les autres, se termina, du reste, de la même façon, par l'ouverture des abcès. Mais, résultat aussi heureux qu'inespéré, la cicatrisation en fut parfaite, et, à partir du 6 janvier de cette année, un peu plus d'un an après l'opération, pas une goutte d'urine n'est sortie par la fistule, qui se trouve définitivement fermée.

J'allais oublier une circonstance très importante. Un jour, alors que la fistule en était réduite à n'admettre qu'une sonde cannelée de trousse, je suis appelé par la femme de mon malade, qui, en le sondant, a cru sentir la sonde frotter sur un gravier. Je cherche moi-même, sans rien percevoir; mais, pour plus de sûreté, j'envoie coup sur coup dans la vessie plusieurs injections de 250 grammes chacune, et j'ai le bonheur de ramener, au travers d'une sonde nº 28, à aspiration, pour la lithotritie, un bouchon muqueux gros comme le pouce, parsemé çà et là d'une foule de grains phosphatiques; bouchon et grains provenant certainement de la cicatrice, et qui, non moins certainement, eussent reformé une ou plusieurs pierres, sans leur heureuse sortie.

En résumé, calcul vésical insaisissable, taille hypogastrique sur un homme de soixante-cinq ans, dans un état grave et présentant plusieurs difficultés sérieuses : embonpoint excessif, vessie d'une sensibilité extrême, hernie inguinale. Malgré ces obstacles, opération facile, mais se compliquant de l'ouverture d'un abcès de la paroi vésicale. Enfin, et c'est là le point le plus remarquable de cette observation, lenteur extrême de la cicatrisation, qui maintient une fistule dont l'oblitération s'effectue spontanément, plus d'une année après l'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

De la cirrhose aiguë. — M. DEBOVE communique un cas de cirrhose anomale, qu'il appelle cirrhose aiguë du foie.

Il s'agit d'une malade de trente-quatre ans, nullement alcoolique, par contre syphilitique depuis trois ans.

Depuis trois mois, elle se plaignait de fatigues, de malaises, de douleurs en ceinture, sans qu'il fût possible au médecin traitant d'incriminer aucun organe, si ce n'est dans les derniers jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital, où apparurent de l'ictère et des signes d'une affection du foie.

Le jour de l'entrée, 10 février, on constate que cet ictère est intense, que le foie, tuméfié, déborde de cinq travers de doigt les fausses côtes. L'ascite est, si elle existe, bien peu prononcée. La température est de 38 degrés le matin, avec légère exacerbation vespérale. Notons encore une insomnie opiniâtre et des douleurs vagues dans les membres. L'iodure de potassium est prescrit à la dose de 3 grammes, à cause des antécédents syphilitiques.

Les jours suivants, l'ictère augmenta, il survint de la diarrhée, le volume du foie s'accrut, puis survinrent des épistaxis, quelques ecchymoses sous-cutanées. L'intelligence s'obscurcit, les rêvasseries nocturnes faisaient place à un état semi-comateux. Les masses musculaires des membres s'atrophièrent. A partir du 4 mars, le foie, primitivement tuméfié, diminue de volume, pour atteindre le bord des fausses côtes au moment de la mort. Pendant tout ce temps, la fièvre suivit une marche à peu près régulière, la température s'élevant à 38 degrés le matin, à 39 le soir.

Les urines, peu abondantes, étaient difficiles à recueillir.

Les accidents comateux allèrent s'accentuant, et, le 28 mars, la malade s'éteignit au milieu des signes d'un état adynamique des plus accentués.

Les symptômes peuvent donc être ainsi résumés : la fièvre, l'ictère, les hémorrhagies, la tuméfaction du foie, la diarrhée, sont des signes caractérisant un syndrome commun à plusieurs maladies du foie ; c'est l'ictère grave. Mais ce qui déroute ici le clinicien, c'est l'existence d'une tuméfaction considérable du foie, suivie ultérieurement d'une rétraction de l'organe. Jusque-là, nous n'avions pas fait de diagnostic, nous allons voir si l'examen nécroscopique permettra d'être plus affirmatif et de rattacher le cas observé à une des espèces pathologiques connues.

A l'autopsie on trouve : Un peu d'épanchement ascitique. Le foie déborde très légèrement les fausses côtes, il pèse 1735 grammes, il ne présente aucune trace de périhépatite. La surface est absolument granuleuse. La couleur de l'organe est d'un jaune difficile à décrire qui tient à la fois à l'ictère et à l'altération graisseuse. Le parenchyme est dur, difficile à déchirer et présente dans son épaisseur les mêmes granulations qu'à la surface. La vésicule biliaire contenait une petite quantité de bile brune, il n'y avait pas de calcul biliaire et le canal cholédoque était perméable.

En résumé, l'impression produite par l'examen macroscopique du foie était qu'il s'agissait d'une cirrhose avec altération probablement considérable des cellules hépatiques.

L'examen histologique montra une cirrhose lobulaire entourant d'une bande conjonctive épaisse chaque lobule et contenant dans son épaisseur un nombre assez considérable de cellules embryonnaires indiquant qu'il s'agit ici d'un processus aigu ou au moins subaigu. Ce tissu conjonctif est si développé qu'il l'emporte sur le tissu hépatique proprement dit.

Un examen attentif fait reconnaître que la cirrhose n'est pas seulement périlobulaire, qu'elle existe également autour des veines sus-hépatiques et qu'elle s'étend des veines sus-hépatiques aux veines portes, dissociant à peu près toutes les cellules hépatiques. En un mot, examinant les coupes à un faible grossissement, on dirait que la cirrhose est périlobulaire ; à un fort grossissement elle paraît monocellulaire.

Les lobules hépatiques ont un volume variable suivant leur degré d'atrophie. Leurs éléments sont profondément altérés et le degré de l'altération varie beaucoup d'un lobule à l'autre, d'une cellule à l'autre.

Connaissant maintenant l'histoire clinique de la maladie et ses lésions anatomiques, si nous nous rappelons les principaux types connus, nous verrons qu'aucun d'eux ne correspond exactement à ce qui vient d'être décrit.

Un dernier mot touchant l'étiologie : nous avons déjà dit que l'alcoolisme ne pouvait être incriminé. Il en est de même de la syphilis, malgré les antécédents. En effet, nous serions obligés d'admettre une syphilis ayant produit des lésions diffuses absolument limitées au foie. Cela est tellement improbable qu'il nous paraît bien préférable d'avouer que l'affection s'est développée sous l'influence de causes qui nous ont échappé. Notons l'inutilité du traitement spécifique.

En résumé, nous avons observé un cas d'hépatite, caractérisé cliniquement par une tuméfaction, puis une rétraction de l'organe, et, anatomiquement, par une sorte de sclérose périlobulaire et intralobulaire, par une altération graisseuse d'une partie des cellules hépatiques. Cette variété ne peut être directement rattachée aux diverses variétés d'affections du foie décrites dans nos ouvrages classiques.

Sciatique fruste. — M. BALLET lit l'observation d'un homme atteint au côté droit de ce qu'il désigne sous le nom de sciatique fruste.

Ce qui caractérise cette affection, c'est que les signes classiques de la sciatique sont réduits au minimum et qu'à eux seuls ils sont incapables de faire poser le diagnostic.

Ainsi, chez le malade dont il s'agit, on ne constatait au moment des attaques qu'une douleur profonde à la pression, au niveau de la région fessière, et des fourmillements dans le pied. Par contre, ce malade avait une attitude caractéristique qui suffit à faire le diagnostic.

Le tronc, dans son ensemble, est incliné vers la gauche; l'épaule gauche est plus basse que la droite. Le bassin est saillant à droite ; à gauche, au contraire le tronc et l'os iliaque forment un angle très accusé, ouvert en dehors. La verticale partant de l'occiput, au lieu de tomber sur les apophyses épineuses sacrées, croise la fesse gauche à 7 ou 8 cent. du milieu du sacrum. Le centre de gravité se trouve dès lors déjeté fortement vers la gauche. Aussi le malade est-il obligé de faire des efforts pour se maintenir dans la station debout : les muscles des gouttières vertébrales du côté droit sont plus saillants et plus durs qu'à gauche. Ils sont manifestement contractés. Il en est de même des muscles de la paroi abdominale droite.

Ce qui permet de dire qu'il s'agit bien d'une sciatique, c'est d'abord que cette attitude caractéristique a été constatée par M. Charcot sur des malades chez lesquels le diagnostic de sciatique n'était pas douteux. En outre le traitement par les pulvérisations au chlorure de méthyle ont amené la disparition des accidents.

Grippe ; pleurésie purulente. — M. GAUCHER communique deux observations de pleurésies purulentes survenues dans le cours de la grippe.

La séance est levée.

Dans l'article « Les rougeoles et les pseudo-suettes à Poitiers », que nous avons publié dans notre numéro du 9 juillet, on a omis le nom de l'auteur, M. le docteur Roland, professeur à l'École de médecine de cette ville.

Nous réparons aujourd'hui cette involontaire omission.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 juillet 1887, M. le docteur Le Roy des Barres, chirurgien résident de la maison d'éducation de Saint-Denis, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décrets, en date des 8 et 9 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Sallebert, Pierron et Birolleau, aides-médecins, docteurs en médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat médical s'est terminé, vendredi 8 juillet 1887, par la nomination de MM. Durand-Fardel et Martinet.

Le concours du clinicat des maladies nerveuses s'est terminé vendredi également par la nomination de M. Gilles de la Tourette.

— Le concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques a commencé aujourd'hui lundi 11 juillet 1887, à midi et demi. La première épreuve est une composition écrite.

— Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de MM. Princeteau et Phélipot.

— M. le docteur R. Berland vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Poitiers.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21427

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A l'Académie se pressait une foule compacte, attirée par une nouvelle discussion sur la méthode préventive de M. Pasteur. Cette foule devint silencieuse, attentive, quand on aborda la question de la rage. Mais jusque-là elle était houleuse : et ce fut à grand'peine que M. Mesnet, qui lit très bien, d'une voix chaude et sonore, put faire entendre le très curieux récit d'un accouchement effectué durant l'état de somnambulisme. Et pourtant cette observation, recueillie avec soin, mérite de fixer l'attention. Elle prouve effectivement que la passivité, la suggestionnabilité, l'aptitude à mettre les impressions fausses qu'on vous persuade d'éprouver à la place des impressions vraies, cessent quand ces impressions vraies, physiques ou morales, deviennent trop intenses, quand ce sont les dernières douleurs de la parturition ou le désir passionné de l'accouchée qui veut savoir quel est le sexe de son enfant. Tout se passe alors exactement chez la femme qu'on a endormie comme si elle était à son état normal, sauf qu'elle garde les yeux fermés jusqu'à ce qu'on la réveille et qu'elle répète alors les questions déjà faites, n'ayant aucun souvenir de ce qui lui est arrivé et de ce qu'on a pu lui dire pendant qu'elle était en somnambulisme.

Nous donnons plus loin le résumé des quatre discours prononcés sur le traitement de la rage. A M. Peter qui, atteint de laryngite, parlait cette fois difficilement et très bas, ont successivement répondu MM. Brouardel, Villemin et Charcot. Le public se trouvait divisé en deux camps qui, tour à tour, manifestèrent leurs sympathies par des applaudissements prolongés. La séance ne s'est terminée que bien après l'heure réglementaire.

REVUE GÉNÉRALE

De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule.

Par M. le docteur Francis VILLAR, aide d'anatomie à la Faculté.

I

La luxation sous-glénoïdienne comporte un historique spécial, vu les nombreuses discussions auxquelles elle a donné lieu. Tour à tour, niée par les uns, admise par d'autres, elle est définitivement entrée aujourd'hui dans le cadre des luxations scapulo-humérales.

Jusqu'à Jean-Louis Petit, les auteurs signalent la luxation de l'humérus en bas, mais cette désignation est peu précise et s'applique à des variétés différentes de déplacements.

J.-L. Petit, le premier, assigna à la luxation sous-glénoïdienne une place spéciale dans la classification des luxations de l'épaule. « Le bras, dit-il, peut être luxé directement en bas, sur la côte inférieure de l'omoplate, ou en dedans, ou en dehors de cette côte, ou bien en devant, sous le grand pectoral, entre l'apophyse coracoïde et la clavicule. »

Tout en admettant cette variété de luxation, il la considère comme rare, tant parce que le muscle long extenseur de l'avant-bras s'y oppose, que parce qu'il est très difficile que la tête demeure longtemps sur la côte inférieure de l'omoplate qui ne lui présente pas assez de surface pour lui fournir un point d'appui fixe.

Il arrive donc, dit-il, que si la luxation n'est pas réduite sur-le-champ, la tête humérale se jette au moindre mouvement ou en dehors ou en dedans de l'omoplate, mais presque toujours en dedans parce que les muscles qui tirent la tête de ce côté sont en plus grand nombre et plus forts que ceux qui pourraient la tirer du côté opposé, et que le creux de l'aisselle est rempli de graisse, de glandes et de vaisseaux qui cèdent facilement à la tête de l'os.

Desault partage l'opinion de J.-L. Petit, sur l'instabilité de la luxation sous-glénoïdienne, mais il la considère comme très fréquente. Pour lui, les luxations de l'épaule comprennent deux catégories bien distinctes : les primitives et les consécutives, et la luxation en bas occuperait la première place dans le groupe des primitives ; si l'on n'a pas souvent l'occasion de l'observer, c'est parce qu'elle se transforme avec une très grande facilité en une luxation en dedans : de primitive qu'elle était, elle devient consécutive.

L'opinion de Desault, acceptée et soutenue par Boyer, jouit longtemps d'une grande vogue.

En 1836, Malgaigne la combattit énergiquement dans un mémoire présenté à l'Académie royale de médecine. Dans ce mémoire Malgaigne chercha à démontrer que la luxation en bas est presque impossible à produire, et cela pour deux raisons : 1° résistance énorme et toute particulière de la portion inférieure de la capsule ; 2° disposition de la longue portion du triceps.

Il soutint, en outre, que la luxation en dedans ou sous-

coracoïdienne n'est jamais une luxation primitive en bas avant de devenir consécutive en dedans.

Velpeau alla plus loin : il déclara que la luxation en bas, celle dans laquelle la tête vient se placer au-dessous de la cavité glénoïde, était absolument impossible.

Que fallait-il donc penser en présence de ces assertions contradictoires ?

Ce fut alors qu'on s'adressa à l'expérimentation cadavérique. Malle et Goyrand d'Aix firent à ce propos des recherches du plus haut intérêt.

Ce fut Goyrand, qui, le premier, donna à la luxation en bas le nom de luxation sous-glénoïdienne, nom sous lequel on la désigne aujourd'hui ; dans son mémoire, Goyrand insiste sur l'existence réelle de cette luxation, et soutient que l'humérus peut se luxer directement en bas.

En 1871, parut l'excellent article du professeur Panas ; celui-ci, par de nombreuses expériences faites à l'École pratique, confirma les idées de Goyrand, et, le premier, divisa la luxation sous-glénoïdienne en deux variétés, la variété scapulaire et la variété costale.

Hamilton consacre un long chapitre à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne ; mais le chirurgien de New-York semble confondre cette variété de luxation avec les autres luxations dites dans l'aisselle. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Signalons enfin un travail de Th. Crinescu, de Bucharest (1884), dont une partie est consacrée à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne, et la thèse de notre ami Dasque où la question est fort bien résumée.

Il nous faut maintenant discuter son degré de fréquence. Il existe à cet égard deux opinions diamétralement opposées et constituant deux écoles bien distinctes, l'école américaine et l'école française.

Pour celle-ci la luxation sous-glénoïdienne est rare ; Malgaigne, disent nos auteurs, n'a pu en réunir que douze observations.

Hamilton, le représentant de l'école américaine, pense, au contraire, qu'elle est extrêmement fréquente et en fait le type des autres luxations de l'épaule. D'après sa statistique civile et hospitalière, il aurait observé quarante et un cas de luxation sous-glénoïdienne et trente-trois cas seulement de luxation sous-coracoïdienne ; ce qui s'explique aisément, dit le chirurgien américain, puisque dans toute luxation scapulo-humérale, la tête de l'humérus, pour s'échapper de sa cavité articulaire, doit se porter plus ou moins en bas.

Quoi qu'il en soit, il y a là une confusion évidente, et il est difficile d'admettre que cette variété de luxation soit regardée comme rare par Malgaigne, et comme très fréquente par Hamilton.

Dasque cherche à fournir l'explication de ce désaccord, et voici comment il s'exprime :

« Dans la luxation sous-coracoïdienne, la tête humérale est placée directement au-dessous de l'apophyse coracoïde, contre laquelle elle vient buter.

Dans la luxation sous-glénoïdienne, la tête de l'humérus est située immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde, et repose soit par son col anatomique, soit par sa grosse tubérosité, sur le bord inférieur de cette cavité.

Mais ce sont là les cas types, chacun dans leur genre, des luxations que nous appellerons extrêmes ; car entre l'apophyse coracoïde d'une part, et d'autre part le bord inférieur de la cavité articulaire, il y a une distance de trois centimètres environ, qui est représentée par le bord antérieur de cette cavité. Or, il n'est pas un seul point de ce bord antérieur, auquel ne puisse venir correspondre la partie supérieure de la tête de l'humérus luxé. Il ne faut pas se dissimuler, disent Follin et Duplay, qu'à l'épaule plus encore que pour toute autre articulation, les déplacements sont pour ainsi dire innombrables, et que la tête humérale, en abandonnant la cavité glénoïde, peut se porter à peu près dans toutes les directions.

C'est ni plus ni moins une question de déchirure capsulaire. Que ce manchon fibreux se déchire en bas seulement, on aura une luxation sous-glénoïdienne type, variété scapulaire. Qu'il cède en même temps sur une partie de son bord antérieur, on sera en présence de la variété costale ; que la violence enfin continue et déchire une portion de la capsule, qui, dans le cas précédent, faisait obstacle à l'ascension de la tête, et on aura affaire à une luxation qui n'est plus la sous-glénoïdienne et qui n'est pas encore la sous-coracoïdienne. Entre ces dernières variétés, il y a, par conséquent, place pour toute une série de déplacements intermédiaires. La symptomatologie de ce groupe procédera de celle des sous-glénoïdienne et sous-coracoïdienne, ne sera même qu'une transition entre ces deux dernières, les signes perdant de leur exagération, de leur intensité, si j'ose ainsi dire, à mesure que la tête de l'humérus, partie du bord inférieur, remonte le long du bord antérieur de la cavité glénoïde, pour aboutir et s'arrêter à l'apophyse coracoïde.

Et suivant qu'obéissant à des idées théoriques différentes, on range ces cas multiples dans la variété sous-coracoïdienne ou dans la variété sous-glénoïdienne, on arrive à des statistiques et des conclusions tout opposées, sur la fréquence ou la rareté des unes et des autres.

C'est ce que nous voyons dans l'espèce. Hamilton s'est placé au point de vue de la physiologie pathologique, et constatant que l'humérus, pour sortir de la cavité articulaire, doit toujours, au préalable, subir un certain abaissement, afin d'éluder les obstacles qui l'entourent, il a fait de la luxation en bas le type de toutes les autres, et toutes celles qui ne se distinguaient pas essentiellement par quelque signe propre ou quelque caractère spécial, il les a classées dans cette variété.

Nos auteurs, au contraire, d'un point de vue clinique, ont choisi l'apophyse coracoïde comme point de repère facilement appréciable dans la pratique, et ont appelé sous-coracoïdien ce qu'Hamilton nomme sous-glénoïdien.

Telle est l'origine du désaccord entre les doctrines que nous étudions. »

Après tout ce débat et en tenant compte des expériences cadavériques et des observations cliniques, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : 1° la luxation sous-glénoïdienne existe réellement ; 2° elle est rare relativement aux luxations antéro-internes. Néanmoins il faut ajouter qu'elle n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement ; nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas dans le service de M. le professeur Richet, et trois autres cas très nets dans l'espace d'un an dans le service de M. le professeur Le Fort.

La facilité extrême avec laquelle la luxation sous-glénoïdienne se réduit le plus souvent, ce qui, par suite, n'oblige pas toujours les malades à aller à l'hôpital, expliquerait peut-être comment certains chirurgiens n'ont pu observer que quelques rares cas de cette variété de luxation.

II

Deux opinions sont en présence relativement à l'étiologie de la luxation sous-glénoïdienne.

Pour Hamilton, la cause la plus fréquente de cette luxation serait un coup reçu sur la face externe de l'extrémité supérieure de l'humérus. Sur quarante et une observations qu'il possède, la luxation aurait été produite trente et une fois par ce mécanisme, cinq fois par une chute sur la main étendue, et trois fois seulement par une chute sur le coude; dans ces derniers cas, ajoute-t-il, le bras était probablement écarté du tronc au moment de l'accident.

Ainsi donc, le chirurgien de New-York admet la fréquence extrême des causes directes et la grande rareté des causes indirectes. Mais nous savons déjà ce qu'il entend par luxation sous-glénoïdienne.

Aussi contrairement à l'opinion d'Hamilton, dirons-nous que la luxation sous-glénoïdienne est généralement produite par une cause indirecte; en effet, les expériences et les faits cliniques montrent qu'elle est déterminée par un choc agissant sur le membre supérieur élevé et dans la rotation en dehors.

Que fait-on quand on veut reproduire la luxation sous-glénoïdienne sur le cadavre? On élève fortement le bras en même temps qu'on fixe l'omoplate; la tête humérale vient se montrer entre le sous-scapulaire et la longue portion du triceps après avoir déchiré la portion correspondante de la capsule.

Que voyons-nous en clinique? Toujours le même mécanisme ou à peu près, c'est-à-dire une force quelconque agissant sur le membre fortement écarté du tronc.

Tantôt c'est une chute sur la paume de la main ou sur le coude écarté du tronc; d'autres fois le bras est fortement relevé, exemple le palefrenier de Robert, dont le bras engagé dans la bride est subitement élevé par un brusque mouvement du cheval qui se cabre; signalons encore l'histoire de ce quartier-maître qui avait le bras tendu horizontalement, arc-boutant solidement contre la drôme du navire, quand deux hommes, renversés par le roulis, tombèrent sur son bras ainsi fixé; et le cas, cité par Goyrand, d'une femme, qui, étant tombée à terre, fut relevée par un passant. Dans une de nos observations, le malade, travaillant sur une passerelle, perd pied et reste suspendu dans le vide, le bras très écarté du tronc, le coude étant retenu par une barre de fer.

Ainsi donc tout concourt à prouver que la luxation sous-glénoïdienne est le plus souvent produite par une cause indirecte.

Dans quelques cas la luxation a été produite par simple contraction musculaire. Hamilton rapporte à ce propos un cas singulier. Une femme, d'origine suisse, fait, sans s'arrêter, une longue route dans les montagnes du Jura, portant sur la tête une charge de foin qu'elle tenait avec ses mains relevées verticalement en l'air; lorsqu'elle déposa son fardeau à sa porte, elle avait une luxation de l'épaule droite.

Le docteur M.-E. Scatliff (de Brighton) a observé, chez une femme robuste de quarante ans, une luxation sous-glénoïdienne de l'épaule gauche qui s'était produite pendant une crise d'hystéro-épilepsie. La contraction musculaire avait seule pu intervenir dans ce cas, car, à l'approche de l'attaque, la malade avait été assise, et les personnes qui l'entouraient veillaient exactement à ce qu'elle ne tombât pas.

Deux faits analogues ont été publiés par le docteur Coombs.

M. Tillaux raconte que, sur une jeune fille, le déplacement s'était produit pendant qu'elle soulevait vivement son bras en jouant à la raquette.

Quant au mécanisme suivant lequel les causes indirectes déterminent la luxation, il est facile à comprendre. Dans le mouvement d'abduction forcée, la partie inférieure de la capsule se tend fortement, le col de l'humérus vient s'appuyer sur la voûte ocramio-coracoïdienne, et l'os du bras se trouve transformé en un levier du premier genre, dont la résistance est représentée par la partie inférieure de la capsule, et dont la puissance, placée à l'extrémité du bras, ou même à l'extrémité du membre, agit avec une grande force, pour vaincre la résistance. La capsule déchirée, la tête est projetée directement en bas, si l'abduction du bras est directe, c'est-à-dire si elle s'est faite bien parallèlement au corps.

A part les trois pièces du musée Dupuytren et les quatre observations nécroscopiques de A. Cooper, Malgaigne, Sédillot et Leroy, nous ne connaissons guère de cas où l'on ait pu étudier les lésions de la luxation sous-glénoïdienne. Mais, par contre, les expériences cadavériques de Malle, de Goyrand (d'Aix) et de M. le professeur Panas nous permettent d'établir aujourd'hui, d'une façon complète, l'anatomie pathologique de cette luxation.

Nous avons nous-même voulu répéter ces expériences, mais elles ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions les rappeler ici.

D'après les nouveaux rapports contractés par la tête humérale, M. le professeur Panas admet deux variétés de luxation sous-glénoïdienne: la variété scapulaire et la variété costale, celle-ci n'étant qu'un degré plus avancé de celle-là.

I. *Variété scapulaire.* — Pour produire cette variété de luxation, à l'amphithéâtre, il faut, après avoir disséqué les muscles, les vaisseaux et les nerfs, élever fortement le bras, en même temps qu'on fixe l'omoplate; la tête humérale vient alors se montrer à nu, dans l'intervalle des muscles sous-scapulaire et longue portion du triceps, après avoir déchiré largement la portion correspondante de la capsule. Si on abandonne le bras à son propre poids, la luxation se réduit, la plupart du temps; pour rendre le déplacement permanent, il faut imprimer au membre un certain degré de torsion en dehors.

Ceci dit, étudions l'anatomie pathologique de la variété scapulaire.

La tête humérale est placée sous la cavité glénoïde et répond à la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate, c'est-à-dire qu'elle répond à la petite surface triangulaire qui donne insertion au tendon de la longue portion du triceps.

Nous devons ajouter que ces cas sont rares; le plus souvent, la tête répond à la partie interne de cette facette.

Appuyée par son col anatomique contre le rebord glénoïdien, elle regarde en avant et en dedans. Dans cette situation, elle est séparée de l'apophyse coracoïde par un intervalle de 2 à 3 centimètres et se trouve située sur un plan vertical qui passe un peu en dedans de cette apophyse et non pas en dehors, comme disait Goyrand.

La tête humérale affecte des rapports immédiats avec le tendon de la longue portion du triceps en arrière, et celui du sous-scapulaire en avant; le bord inférieur de celui-ci est constamment déchiré, et sa portion restante se trouve fortement distendue.

La partie inférieure de la capsule est déchirée également, pour permettre à la tête de s'échapper de la cavité articulaire, mais cette déchirure est moins étendue que dans la variété costale; quant à la portion restante, elle est aussi

fortement tendue que la partie restante du sous-scapulaire.

Ces deux portions font obstacle à l'ascension de la tête, lorsqu'on essaye de rapprocher le bras du tronc, et la maintiennent fixée dans sa position anomale.

La connaissance du rôle joué par la capsule et le muscle sous-scapulaire dans la fixation de la luxation est due à Malgaigne, Malle et à M. le professeur Panas.

D'après J.-L. Petit, ce qui fixait le membre dans l'abduction, c'était la tension exagérée des muscles deltoïde et sus-épineux.

Malgaigne, voulant déterminer la part qui revient aux abducteurs dans l'écartement, produisit une luxation sous-glénoïdienne, et, après avoir noté jusqu'à quel degré d'abduction il pouvait ramener le bras, divisa les tendons de ces muscles et constata que l'écartement restait, à peu de chose près, le même. La capsule était donc seule coupable; c'était elle qui empêchait l'ascension de la tête et le rapprochement du coude vers le tronc.

Malle, dans ses expérimentations cadavériques, est arrivé au même résultat; il a constaté que ce qui fixe la luxation c'est la tension de la partie antérieure de la capsule.

M. le professeur Panas a, de son côté, constaté le même fait; mais, à l'action de la capsule, il ajoute celle du muscle sous-scapulaire, qui forme, au-dessus de la tête, une sangle rigide.

Un point important et qui demande à être précisé, ce sont les rapports de la tête humérale avec le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. Ces rapports étaient inconnus ou mal interprétés avant le travail de M. Panas; celui-ci a démontré que les vaisseaux et nerfs de la région sont situés au devant et au-dessus de la tête, de sorte qu'ils ne peuvent pas être comprimés par elle.

Le trochiter ou les muscles qui s'y insèrent ne sont pas nécessairement arrachés; l'arrachement est, au contraire, la règle dans la variété costale, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

II. *Variété costale.* — Pour transformer, sur le cadavre, la variété scapulaire en variété costale, il faut diviser la capsule en avant et déchirer largement le muscle sous-scapulaire.

Voici ce que l'on constate : la tête est placée au-dessous de la cavité glénoïde, comme dans la variété précédente; elle est séparée de l'apophyse coracoïde par un intervalle de 2 à 3 centimètres, mais elle appuie contre le rebord glénoïdien et la petite surface triangulaire de la côte de l'omoplate, par sa grosse tubérosité et non par son col anatomique.

La tête, tournée en dedans, repose sur la troisième ou la quatrième côte et répond le plus souvent au troisième espace intercostal (cas de Malgaigne).

La tête en rapport, en arrière, avec la paroi costale, se porte en avant sous le grand pectoral.

Le bord inférieur du sous-scapulaire est largement déchiré, bien plus que dans la variété scapulaire, et la portion restante, après avoir contourné la tête, se place au-dessus et en arrière de celle-ci.

La capsule est déchirée dans ses parties inférieure et antérieure; cette déchirure étant en rapport avec l'étendue du déplacement, on comprend qu'elle soit plus considérable dans la variété costale que dans la variété scapulaire.

Les muscles trochantériens sont constamment arrachés, ou bien le trochiter ou grosse tubérosité sur laquelle ils s'implantent est fracturé.

L'obstacle à l'ascension de la tête se trouve représenté comme précédemment par la portion restée intacte de la capsule et du muscle sous-scapulaire.

Le bras offre souvent une légère rotation en dedans.

Le faisceau vasculo-nerveux est placé au-dessus de la tête; c'est dire que, comme dans la première variété, il échappe à toute compression.

Signalons encore, dans le chapitre de l'anatomie pathologique, la déchirure des parties molles, qui a été observée quatre fois dans la luxation sous-glénoïdienne; nous étudierons plus spécialement cette grave complication à propos du pronostic.

III

A côté des signes communs aux autres luxations de l'épaule, la luxation sous-glénoïdienne présente certains signes spéciaux.

L'attitude est caractéristique : la tête inclinée sur l'épaule affectée, le bras luxé dans une forte abduction, l'avant-bras demi-fléchi sur le bras, le patient met un soin et une prudence extrêmes à soutenir le membre malade avec la main du côté sain.

L'aplatissement de l'épaule est très prononcé, quoiqu'il ne soit pas absolument constant (Panas); et le deltoïde, fortement tendu, forme planche.

D'après le professeur Duplay, la déformation de l'épaule est à peu près celle de la luxation sous-coracoïdienne, sauf que l'aplatissement sous-acromial est plus prononcé, en raison de la tension du deltoïde.

L'acromion fait une saillie très marquée, d'où le signe de l'épaulette.

Au-dessous de la saillie acromiale, existe une dépression, et le doigt enfoncé dans cette dépression arrive facilement sur la cavité articulaire qui est vide.

On constate, sur la face externe du bras, deux plans inclinés l'un sur l'autre, se coupant au niveau du point d'insertion du deltoïde, en ce point où se termine la corde deltoïdienne tendue, l'humérus paraît brisé.

La paroi antérieure de l'aisselle, légèrement aplatie, est augmentée de hauteur, ce qui est facile à comprendre.

Le creux sous-claviculaire est conservé : c'est là un signe négatif, important au point de vue du diagnostic.

D'après Goyrand (d'Aix), l'angle inférieur de l'omoplate est saillant et rapproché de l'épine dorsale, ce qui serait dû au mouvement de bascule que la tension du deltoïde a imprimé à l'omoplate.

Ce qui a frappé tous les observateurs, dit M. Panas, c'est une forte abduction du bras qui peut aller jusqu'à l'angle droit et même davantage. Nous avons constaté nous-même cette abduction exagérée chez deux de nos malades dont nous possédons les observations. M. le professeur Panas parle d'un malade qui s'était présenté à l'hôpital Saint-Louis avec la main appuyée sur le sommet de la tête, soutenant le bras avec la main du côté opposé; même étant couché, il appuyait le membre sur son oreiller, derrière sa tête.

Le coude est donc fortement écarté du tronc.

Tantôt le bras ne subit aucun mouvement de rotation et reste fixé en position moyenne; d'autres fois, il y a rotation en dedans ou en dehors.

Le signe capital, pathognomonique, de la luxation glénoïdienne, c'est la présence de la tête humérale dans l'aisselle, au-dessous de la cavité glénoïde; la tête est située à fleur de peau et fait même quelquefois une légère saillie, un relief

appréciable à la vue. La position de la saillie humérale dans l'aisselle est variable; tantôt elle est située à égale distance des deux parois axillaires (Guépratte); tantôt elle est portée en avant et soulève le bord inférieur du grand pectoral (cas de Malgaigne); tantôt elle est rejetée sur la paroi postérieure (Goyrand, Sédillot); enfin, la tête humérale est parfois appliquée contre les côtes; ce rapport a été noté quatre fois.

En un mot, la position de la tête n'est pas toujours la même; nous nous rappelons, en effet, que M. le professeur Panas a divisé la luxation sous-glénoïdienne, eu égard à la situation de la tête, en deux variétés: variété scapulaire et variété costale.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, la tête reste à une distance marquée de l'apophyse coracoïde et on la sent d'autant mieux que le bras est dans l'abduction.

L'axe du membre se dirige vers l'aisselle au lieu de se porter vers la cavité glénoïde.

Le plus souvent la mensuration, pratiquée à l'aide d'un ruban étendu entre l'acromion et l'épitrochlée, dénote un allongement de 2 à 3 centimètres; pour Goyrand, le bras doit toujours être allongé dans la luxation sous-glénoïdienne. Cependant, on l'a noté, dans quelques cas, un raccourcissement de 2 à 3 centimètres (cas de Bourguet). Fidèle à ses principes, Goyrand n'accepte pas le diagnostic de Bourguet.

Malgaigne a exposé la raison de ces variations de longueur; trois facteurs sont en jeu pour expliquer le changement de longueur du membre: le degré d'abaissement de la tête humérale; sa situation plus ou moins profonde, vers le thorax; le degré d'écartement du coude.

Et, en effet, supposons le bras pendant dans la luxation sous-glénoïdienne; il sera allongé de toute la hauteur de la cavité glénoïde; si nous portons ce même bras dans l'abduction, le coude se rapproche de l'acromion et bientôt il n'existe plus de changement de longueur. Ce que nous venons de dire se rapporte à la variété scapulaire; s'il s'agit de la variété costale, la tête étant plus profondément située, l'abduction ramènera encore plus vite l'équilibre qui ne tardera pas à être suivi de raccourcissement; dans tous les cas, le raccourcissement peut être obtenu par une abduction exagérée.

Il faut donc savoir se méfier des résultats de la mensuration dans la luxation sous-glénoïdienne.

Les mouvements volontaires sont extrêmement gênés, on pourrait dire nuls.

Les mouvements passifs ou communiqués sont possibles, excepté l'adduction: en aucun cas, on ne peut mettre la main du côté affecté sur l'épaule du côté opposé, pendant que le coude touche le thorax. Si l'on cherche à rapprocher le coude du tronc, on provoque une douleur très violente, une véritable crise douloureuse, et la tentative de rapprochement reste infructueuse. La douleur violente éprouvée par le malade pendant qu'on cherche à rapprocher le coude du tronc a été attribuée, par la plupart des auteurs, Hamilton entre autres, à la compression du plexus brachial par la tête humérale. Mais, en invoquant les données de l'anatomie pathologique, il est facile de rejeter cette opinion; en effet, le paquet vasculo-nerveux se trouve situé au-dessus et en avant de la tête luxée; il est donc à l'abri de la compression.

Jean-Louis Petit attribue l'exaspération de la douleur pendant le mouvement d'adduction à l'allongement du deltoïde et du sous-épineux qui sont déjà trop tendus; levez les bras, dit-il, et le patient est soulagé parce que vous diminuez la tension de ces muscles.

Dasqué accepte en partie l'opinion de J.-L. Petit, mais il la généralise. En présence des cas dans lesquels il y a eu un engourdissement général du bras, accompagné de vives douleurs (cas de Robert), il pense que les souffrances que l'on cause au malade, en essayant de rapprocher le coude du tronc, sont dues à ce que ce rapprochement tend à allonger tous les muscles du bras, déjà tiraillés, et à augmenter la déchirure de la capsule.

Quant à l'impossibilité du rapprochement, à quoi est-elle due? Elle est due surtout à la portion capsulo-musculaire, restée intacte, et un peu à la contraction et à la tension exagérées des muscles abducteurs.

Enfin, les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont très douloureux: en effet, les premiers exagèrent la distension de la longue portion du triceps, et les seconds celle du biceps. Qu'arrive-t-il? C'est que ces deux muscles, également tiraillés, entrent en jeu chacun pour leur propre compte, et que, de leur antagonisme intéressé, résulte la demi-flexion que nous avons signalée à propos de l'attitude.

IV

Deux conditions rendent assez favorable le pronostic de la luxation sous-glénoïdienne.

Tout d'abord, la facilité avec laquelle s'opère la réduction; il suffit, en effet, de presser sur la tête humérale, pour que la luxation disparaisse. Même dans les cas anciens (et ils sont très rares), la réduction a été facile. C'est là un point dont il faut tenir grand compte. Non réduite, dit M. Panas, cette luxation doit gêner considérablement les mouvements et être promptement irréductible, à cause de l'éloignement de la tête, de sa cavité de réception.

De plus, on n'observe pas, dans cette variété, les complications vasculo-nerveuses qui sont si redoutables. Nous avons vu que, contrairement à l'opinion ancienne, le paquet vasculo-nerveux était situé au-dessus et en dehors de la tête humérale luxée; celle-ci ne peut donc pas, en s'échappant de la cavité glénoïde, venir comprimer ou dilacérer ces organes.

Aussi, acceptons-nous sous toute réserve le cas rapporté par Nélaton, et dans lequel une luxation sous-glénoïdienne s'accompagnait de rupture de l'artère axillaire.

A part l'arrachement du trochiter, nous trouvons que la luxation sous-glénoïdienne ne s'est jamais accompagnée de fractures plus sérieuses, telles que fractures du col anatomique ou chirurgical.

Par contre, on a observé dans quelques cas la déchirure des parties molles. M. Panas, à propos des luxations en général, déclare ne connaître que cinq observations dans lesquelles la tête avait fait issue à travers les téguments; elles sont dues à Hey, Dixon, Scott, Morel-Lavallée, Gorée. Quatre de ces luxations appartenaient à la variété sous-glénoïdienne.

Cette complication paraît être grave, car sur ces cinq individus chez lesquels la tête avait perforé les téguments, deux étaient morts avant l'arrivée du chirurgien (Hey et Morel); le troisième succomba le sixième jour, après avoir subi la résection de la tête humérale (Gorée); enfin les deux autres se rétablirent après simple réduction, mais au prix de longues suppurations (Dixon, un an; Scott, trois mois et demi).

Enfin, dans le pronostic, il faut tenir compte de la tendance à la récidive, tendance qui est ici très marquée à cause des délabrements quelquefois considérables de la capsule.

En résumé, si nous exceptons la déchirure des téguments, complication sérieuse, qui a été observée quatre fois, la luxation sous-glénoïdienne est remarquable au point de vue du pronostic, par la facilité de la réduction et l'absence de complications du côté du paquet vasculo-nerveux de la région.

V

Facilité extrême de la réduction, tel est, avons-nous dit, à propos du pronostic, un des caractères les plus importants de la luxation sous-glénoïdienne. C'est dire que l'on peut mettre de côté les méthodes de force quelles qu'elles soient ; la méthode de douceur doit seule être employée.

D'après Follin et Duplay, les procédés de réduction de la sous-coracoïdienne s'appliqueraient également à la sous-glénoïdienne. Cela est vrai, sans doute, mais il est deux procédés très simples qui s'appliquent particulièrement à la luxation sous-glénoïdienne : 1° l'abduction allant jusqu'à l'horizontale avec pression digitale directe ; 2° le procédé de l'élévation ou procédé de Mothe. Le premier de ces procédés réussit souvent ; dans les deux cas qui nous sont personnels, la pression sur la tête, aidée d'une légère traction, nous a permis de repousser presque instantanément la tête dans la cavité glénoïde.

Si l'on échoue par la pression directe, il faut avoir recours au procédé de Mothe, autrement dit le procédé de l'élévation.

Ce fut Malgaigne qui attira l'attention des chirurgiens sur la méthode des tractions verticales, dont le premier auteur est White (de Manchester) qui l'employa dès 1764 au moyen d'un système de poulies. Ces poulies fixées d'une part au plafond et en communication d'autre part avec un lacet enroulé autour du poignet du côté luxé, soulevaient le blessé jusqu'à ce que tout le corps fût absolument suspendu. Mais White n'exerçait sur l'omoplate aucune pression par en haut, ce qui est, sans contredit, la partie la plus essentielle du procédé.

Les mêmes principes des tractions verticales ont été indiqués par Henry Thompson, dans un mémoire publié en 1761, et reproduit par Ch. Ball en 1809.

Mais, le véritable fondateur de cette méthode est Mothe (de Lyon), qui en a le premier donné une démonstration rigoureuse.

Cette méthode fort répandue en Allemagne, il y a une cinquantaine d'années, n'était pas encore bien reçue en France. Aujourd'hui elle fait loi lorsqu'il s'agit de luxation sous-glénoïdienne.

Les avantages du procédé de Mothe sont incontestables : en 1749, dans une luxation en bas datant de trois mois, qui n'avait pu être réduite par plusieurs chirurgiens, White réussit parfaitement et rapidement par les tractions verticales. En 1776, dans une luxation en bas datant de dix-sept jours, et qui avait également résisté à plusieurs procédés de réduction, Mothe obtint le même succès.

Ce procédé a réussi six fois à M. Bérard.

Dasque fait remarquer que le procédé de Mothe est signalé, dans la plupart de ses observations, comme ayant toujours donné les meilleurs résultats.

Enfin, c'est ce procédé qui réussit à Picqué (dans un cas rapporté dans la thèse de Dasque) lorsque, après avoir vainement essayé par des pressions directes et par le procédé de Lacour, il l'employa en dernier ressort.

Après avoir tant vanté le procédé de Mothe, ajoutons que, d'après différents auteurs, c'est celui qui expose le plus à la rupture des vaisseaux axillaires. Ce serait là un inconvénient sérieux, mais qui est heureusement très rare, si tant est qu'il a été observé dans la réduction des luxations sous-glénoïdiennes.

Voici comment on applique le procédé de Mothe : le malade est assis sur une chaise basse ; un aide exerce une traction continue sur le bras élevé parallèlement à l'axe du corps, pendant qu'un autre aide, plaçant une main sur l'acromion, repousse l'omoplate de haut en bas pour l'empêcher de suivre le mouvement. L'aide qui tire sur le bras fait un léger mouvement de rotation en dedans, et le chirurgien, avec ses pouces, chasse la tête et l'aide à remonter vers la cavité glénoïde ; on ne tarde pas à voir la tête se déplacer insensiblement de bas en haut. Lorsque le chirurgien constate qu'elle est arrivée au niveau de sa cavité de réception, il ordonne à l'aide d'abaisser subitement le bras pendant qu'il dirige toujours la tête vers la cavité articulaire.

Pourquoi faut-il élever le membre et pourquoi faut-il faire exécuter un mouvement de rotation en dedans ? L'élévation du bras au-dessus de l'horizontale agit en relâchant les muscles qui luttent contre les efforts de réduction (A. Cooper) ; dès lors plus de résistance, et la tête poussée par la main glisse dans sa cavité.

Quant à la rotation en dedans, elle découle des notions de physiologie pathologique, données par M. le professeur Panas, à savoir qu'il faut, pour rendre la luxation sous-glénoïdienne permanente, produire une légère torsion du bras en dehors. Si, pour rendre la luxation permanente, il faut tourner le bras en dehors, il est logique, pour la rendre réductible, de tourner le bras en dedans.

VI

La déchirure des téguments, avec issue de la tête au dehors, constituant une complication, relativement fréquente, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence de cas de ce genre? Les résultats obtenus dans les quatre cas déjà cités peuvent nous donner une idée. Le malade de Hey succomba avant l'arrivée du chirurgien; Gorée pratiqua la résection et perdit son malade de délire, le sixième jour; Dixon et Scott firent la réduction et guérirent leurs malades, après bien des accidents suppuratifs, il est vrai.

Aussi conclurons-nous, avec Follin et Duplay : Le chirurgien devra s'efforcer de pratiquer la réduction, en s'aidant des débridements nécessaires, et ce serait seulement devant une impossibilité absolue que la résection de la tête déplacée serait indiquée.

Quant aux luxations anciennes, elles comportent une intervention différente, suivant leur ancienneté. Disons en passant que l'on n'a observé qu'un cas de luxation sous-glénoïdienne, très ancien et irréductible.

Dans les cas ordinaires, voici comment il faut agir : et, d'abord, le chloroforme est nécessaire ; on mobilise l'humérus en déchirant les adhérences par des rotations et des inflexions combinées et nombreuses ; ce résultat obtenu, on peut avoir recours, soit aux tractions verticales, soit aux tractions horizontales ; mais il faut bien savoir que, souvent, on est obligé de recommencer les manœuvres à deux ou trois reprises, dans des séances différentes ; il ne faudra donc

pas être surpris d'un premier échec et perdre courage après une seule séance. Règle générale, la réduction est encore assez facile dans des cas relativement anciens.

LE VERTIGE NASAL

Par M. le docteur JOAL (du Mont-Dore).

Conclusions. — I. Il existe un vertige nasal, véritable *vertigo a naso læso.*

II. Il appartient au groupe des vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin.

III. L'irritation des filets du trijumeau innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison, est la cause du vertige et des autres névroses nasales.

IV. L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin aux nerfs vaso-moteurs, d'où anémie circonscrite du cerveau et vertige.

V. Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1° les fluxions nasales (odeurs, vapeurs irritantes, tabac à priser, foins au moment de la floraison); 2° les coryzas aigus; 3° le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique; 4° les polypes muqueux; 5° le catarrhe de l'arrière-cavité nasale.

VI. Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité.

VII. Les réflexes nasaux se développent principalement chez des individus arthritiques.

VIII. Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux : troubles de la vue, mouches volantes, hémicranie, nausées, vomissements, grande excitabilité, hypochondrie, paresse intellectuelle, cauchemars, toux spasmodique, crises dyspnéiques, sécrétions exagérées, syncopes, faiblesse du pouls, pâleur de la face.

IX. Pour établir le diagnostic, il faut examiner les fosses nasales de tout individu éprouvant du vertige.

X. La recherche du vertige nasal diminuera sensiblement le nombre des cas de vertiges goutteux, rhumatismal, anémique, congestif, ainsi que de névropathie cérébro-cardiaque.

XI. Le vertige cesse avec la guérison de l'affection nasale qui lui a donné naissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Florian Krassowski (de Varsovie), relative au *traitement du choléra asiatique.*

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La commission présente : en première ligne, M. Laborde; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Franck et Gréhant; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hénocque, Regnard et Remy.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40,

M. Laborde obtient.	44 suffrages
M. Franck	32 —
M. Gréhant.	1 —
M. Regnard.	1 —

En conséquence, M. Laborde est proclamé membre de l'Académie.

COMMUNICATION

Un accouchement dans l'état de somnambulisme provoqué. — M. MESNET s'était proposé d'étudier, chez une jeune malade entrée enceinte dans son service et très facilement hypnotisable, les deux questions suivantes : 1° quelle est l'influence du sommeil hypnotique sur les douleurs de la parturition; 2° quels sont ses effets sur les contractions utérines.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, sujette à de grandes attaques d'hystérie et qui, étant toute contractée à la suite d'une de ces attaques, vers l'âge de onze ans, fut hypnotisée et guérie à la Salpêtrière. De onze à quatorze ans, elle eut plusieurs fois à se faire admettre, pour la même cause, dans ce même hospice. A dix-huit ans, elle se plaça comme domestique, mais elle ne put conserver sa place.

En 1884, à l'âge de dix-neuf ans, elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans un service de chirurgie, pour une douleur extrêmement vive dans le côté droit de l'abdomen, avec pertes abondantes; mais elle refusa tout examen direct; et ce ne fut que pendant le sommeil hypnotique, dans le service de M. Mesnet, qu'il fut possible de la toucher et de la passer au spéculum. Elle n'en eut jamais connaissance à l'état de veille.

Devenue enceinte au mois d'août 1886, elle fut prise, dès les premiers mois de sa grossesse, de vomissements incoercibles et revint alors dans le service de M. Mesnet.

Elle présentait alors une hémianesthésie complète, sans affaiblissement musculaire, du côté gauche; un seul point d'hyperesthésie fut découvert vers le flanc droit.

Elle est extrêmement facile à endormir, et, dans l'état de somnambulisme, tout en jouissant, en apparence, de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, elle peut être impressionnée à volonté. On peut lui suggérer toutes sortes d'hallucinations et d'illusions, qu'elle prend pour des réalités; la moindre pression exercée sur le facial produit la contracture de la moitié de la face; et l'on peut constater chez elle, de mille autres manières, une hyperexcitabilité névro-musculaire très marquée.

Elle se trouvait donc dans les conditions les meilleures pour les expériences que M. Mesnet voulait faire sur elle.

Les premières douleurs de la parturition, d'abord très légères et très espacées, se manifestèrent dans la journée du 30 mars. Mais ce fut seulement le lendemain à minuit que, les douleurs étant devenues très violentes et le col présentant déjà une dilatation du diamètre d'une pièce de 5 francs, M. Léon, interne de M. Mesnet, endormit cette malade et la fit entrer dans l'état de somnambulisme. Depuis minuit jusqu'à trois heures et demie, en lui suggérant que les douleurs se calment et cessent, et en la frictionnant en même temps légèrement au point douloureux, on peut arriver à calmer effectivement la sensation douloureuse bien que les contractions se continuent régulièrement avec énergie.

Mais à trois heures et demie, la tête s'engage, la douleur devient très vive; occupant d'abord le côté, elle s'étend bientôt à l'abdomen tout entier. Alors les frictions, les suggestions restent sans résultat. L'expression se modifie, le calme disparaît, l'attention ne peut plus être fixée. La malade s'anime, s'excite à chaque douleur nouvelle, en laissant échapper de longs gémissements; criant qu'elle n'en peut plus, qu'elle est à bout de forces, qu'elle souffre trop, qu'il faut l'accoucher avec les fers. Elle paraît souffrir autant que toute autre parturiente à l'état de veille. Et cependant les paupières n'ont pas cessé d'être closes, les yeux convulsés en bas, les catalepsies partielles toujours faciles à réaliser, de même que les phénomènes d'irritabilité névro-musculaire. Aucune convulsion ne s'est montrée, aucune menace de transformation de l'état somnambulique à l'état léthargique n'est apparue. A cinq heures moins le quart l'accouchement se termine.

Immédiatement après, la malade, étant toujours dans l'état de somnambulisme, demande quel est le sexe de son enfant et éprouve un grand chagrin d'apprendre que ce n'est pas une fille comme elle le désirait.

Après la délivrance, une fois le lit changé, la toilette terminée, on la réveille en lui soufflant sur les yeux. Elle se frotte les paupières, les ouvre, paraît surprise qu'on soit près d'elle, puis portant la main sur son ventre elle s'écrie : « *Tiens*! qu'est devenu mon ventre? ce n'est pas possible ! » Elle ne sait rien de ce qui s'est

passé dans la nuit. Apprenant qu'elle est accouchée, elle demande si son enfant est une fille et quand on lui dit qu'elle a mis au monde un garçon, elle éprouve le même désespoir qu'elle avait montré étant endormie.

Quel exemple plus convaincant peut-on trouver de la scission de la mémoire dans les états de veille et de sommeil !

En dernière analyse, on peut dire que l'accouchement s'était fait complètement à l'insu de cette malade, puisque, réveillée, elle n'en avait aucune notion, aucune connaissance. Au point de vue médico-légal, M. Mesnet conclut que le dédoublement de la mémoire pourrait devenir, dans telles circonstances particulières, l'occasion facile de substitution d'enfant, au moment de l'accouchement.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE

M. PETER commence par lire une dépêche qu'il vient de recevoir d'un médecin de Guise, M. le docteur Devilliers, dépêche qui lui annonce la mort par la rage, deux mois et demi après la morsure, d'un homme qui a été traité méthodiquement et sans retard dans le laboratoire de M. Pasteur.

Ainsi, à une semaine d'intervalle, deux dépêches de médecins sont venues avertir M. Peter de deux insuccès du procédé de M. Pasteur. Chez deux individus, bien que le traitement préventif eût été commencé le plus tôt possible et eût été tranquillement continué jusqu'au bout, la rage convulsive, la rage classique, s'est manifestée dans les délais habituels.

Ce sont là des faits évidents, patents. Pour en tirer une conclusion, les cliniciens sont-ils compétents ? Ou faut-il qu'on se soit exercé aux expériences de laboratoires ?

Après tout, quel a été le but poursuivi par M. Pasteur, quand il entreprenait lui-même ses expériences de laboratoire, relativement à la rage ? N'était-ce pas surtout un but thérapeutique ? Or, qui donc peut se dire plus compétent dans les questions de thérapeutique que les médecins pratiquants ?

M. Peter dit que, pour juger en thérapeutique les résultats d'une méthode, il faut examiner d'abord si la mortalité, produite par la maladie qu'on veut combattre, se trouve diminuée ou non. Or, suivant lui, la mortalité causée par la rage n'a pas diminué depuis qu'on pratique les inoculations préventives.

La rage est, somme toute, une maladie rare. Sur un très grand nombre de gens mordus, bien peu la contractent. La plupart restent indemnes, parce que, pour la prendre, il faut que l'homme soit dans certaines conditions qui l'y prédisposent. Les alcooliques deviennent facilement enragés ; c'est une remarque qu'on a faite dans le laboratoire de M. Pasteur, et qui est d'ailleurs très exacte. Les gens nerveux, impressionnables, ceux qui ont peur, sont par cela même plus aptes que d'autres à être atteints de rage.

C'est ce qui explique comment, sur quatre individus mordus presque en même temps et par le même chien, un seul, l'homme dont il a été question la semaine dernière, est mort de rage : lui seul était alcoolique.

Les statistiques démontrent donc que la rage est exceptionnelle dans l'espèce humaine, même après morsure. Le nombre des cas qui se produisaient actuellement dans la France entière, avant qu'on ne songeât aux inoculations préventives, n'était pas plus grand que le nombre actuel. Depuis six mois, parmi ceux qui ont été traités dans le laboratoire de la rue d'Ulm, il y a déjà eu une douzaine de morts. L'année dernière, il y en eut en tout une vingtaine pour l'année entière ; la proportion a donc augmenté. A cela, il faut ajouter ceux qui sont morts de rage sans avoir été inoculés : l'année dernière, leur nombre était également d'environ une vingtaine. Le total était donc, pour la France, d'environ quarante morts. Cette année, il sera un peu plus fort. C'est plus que la moyenne.

Maintenant, pour apprécier ces chiffres, à quoi servirait l'habitude des expériences du laboratoire ? Peut-on conclure du chien à l'homme ? Non certainement, car M. Pasteur, et en cela il a raison, ne veut pas même que l'on conclue du lapin au chien ! D'ailleurs, ceux qui se sont consacrés à ces expériences de laboratoire, quand ils cessent d'être favorables aux idées e M. Pasteur, cessent pour lui d'être compétents. C'est ce qui est arivé pour ceux qui, de Vienne, de Naples, de Lisbonne, etc. étaien venus étudier sa méthode, et qui n'ont pas obtenu des résultats dentiques aux siens.

En effet, on a parlé des conclusions de la commision anglaise ; mais on n'a pas parlé de celles de la commission blge, qui s'est prononcée contre la méthode de M. Pasteur ; ni le celles de la commission de médecins-professsurs de Florence qui n'ont pas voulu approuver la fondation d'un institut Pastar dans cette ville. La commission anglaise elle-même n'est ps logique, car elle n'a demandé que des mesures de police conte la rage, au lieu de proposer l'application de la méthode Pastorenne.

M. Peter critique le nom de vaccination, appliqué à ette méthode. Ce n'est pas une vaccination, car par la vaccination, Jnner introduisait un virus sans danger. C'est l'inoculation variolique, avec tous ses dangers. Ce n'est pas non plus une méthode compltement scientifique, comme lorsque, par exemple, M. Pasteur li-même, après avoir isolé les microbes, soit du charbon, soit du ruget, les cultive, les affaiblit par la culture, puis les inocule. C'et une méthode empirique, car on n'a encore isolé et cultivé aucun microbe particulier pour la rage. On se sert de moelles, qu'on prend en bloc sans savoir quels sont les organismes qu'elles peuvent renfermer. Toutes les méthodes empiriques ne peuvent se juger que par la pratique, et à ce point de vue M. Peter se déclare triplement compétent : 1° comme médecin ; 2° comme professeur de clinique à la Faculté de médecine ; 3° comme membre de l'Académie de médecine. Il demande que, pour prononcer un jugement définitif sur les procédés de M. Pasteur, on attende que l'expérience s'en soit continuée plus longtemps.

M. BROUARDEL rappelle dans quelles conditions la commission anglaise, nommée pour examiner la méthode de M. Pasteur, s'est acquittée de sa mission : en venant au laboratoire de la rue d'Ulm, assister aux expériences, s'initier aux procédés, vérifier l'exactitude des principales expériences. Finalement dans son rapport elle s'est exprimée de la manière suivante : « On peut donc considérer comme certain, que M. Pasteur a découvert une méthode préventive de la rage, comparable à celle de la vaccination dans la variole ; il serait difficile d'exagérer l'utilité de cette découverte, tant au point de vue de son utilité pratique qu'au point de vue de ses applications à la pathologie générale. Il s'agit d'une nouvelle méthode d'inoculation ou de vaccination, comme M. Pasteur l'appelle quelquefois ; et on pourrait en obtenir de semblables pour protéger l'homme et les animaux domestiques, contre des virus aussi actifs que celui de l'hydrophobie. »

M. Brouardel, répondant ensuite à M. Peter, examine successivement les faits expérimentaux, les faits cliniques et les faits statistiques sur lesquels cet orateur s'est appuyé pour attaquer la méthode de M. Pasteur.

Les expériences de von Freisch sont entachées d'erreurs graves, l'expérimentateur ayant laissé s'altérer entre ses mains le virus vaccinal qui lui avait été confié ; celles de Renzi et Amoroso (de Naples), celles enfin d'Abreu (de Lisbonne) étaient encore plus défectueuses. Depuis lors de nombreuses expériences ont été faites à Vienne, à Naples, à Turin, à Odessa, à Londres, etc., qui toutes ont été suivies de résultats conformes à ceux de M. Pasteur, d'où M. Brouardel conclut que la question expérimentale est résolue dès maintenant en faveur de la méthode de ce savant.

A l'égard des faits *cliniques* invoqués par M. Peter, M. Brouardel nie que M. Pasteur ait communiqué, par ses inoculations intensives, la rage paralytique. On connaît mieux aujourd'hui cette forme de la rage et les cas n'en sont pas aussi exceptionnels chez l'homme que le croyait M. Peter : d'où l'erreur de son argumentation.

« Nous avons, dit M. Brouardel, nous tous médecins, beaucoup à apprendre sur les formes cliniques de la rage et nous devons commencer par chasser de notre esprit cette idée qu'elle est une maladie à grandes manifestations délirantes ou spasmodiques. Souvent il n'en est rien. »

En ce qui concerne la statistique invoquée par M. Peter, M. Brouardel ne saurait admettre les procédés particuliers de son collègue, additionnant toutes les morts, celles qui sont survenues après vaccination et celles qui se sont produites sans vaccination, et [illegible] ant : « Le chiffre de la mortalité n'a pas baissé : donc la méth[illegible] ne vaut rien. » M. Pasteur ne saurait cependant abaisser la m[illegible]alité des gens qui ne se sont pas fait vacciner. Or, pour l'année 1886, 19 personnes au moins sont mortes de rage dans la petite minorité des gens qui ne se sont pas fait vacciner ; et sur 1929 personnes françaises ou algériennes qui sont venues au laboratoire de la rue d'Ulm, 21 sont mortes malgré le traitement ; soit 1,08 p. 100. Ce sont là les chiffres officiels ; ils comprennent au passif de la méthode tous les cas de mort par rage, même ceux qui sont survenus moins de 15 jours après le traitement.

La statistique de 1887 est encore plus favorable puisque, à la date du 1er juillet, la mortalité était de 0, 61 p. 100 dans la statistique générale ; de 0,41 p. 100 dans la statistique franco-algérienne.

M. Brouardel fait remarquer que le traitement par la méthode *intensive*, si critiquée par M. Peter, donne encore de meilleurs résultats que par la méthode *primitive* ou la méthode *mixte*.

A Odessa, où le traitement intensif a été adopté sans variation, les résultats sont meilleurs que les nôtres, ainsi qu'il résulte d'une lettre adressée à M. Pasteur par le directeur du laboratoire de cette ville.

« Messieurs, dit M. Brouardel en finissant, j'ai tenu à ne présenter à l'Académie que des arguments d'ordre absolument scientifique ; croyez que ce n'est pas sans effort que j'ai fait taire mes sentiments personnels, car ce n'est pas sans un douloureux étonnement que j'entends traduire à cette tribune, comme un accusé, un homme qui depuis trente ans a fait dans la science tant de brillantes et d'utiles découvertes.

Pour moi, quand un homme a ouvert à mon esprit de nouveaux horizons scientifiques, alors même que je ne serais pas par tous les points en parfaite concordance d'opinion avec lui, je le respecte, il est mon maître — et je reste son débiteur. Qui de nous dans cette enceinte peut dire que M. Pasteur n'a pas été pour lui un initiateur ? »

M. VILLEMIN rappelle qu'il a fait partie, en 1884, avec MM. Bouley, Vulpian, Béclard et Paul Bert, d'une commission nommée par l'Académie, sur la demande de M. Pasteur, pour examiner ce qu'il annonçait : que les chiens pouvaient être rendus réfractaires à la rage.

La commission confirma l'exactitude des faits indiqués par M. Pasteur et institua de nouvelles expériences, entièrement concordantes. Ces expérienees portèrent sur trois points :

1° Vaccination de chiens après morsure.

2° Vaccination de chiens avant morsures ;

3° Inoculation à haute dose de virus de rage des rues à des chiens rendus réfractaires par la vaccination.

On pratiqua d'abord à la fois l'inoculation par trépanation de six chiens reconnus réfractaires à la rage l'année précédente et de trois chiens neufs. Ces derniers seuls moururent. Dans une autre séance on constata que, sur trois chiens vaccinés après morsures, un seul fut pris de rage, mais pendant la vaccination. Les travaux de la commission furent ensuite interrompus parce que la nouvelle méthode de vaccination de M. Pasteur fit considérer comme inutile la prolongation des recherches.

M. CHARCOT. J'ai voulu surtout en prenant la parole rappeler à l'Académie comment, le 18 janvier dernier, Vulpian, notre regretté Vulpian, est venu à cette tribune défendre avec énergie, contre les attaques dont elle était l'objet, la méthode à l'application de laquelle — et ce sera du reste un de ses titres devant la postérité, — il avait dès l'origine si puissamment et si courageusement contribué.

Si nous n'avions pas eu le malheur de le perdre, il serait actuellement là, à son poste, et, avec l'autorité que lui conférait sa double compétence d'expérimentateur habile, consciencieux entre tous et de clinicien éprouvé, nous l'entendrions réfuter, encore une fois de plus, les contradictions d'aujourd'hui. Les arguments qu'il avait fait valoir alors, il les trouverait actuellement singulièrement renforcés ; car non seulement il pourrait signaler l'accroissement des chiffres favorables à la méthode, recueillis depuis 6 mois, tant au laboratoire de Paris que dans les laboratoires étrangers, mais il pourrait encore s'appuyer sur cet important et mémorable document, venu d'Angleterre, au bas duquel on lit la signature de noms illustres entre tous.

« Non, disait-il, la méthode, même sous la forme intensive, n'est point dangereuse ; jamais on n'a pu démontrer qu'elle ait fait courir à personne aucun risque » ; et à l'appui de cette assertion, en outre des statistiques appropriées, il pourrait signaler, par exemple, qu'aujourd'hui l'on compte plus de 30 personnes non mordues (dont 14 appartiennent au laboratoire d'Odessa), qui volontairement se sont soumises au traitement intensif, appliqué dans toute sa rigueur, sans avoir éprouvé le moindre accident. Il relèverait du même coup que la rage paralytique — plus de 20 exemples en font foi, — se voit chez l'homme mordu en dehors de toute vaccination anti-rabique et que par conséquent elle n'est pas, comme on voulait l'insinuer, un *produit de laboratoire*.

Sans doute, dirait-il encore, la méthode n'est pas infaillible : personne ne le conteste. Mais vraiment qu'y a-t-il d'infaillible en thérapeutique ? Si elle n'est pas infaillible, elle est efficace et cela suffit.

L'inventeur de la vaccination antirabique peut aujourd'hui plus que jamais marcher la tête haute et poursuivre désormais l'accomplissement de sa tâche glorieuse.

A 5 heures 35, la séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

284. M. Bourelly. De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptôme. — 285. M. Laumet. Éruption et suppuration. — 286. M. Bobowiez. Hydatides du cœur. — 287. M. Panel. D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil. — 288. M. Stofenesco. Diagnostic des gommes. — 289. M. T. Armet. Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. — 290. M. Fretin. De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. — 291. M. Prioleau. Contribution à l'édude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères. — 292. M. Porto Fereuru. Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique. — 293. M. Lubet-Barbon. Paralysie du larynx. — 294. M. Soudée. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. — 295. M. Legal. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique graisseuse. — 296. M. Drouet. Analgésie chloroformique. — 297. M. Duriez. Étude sur le tétanos utérin. — 298. M. Durey-Comte. Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — 299. M. Coutances. Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juillet 1887, MM. Augier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, et Emonet, aide-médecin de la marine, démissionnaire, docteur en médecine, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 12 juillet 1887, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Sappey, président

de l'Académie de médecine, membre de l'Institut. Officier du 20 octobre 1878.

Au grade de chevalier. — MM. Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Hecht, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 juillet 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique.* — MM. Damaschino et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; — Coustan, médecin-major de première classe au 122e d'infanterie ; — Poisson, aide-naturaliste au Muséum ; — Strapart, professeur à l'École préparatoire de médecine de Reims ; — Chapplain, directeur de l'École de plein exercice de médecine de Marseille ; — Coyne, professeur à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux ; — Paquet, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Gayet, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Lemaistre, professeur à l'École préparatoire de médecine de Limoges ; — Motais, ancien chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine d'Angers ; — MM. les docteurs Bélugou, à Lamalou-les-Bains ; — Hospital, à Clermont-Ferrand ; — Mme Brès, docteur en médecine, à Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. Goulard, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — de Lapersonne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; — Morelle et Leroy, agrégés près la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Cazeneuve, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; — Queirel, ancien suppléant à l'École de plein exercice de médecine de Marseille ; — Chevallereau, Desmarres, Le Blond, Lissonde, Maranger, Mène, Morel, Morisson, Nitot et Yvon, docteurs en médecine à Paris ; — Cunisset, professeur de physique à l'École de médecine navale de Rochefort ; — Villiers-Moriamé, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris ; — MM. les docteurs Ferry de la Bellone, à Apt ; — Gouget, à Aix ; — Laisney, à Coutances ; — Chopinet, à Crépy-en-Valois ; — Dauzat, à La Bourboule ; — Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre ; — Doutrebente, à Blois ; — Albespy, à Rodez ; — Fournier, à Tours ; — Guillié, à Villeneuve-la-Guyard ; — Louveau, à Montmorency ; — Leclerc du Sablon, aide-naturaliste au Muséum ; — Richard, préparateur au Muséum ; — Berna et Seize, pharmaciens à Paris ; — Gourdel, pharmacien à Nanterre, et Roubaud, pharmacien à Marseille.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, 11 juillet 1887, à l'élection de deux correspondants :

1° Dans la section de médecine et chirurgie, où la liste de présentation avait été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lépine (de Lyon) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bérenger-Féraud (de Toulon), Oré (de Bordeaux) et Sirus-Pirondi (de Marseille) ;

Le nombre des votants étant 39, majorité 20,

M. Lépine obtient 33 suffrages (élu) ; M. Oré, 4, et M. Bérenger-Féraud 1. Il y a un bulletin blanc.

2° Dans la section d'anatomie et zoologie, les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Fabre (d'Avignon) ; en deuxième ligne, M. Cotteau (d'Auxerre) ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Marion (de Marseille) et Sabatier (de Montpellier).

Le nombre des votants étant 38, majorité 20,

M. Fabre obtient 34 voix (élu) ; M. Cotteau, 2, et M. Marion 2.

— Le concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques, à la Faculté de médecine de Paris, s'est ouvert lundi dernier, 11 juillet 1887.

La question donnée au candidat, M. le docteur Poirier, pour la première épreuve (composition écrite), a été : « Les veines et les sinus veineux encéphaliques. »

— *École de médecine de Marseille.* — M. Arnaud (Joachim-François), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places d'internes à l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux, a désigné MM. Cheminade et Rougier comme devant être proposés à l'Administration pour être nommés internes.

— M. le docteur Tison, médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph, vient d'être promu au grade de commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Constant Pellarin, ancien médecin principal de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, et Mazary, né à l'île Maurice de famille française, qui exerçait avec distinction, depuis une vingtaine d'années, la médecine à Paris.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de conchyliologie et de paléontologie conchyliologique, histoire naturelle des mollusques vivants et fossiles, par M. le docteur Paul Fischer, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. 1 vol. grand in-8° de 1200 pages, avec 23 planches contenant 600 figures dessinées par Woodward et 1138 gravures dans le texte. — Prix : 35 francs. — Paris, 1887, F. Sav[y]

Le charbon symptomatique du bœuf, *charbon bactérien, charbon essentiel de Chabert, charbon emphysémateux du bœuf,* pathogénie et inoculations préventives, par MM. Arloing, Cornevin [et] Thomas. Couronné par l'Académie des sciences (prix Bréant), par l'Académie de médecine (prix Barbier), par la Société nationale d'agriculture de France (prix de Béhague) et par [la] Société des agriculteurs de France. Onzième édition, revue [et] augmentée. 1 beau vol. gr. in-8° d'environ 300 pages, avec u[ne] planche en chromolithographie. — Prix : 7 francs. — Pa[ris], Asselin et Houzeau.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés [par] M. le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascic[ule] II : *Affections chirurgicales des appareils et des systèmes,* a[vec] la collaboration de MM. les professeurs Vianet et Demons, [de] MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Mau[...] Denucé de la Faculté de Bordeaux. 1 vol. gr. in-8° de 370 pag[es], avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. Prix du tome complet 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médical[es] publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu['en] 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la co[lla]boration d'un très grand nombre de professeurs, de méde[cins] et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. [La] première partie du tome XXXV de la première série, la premi[ère] partie du tome XXIV de la deuxième série, la deuxième pa[rtie] du tome XVII de la troisième série, la première partie du tome XIII de la quatrième série et la première partie du tom[e ...] de la cinquième série viennent de paraître. — Prix de cha[que] demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin [et] Houzeau.

Étude médico-philosophique sur les formes, les causes, [les] signes, les conséquences et le traitement de l'onanis[me] chez la femme, par M. le docteur Pouillet. Huitième éditi[on]. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosn[ier].

Manuel d'hygiène scolaire, à l'usage des délégués cantona[ux], des médecins inspecteurs et des instituteurs, par le docteu[r] Dubrisay, délégué cantonal, membre du comité consultatif d['hy]giène publique de France, de la Société de médecine publi[que]

et d'hygiène professionnelle de Paris et P. Yvon, pharmacien, délégué cantonal, membre de la commission d'hygiène du Ier arrondissement, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. 1 vol. in-18 de 250 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'art d'élever les enfants, par le docteur Brochard. Quinzième édition. — In-12 de 24 p. — Prix : 25 cent. — O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21431

32

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que **Hémorrhoïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal** et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

38

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ au Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

56

EAU MINÉRALE DE BUSSANG

L'**Eau de Bussang** doit à sa composition d'être essentiellement **digestive** (gaz, acide carbonique, sels alcalins), **tonique** et **reconstituante** (fer, manganèse, arsenic et phosphate calcique), en même temps qu'**antinéphrétique, antigraveleuse** et **antigoutteuse** (soude, lithine, silice et borate calcique).

Elle est souveraine contre la **Chlorose, l'Anémie, la Gastralgie, la Dyspepsie, la Diarrhée chronique** avec engorgement des viscères abdominaux, le **Catarrhe vésical,** les **coliques néphrétiques,** la **Gravelle** et la **Goutte.**

Ses propriétés toniques et reconstituantes en font un adjuvant précieux dans le traitement de **l'Albuminurie,** du **Diabète** et des maladies qui proviennent de la **décomposition du sang.**

Elle est indiquée dans toutes les convalescences.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Grez, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — Verne, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

12

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

33

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

78

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

PEPTONE DEFRESNE

PREMIÈRE ADMISE, APRÈS ANALYSE, DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote; 0,69 p. 100 d'Acide phosphorique, 0,71 p. 100 Fer et bases Alcalino-terreuses.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. de viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent* et *exquis.* — Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon, *5 fr.*

POUDRE — CACHETS — ÉLIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Dose : 1/2 verre à madère au dessert, 4 fr.

2, r. des Lombards, et toutes les pharmacies.

Defresne, auteur de la **Pancréatine.**

77

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n°* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs,** très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt: Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie. — Dyspepsies. — Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

62

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris. Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROS

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodu expérimenté avec tant de soin par les méde des hospices spéciaux de Paris, a déterminé nombre très considérable de guérisons. Les cueils scientifiques les plus autorisés en font

Le succès immense de cette préparation bro rée en France, en Angleterre et en Amérique, t à la pureté chimique absolue et au dosage ma matique du sel employé, ainsi qu'à l'incorp tion du bromure dans un sirop aux écorces ranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MU contient 2 grammes de bromure de potassiun

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richel pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry M pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Ga

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRAN

est la seule boisson diurétique qui sollicite cacement la secrétion urinaire, apaise les leurs des reins et de la vessie, entraîne le sa le mucus et les concrétions, et rende aux ur leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, C rhe vésical, Affections de la prostate et de l'urè

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Riche pharmacie Lebrou, et dans les principales p macies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry M pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (G

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quina jaune et diastase — dans les propor d'un petit verre de vin de quinquina. Vive recommandé dans la thérapeutique infantile

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmaci

Vente en gros : M. Margier, pharm. à Pr

72

VICHY, PASTILLES DIGESTIVE

Fabriquées à Vichy, avec les Sels ext des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et prescrites contre les aigreurs et les diges difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAIN

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 e

Exiger sur les produits ci-dessus les marqu de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Ho où se trouvent à prix réduits toutes les minérales naturelles sans exception.

46

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

Ce vin, agréable au goût, contient par cui 0gr,12 d'extrait, soit exactement les prin actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flac

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 50, boulevard de Strasbourg.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCI

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maxim puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement r pensé à l'Exposition universelle de Paris, Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. Vin id. id. à 1.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GI

Dépôt dans toutes les bonnes pharmaci

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

I

Les antipyrétiques comme analgésiques. — Parmi les médicaments de date récente qu'on expérimente actuellement de tous côtés, se trouve le groupe de ceux qu'on a nommés les antipyrétiques : l'antipyrine (1), la thalline (2), l'acétanilide (ou antifébrine), etc.

Tous ont été employés d'abord contre l'hyperthermie, puis on s'est mis à leur rechercher d'autres applications.

M. le professeur Germain Sée avait reconnu à l'antipyrine une action vraiment efficace contre la douleur, envisagée d'une façon générale et isolément de la cause qui peut la produire (3). Dans la dernière séance de l'*Académie des sciences*, il est revenu sur ce sujet et, comparant, à ce point de vue, l'antipyrine avec la morphine, il a proposé de la lui substituer d'une façon très générale.

Les injections sous-cutanées d'antipyrine remplaceraient avantageusement les injections sous-cutanées de morphine, sans présenter aucun des inconvénients de ces dernières, tels que les vertiges, les vomissements, la somnolence et ces excitations artificielles qui mènent à la morphinomanie. Elles auraient d'ailleurs, en dehors de leur action calmante, un pouvoir curatif dont la morphine est dépourvue.

La grande solubilité de l'antipyrine dans l'eau distillée permet d'en introduire 50 centigrammes dans le contenu d'une seringue de Pravaz, et c'est à cette dose qu'il convient de l'employer en injections.

M. Germain Sée, en administrant concurremment par l'estomac l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour, a obtenu de très beaux succès dans le rhumatisme, dans la goutte, dans les névralgies de diverses natures, y compris les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice.

Chez des malades atteints de calculs biliaires ou de calculs néphrétiques, l'antipyrine a déterminé rapidement la cessation des douleurs, sans diminuer, comme le fait la morphine, les sécrétions biliaires, intestinales et urinaires, ce qui constitue une grave complication.

Elle a rendu également de grands services dans les affections douloureuses du cœur et surtout dans les angines de poitrine. Enfin elle s'est montrée utile dans les accès aigus d'étouffement chez les asthmatiques, quand l'iodure de potassium avait épuisé son action et quand la morphine, pour agir, exigeait des doses exagérées ou répétées.

Ce serait à son action spéciale sur la moelle épinière, dont elle diminuerait immédiatement le pouvoir excito-moteur et la sensibilité réflexe que l'antipyrine devrait surtout son efficacité dans ces cas divers.

M. Lépine, dans un mémoire qui a été présenté à la *Société de biologie*, a étudié parallèlement l'acétanilide : et, suivant lui, cette substance, qui calme également les douleurs, présente, sur l'antipyrine, l'avantage d'être bien plus facilement supportée par les malades. Il a plusieurs fois employé comparativement chez les mêmes l'antipyrine et l'acétanilide. Tous, après essai, ont réclamé l'acétanilide, qui ne les empêche pas de manger de bon appétit, même quand elle est donnée à très forte dose (5 grammes). Les névralgies les plus diverses des nerfs de la vie de relation seraient guéries ou soulagées par l'acétanilide. M. Lépine voit donc un bon remède nervin dans cette substance, qui offre d'ailleurs l'avantage d'être d'une préparation très facile pour tous les pharmaciens. Comme M. Dujardin-Beaumetz, il l'a essayée dans l'épilepsie : et l'effet en a paru favorable.

Acétanilide dans l'épilepsie. — MM. Mabile et Ramadier ont communiqué à la *Société médico-psychologique* les résultats de leurs expériences sur l'acétanilide dans l'épilepsie. Ce médicament, employé à doses croissantes, jusqu'à 3 grammes par jour pour les hommes et 2gr,75 pour les femmes, est resté absolument inefficace sur une série de 11 hommes et une autre série de 11 femmes épileptiques. Il n'y a eu, d'ailleurs, ni troubles digestifs, ni troubles respiratoires pendant la durée du traitement. On a observé seulement de la cyanose, une légère teinte subictérique, une diminution de la sécrétion urinaire et une diminution du poids du corps.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 384, 485, 837, 921, 1017, 1021.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 166, 577, 997, 1017, 1021.
(3) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 424.

Les antipyrétiques contre le strychnisme et le nicotinisme. — Partant de ce point de vue que les antipyrétiques diminuent l'excitabilité réflexe de la moelle, MM. Chouppe et Bonnot ont recherché, l'un si l'antipyrine et l'autre si l'acétanilide ne pouvaient pas diminuer l'action toxique des poisons convulsivants tels que la strychnine. Ils ont fait chacun sur ce sujet une communication à la *Société de biologie*.

M. Chouppe commence par injecter dans la veine saphène d'un chien une dose notable d'antipyrine : 2, 3 ou 4 grammes. Puis dans le tissu cellulaire sous-cutané il injecte une dose de strychnine plus que suffisante pour amener la mort quand on l'introduit isolément chez un animal de même espèce et de même poids. Or, dans ces circonstances, le strychnisme ne se produit pas et il n'y a pas même de convulsions notables. Il en a été différemment après une injection intraveineuse de strychnine suivant de quelques minutes une injection d'antipyrine : le strychnisme avait débuté avec une extrême violence. Mais à la suite d'une nouvelle injection d'antipyrine, la respiration, déjà suspendue, s'est rétablie et au bout de trois quarts d'heure les accès convulsifs ont entièrement cessé. Le lendemain l'animal en question paraissait jouir d'une santé parfaite. M. Bonnot, qui étudiait sous ce rapport l'acétanilide, s'est servi d'une méthode tout à fait analogue à celle de M. Chouppe, sauf que ses expériences ont porté à la fois sur la strychnine et sur la nicotine. Des doses de strychnine habituellement mortelles, injectées dans les veines de chiens qui avaient reçu préalablement par la même voie une quantité notable d'acétanilide, ont bien provoqué au premier moment de violents accès convulsifs : mais ces convulsions duraient peu et les animaux se rétablissaient. Une goutte de nicotine, administrée à un chien acétanilidé, n'a paru produire aucun effet. La dose, habituellement foudroyante, de deux gouttes de nicotine n'a pas même excité de convulsions chez un autre chien.

Perforation du duodénum. — Depuis que M. Bucquoy a rappelé l'attention sur les ulcérations du duodénum et les perforations qui en peuvent être la suite, on les recherche dans les autopsies, et on les trouve bien plus souvent qu'on ne se le serait imaginé. Dans une même séance de la *Société anatomique*, M. Dutil et M. Despaigne ont présenté chacun un exemple de ces perforations duodénales. Les malades avaient succombé à des péritonites suraiguës ; mais, jusqu'au moment de la perforation, aucun des symptômes signalés par M. Bucquoy (mais comme pouvant manquer souvent), n'avait révélé la présence d'un ulcère du duodénum.

Il n'en avait pas été tout à fait de même chez un autre malade, mort également par suite de perforation duodénale interne, dont M. Rottmann a parlé à la Société de médecine de Berlin. L'ulcération du duodénum avait passé inaperçue, car on ne peut pas lui attribuer la production de fausses membranes, d'une nature exclusivement fibrineuse, qui, à plusieurs reprises, causèrent une sorte d'obstruction intestinale avant d'être rendues en masse dans les selles. Mais en dehors des crises de douleurs très vives et de vomissements attribuables à ces obstructions momentanées, il y avait eu, à plusieurs reprises, des selles sanglantes, des hémorrhagies intestinales, qui certainement se rattachaient plutôt à l'ulcération du duodénum.

II

Aphonie guérie par suggestion à l'état de veille. — M. Boland a communiqué à la *Société médico-chirurgicale de Liège* les observations de six malades, atteints, depuis plus ou moins longtemps, d'aphonie complète, chez lesquels il avait constaté au laryngoscope l'impossibilité de faire affronter les cordes vocales inférieures dans la phonation, et qu'il a guéris, presque immédiatement, par la suggestion, sans les endormir. Il commençait par leur persuader que l'application du miroir allait faire cesser leur aphonie ; et effectivement ils retrouvaient la voix aussitôt le miroir appliqué.

A l'asile des incurables de la ville de Londres (*British home for incurables*) une aphonie, qui y avait motivé l'admission d'une jeune femme, fut guérie plus simplement encore par M. Ph. Bugg. Persuadé qu'il avait affaire à une affection purement nerveuse, sans *substratum*, il se borna à ne plus visiter la malade, à ne plus faire attention à elle. Au bout de six jours, ennuyée de son isolement, elle parla.

Est-ce la preuve qu'il s'agissait d'une simulation ? Pas le moins du monde. La malade s'est suggestionnée elle-même qu'elle devait guérir.

Elle a guéri, comme l'année dernière, cette pensionnaire de l'hospice Laënnec (1) qui, depuis cinq ans, ne pouvait pas mouvoir le genou droit et dont la prétendue ankylose a cédé aussitôt, une fois la conviction acquise, à l'état de veille, grâce à nous, que ce résultat devait s'obtenir.

L'auto-suggestion, dépourvue de toute mise en scène hypnotique, a produit cette fois en bien ce qu'elle produit si souvent en mal.

J'ai donné mes soins pendant longtemps à une jeune femme possédant la malheureuse faculté de réaliser, presque de suite, sur elle-même, tous les phénomènes anomaux, tels que contractures permanentes, douleurs excessives, photophobie, etc., qui lui avaient passé dans l'esprit et qu'elle avait craint d'éprouver.

Presque toutes les étrangetés, tous les syndromes singuliers signalés chez les hystériques n'ont pas d'autres causes ; et c'est pourquoi, quand on s'y prend bien, on les voit céder si aisément à la suggestion, à la persuasion, à l'action morale, sans même avoir besoin pour cela de recourir aux passes du somnambulisme ni aux pratiques de l'hypnotisme.

Ce ne sont pas seulement les paralysies, les contractures et les arthralgies succédant à des traumatismes qui sont produites chez les hystériques, directement, par l'auto-suggestion (ainsi que l'a soutenu, dans une thèse récente, M. Berbez, ancien élève de M. Charcot), c'est, d'une façon générale, à peu près tout ce qu'on observe chez elles, — et encore faut-il beaucoup étendre l'acception de ce mot « hystériques ».

Extirpation de la glande thyroïde dans le goître exophthalmique. — Nous ne savons pas bien en vertu de quelle théorie M. Lister a tenté de guérir le syndrome complexe qu'on appelle goître exophthalmique par l'ablation d'une partie du corps thyroïde ; mais le fait est qu'à une des dernières séances de la *Société médico-chirurgicale d'Édimbourg*, M. le professeur Fraser présentait une jeune malade qui fut ainsi traitée il y a deux ans et qui, au point de vue de son affection nerveuse, paraît s'en être fort bien trouvée. Malheureusement elle est devenue phthisique dans l'intervalle. Mais à la suite de l'opération, le pouls, qui battait auparavant plus de cent fois par minute, s'était rapproché très rapidement de la normale ; l'excitation cérébrale s'était calmée et tout était rentré dans l'ordre.

Amblyopies toxiques. — A la *Société ophthalmologique du royaume uni* on a discuté la question de savoir si ces am-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1886, p. 776.

blyopies centrales pouvaient reconnaître pour cause l'alcoolisme, ou seulement le nicotinisme chronique. MM. Nettleship, Edgar Browne, Adams Frost, Jesstop, Morton, Gunn, etc., ont déclaré n'avoir jamais rencontré de ces amblyopies toxiques que chez des fumeurs et, d'une façon générale, les avoir vues rapidement céder dès que le malade avait cessé ou du moins avait diminué l'usage du tabac. Parmi les arguments mis en œuvre contre ce qu'on a nommé «la théorie alcoolique», il en est un surtout qui mérite d'être signalé. Les femmes, paraît-il, en Angleterre boivent tout autant que les hommes ; mais elles ne fument pas. Si donc les amblyopies toxiques se rattachaient à des habitudes d'ivrognerie, elles seraient également communes dans les deux sexes. Or tant s'en faut qu'il en soit ainsi, M. Edgar Browne a recueilli pour sa part quarante-neuf observations, et dans tous les cas il s'agissait d'hommes. M. Hutchinson a cité pourtant un fait d'amblyopie toxique qui lui paraissait bien avoir été causé par l'abus des liqueurs fortes. Il ne tarda pas à guérir, comme c'est d'ailleurs la règle pour les amblyopies nicotiniques d'origine. Souvent on a vu celles-ci s'arrêter dans leur progression, ou rétrocéder et disparaître chez des individus qui continuaient toujours à fumer autant que d'ordinaire. Et néanmoins, suivant plusieurs observateurs, elles s'accompagneraient souvent de lésions visibles à l'ophthalmoscope ; la papille pâle, blanche, prendrait le même aspect que dans l'atrophie papillaire. Or, si la guérison survient, cette pâleur de la papille persisterait généralement — comme l'avait remarqué M. le professeur Panas pour certains cas de cécité avec atrophie papillaire dont nous avons dit quelques mots dans un article précédent (1).

A la *Société de médecine de Berlin*, M. Ushoff, traitant de ces amblyopies toxiques, les avait attribuées indifféremment au tabac et à l'alcool. La lésion serait toujours la même et consisterait dans une névrite interstitielle du nerf optique, avec prolifération cellulaire et développement de vaisseaux.

Les antipyrétiques contre la fièvre. — Le traitement antipyrétique des maladies fébriles par une des substances qui ont été nommées antipyrine, thalline, antifébrine, est en ce moment à l'ordre du jour en Amérique. Dans le second meeting annuel de l'*Association of American physicians*, plusieurs mémoires sur ce sujet ont été lus et une discussion s'est engagée sur la préférence à accorder, soit à ces remèdes, soit aux bains froids, pour combattre l'hyperthermie, particulièrement dans la fièvre typhoïde et les autres fièvres continues. L'opinion la plus générale a paru être que certains symptômes, tels que la fièvre, l'agitation nerveuse, l'état de malaise accusé par les malades, pouvaient être très avantageusement modifiés par l'une ou par l'autre de ces médications. Mais on n'est pas tombé d'accord sur le point de savoir si la durée de la maladie était abrégée et si, somme toute, le danger était diminué proportionnellement.

A la 38e session annuelle de l'*American medical association*, tenue à Chicago quelques jours plus tard, M. le docteur Lynch (de Baltimore), président de la section de médecine pratique, a consacré aux antipyrétiques une grande partie du discours dans lequel il passait en revue les plus récentes découvertes. M. Lynch s'est déclaré le partisan presque sans réserve de l'emploi de l'antipyrine dans toutes les maladies fébriles, non seulement dans la fièvre entérique (typhoïde), mais dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la pneumonie croupale et même dans la phthisie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1887, p. 669.

A la *Société médicale de New-Jersey* on avait mis à l'ordre du jour la question de l'antipyrine. MM. Baldwin, Helfer et Quimby dirent avoir personnellement essayé ce médicament dans la fièvre typhoïde et la pneumonie. A la dose de 3 grammes il ne leur a point paru abaisser la température d'une manière permanente, mais souvent il affaiblit encore l'action d'un cœur déjà épuisé. Comme conclusion, ces praticiens conseillent de ne l'employer qu'avec grande prudence, avec grande réserve dans ces maladies.

Les antipyrétiques dans le rhumatisme aigu. — A la différence des très nombreux médecins américains qui ont pris la parole dans l' «Association of physicians» M. Lynch s'est servi de l'antipyrine assez fréquemment dans le rhumatisme aigu et il l'a trouvée à peine moins efficace que le salicylate de soude.

On sait qu'en effet en Europe (en Allemagne, en France, etc.), les antipyrétiques sont très employés dans les affections rhumatismales. M. Lépine, qui a concurremment essayé l'antipyrine et l'acétanilide dans ce genre de maladies, tend à préférer la première en pareil cas. Dans un mémoire récent, appuyé sur vingt-quatre observations, M. Bernheim a conclu de ses recherches personnelles que l'antipyrine paraît être surtout efficace dans le rhumatisme vrai, fébrile ou apyrétique. Il s'est demandé si cette substance agissait alors comme agent anti-zymotique. Le rhumatisme articulaire aigu lui semble en effet devoir être une maladie infectieuse microbienne, bien qu'il n'attache pas, dit-il, grande importance à ce fait que Klebs aurait trouvé des monades spéciales dans le sang de malades affectés de rhumatisme articulaire aigu. Diverses raisons, telles que l'impuissance de l'antipyrine contre les complications cardio-pulmonaires, la rapidité de son action contre les douleurs, etc. lui font écarter l'hypothèse d'une action surtout anti-microbienne.

Les bactéries du rhumatisme. — En Angleterre, M. Alfred Mantle a trouvé, décrit et montré à ses collègues de la *British medical association*, non seulement dans le rhumatisme aigu, mais dans le rhumatisme chronique, et même dans un cas de rhumatisme considéré comme blennorrhagique, deux espèces de micro-organismes : d'une part, un micrococcus (globulaire); et d'une autre part, un petit bacillus ou batonnet. Dans le sang les micrococci se rencontrent tantôt isolés, tantôt associés deux par deux (diplococci), tantôt même, dans des cas aigus, réunis en masses zooglées. Les bacilli assez courts, se présentent également soit isolés, soit en paires, soit en colonies. Cultivés dans un milieu acide, ces bacilles s'allongent. On peut aisément les colorer avec la fuschine, le violet de méthyle, etc. Il faut ajouter que M. Mantle a également trouvé des bacilles semblables dans des cas de rhume ou catarrhe aigu qui avaient débuté par des frissons et de la fièvre.

Traitement de l'insomnie. — A la *Société neurologique* de New-York s'est engagée une discussion sur le traitement de l'insomnie fonctionnelle, c'est-à-dire de celle qui se produit, sans cause connue, chez des personnes d'un tempérament neurasthénique. M. Sachs a dit avoir observé, chez un grand nombre d'individus qui se plaignaient du manque habituel de sommeil, la pâleur de la peau, le refroidissement des extrémités, la faiblesse du pouls et des battements du cœur, et, dans le sexe féminin, l'insuffisance du flux menstruel. Ces malades sont souvent sujets à la migraine. Et tout l'ensemble de ces phénomènes paraît également se rattacher principalement à l'anémie. En pareil cas l'emploi continu de la médi-

cation hypnotique, soit par les opiacés, soit par les bromures, soit par le chloral, la paraldéhyde, etc., loin d'être utile, paraît plutôt nuire. Ce qui convient, ce sont les douches froides, les changements d'air, l'exercice régulier, surtout dans les montagnes, un régime tonique sagement conduit.

M. le docteur Fischer est d'accord avec M. le docteur Sachs sur l'inefficacité complète des hypnotiques. Il s'est bien trouvé, au contraire, de l'huile de foie de morue, des toniques minéraux et de tout ce qui pouvait améliorer la nutrition. MM. Jacoby et Gibuey ont vu l'électricité statique provoquer le sommeil. M. le docteur Birdsall, tout en recommandant l'emploi des moyens hygiéniques préconisés par M. Sachs, ajoute que, dans des cas rebelles, il s'est bien trouvé d'administrer l'extrait de conium à haute dose : 15, 20 gouttes ou plus d'extrait fluide dans les vingt-quatre heures. Il a pu continuer cette médication durant plusieurs mois, sans amener aucun résultat délétère. M. Hammond n'est pas hostile aux bromures; mais il ne les donne qu'à faibles doses et il emploie simultanément l'ergot de seigle. Il applique aussi l'électricité statique et les ventouses sur la région cervicale postérieure. M. Ledzinski appelle l'attention sur les bons effets des applications cutanées irritantes, telles que sinapisme à la moutarde, poivre de Cayenne, etc. M. Dana a vu le lupulin réussir contre l'insomnie des vieillards.

Lavements gazeux dans la phthisie pulmonaire. — La méthode de Bergeon vient d'être discutée, à très peu de jours de distance, d'une part à l'*Association of american physicians*, et, d'une autre part, à la *Société de médecine interne de Berlin*.

M. le docteur Bruen (de Philadelphie) a employé déjà ce genre de traitement dans 61 cas : 44 fois les malades paraissent en avoir tiré bénéfice, mais, sur ce nombre, 3 seulement semblent guéris.

Chez l'un des trois, il ne s'agissait que d'une bronchopneumonie simple; chez les deux autres, on soupçonnait une tuberculose commençante, avec légère induration du sommet droit. Les bacilles caractéristiques furent recherchés avec soin à plusieurs reprises, mais on ne les découvrit que dans les crachats d'un seul.

Parmi ceux qui n'obtinrent, en définitive, aucun bénéfice des lavements gazeux préconisés par M. Bergeon, quelques-uns avaient éprouvé une amélioration légère et momentanée.

Les bons résultats ont consisté en diminution de l'expectoration et de la toux, abaissement de la température, quelquefois du pouls, et suspension des sueurs nocturnes.

Chez aucun des malades on ne constata, durant le traitement, une diminution notable du nombre des bacilles. La diarrhée et la péritonite chronique ont paru constituer des contre-indications.

M. Bruen conclut que la méthode de Bergeon convient surtout lorsqu'il existe du catarrhe bronchique.

M. le docteur Shattuck (de Boston) est peu favorable à l'emploi de l'hydrogène sulfuré en injections intestinales. Il en a vu résulter des symptômes toxiques tels que nausées, vomissements, dépression générale, collapsus, mal de tête et malaise abdominal. Ces injections ne sont, en aucune manière, spécifiques contre la phthisie. Si tant est qu'elles soient utiles, ce ne peut être que comme auxiliaires des modes usuels de traitement. Le seul bien qu'il leur ait vu produire est une diminution dans l'abondance de l'expectoration.

MM. Pipper et Wood (de Philadelphie), Bewerley Robinson et Peabody (de New-York) ont obtenu, dans certains cas, quelques bons effets de l'emploi de la méthode de Bergeon. Chez plusieurs malades, l'expectoration a diminué, le poids du corps a augmenté. Mais, somme toute, l'action utile du gaz sulfureux ne leur a pas paru des plus considérables.

MM. Forsheimer et Whittaker (de Cincinnati) ont comparativement appliqué, chez les mêmes malades, la méthode de Bergeon, l'acide sulfureux, isolé de l'acide carbonique, en lavements ou en inhalations, et ils n'ont constaté aucune différence dans les résultats.

M. Forsheimer a même employé, dans ces derniers temps, tantôt des lavements d'acide carbonique et tantôt des lavements d'air pur, sans que les malades se soient aperçus de la substitution d'un gaz à l'autre, et sans qu'il y ait eu aucune variation dans les effets.

A la *Société de médecine interne de Berlin*, M. Statz a rendu compte des résultats obtenus par lui chez dix malades, dont deux étaient déjà gravement atteints, et dont deux autres ne présentaient encore qu'un commencement de tuberculose. Les deux premiers sont morts. Six des autres ont éprouvé une amélioration plus ou moins marquée. La toux et l'expectoration ont diminué, les sueurs nocturnes ont disparu, et le poids du corps s'est accru. Mais les signes physiques et le nombre des bacilles sont restés les mêmes.

M. Ewald croit que les bons effets observés par M. Statz ont résulté principalement de la suggestion. Il n'est pas certain que l'acide sulfureux soit absorbé dans l'intestin. Celui-ci renferme normalement une certaine quantité de ce gaz, et si on voulait l'augmenter, il suffirait de faire ingérer certains légumes.

M. Frantzel pense que l'important n'est point de discuter théoriquement cette question, mais d'indiquer, chacun, les résultats pratiques qu'a pu donner cette méthode.

Ajoutons que les expériences, faites à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, avaient conduit à des conclusions très analogues à celles que viennent de développer MM. Bruen et Statz.

Éléphantiasis traité par la section du nerf sciatique. — A une des dernières réunions de l'*Association orthopédique américaine*, M. le docteur Morton a rapporté deux cas d'éléphantiasis dans lesquels il avait cherché à modifier la nutrition du membre affecté : une fois par la section simple du nerf sciatique, à sa sortie du pelvis; et une autre fois par la résection de ce même nerf, sur une longueur d'un pouce. Ce fut cette dernière opération qui lui donna les résultats les plus complets. Le membre inférieur, ainsi traité, perdit moitié de sa circonférence; la peau redevint parfaitement souple. Le malade mourut de phthisie peu de temps après.

Névrites périphériques (1). — Dans un mémoire fort intéressant, lu devant la *Société médico-chirurgicale de Bristol*, M. Mitchell Clarke a exposé l'état des connaissances actuelles en ce qui touche les névrites périphériques. La plupart des paralysies qu'on fait rentrer aujourd'hui dans ce groupe étaient naguère considérées, soit comme purement nerveuses c'est-à-dire sans lésion qu'on puisse découvrir à l'autopsie, soit comme dépendant de quelque affection des centres nerveux.

Suivant M. Clarke, un auteur anglais, Lettsom, aurait, le premier, dès 1789, attribué à une névrite les paralysies

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 635.

alcooliques, dans un ouvrage intitulé : *History of some of the effects of hard drinking.*

La classe des névrites périphériques dues à l'alcool fut, en tous cas, grâce aux recherches de Lancereaux, Leudet, etc., la première à être pleinement et scientifiquement établie. Depuis lors on a reconnu que d'autres paralysies toxiques, telles que celles que causent les inhalations de bisulfure de carbone, etc., étaient dues pareillement à des lésions portant sur les nerfs eux-mêmes et non sur les centres d'où ils émanent. Tel est également le cas pour des intoxications causées par un métal ou un métalloïde : le plomb, le cuivre, l'arsenic. Enfin, certaines maladies, zymotiques ou non zymotiques, produisent des paralysies ainsi expliquées aujourd'hui. Dans le premier groupe, nous citerons principalement la diphthérie, puis le typhus, la fièvre typhoïde, la syphilis, etc. ; dans le second groupe, le diabète.

Quant au rhumatisme fébrile, à la suite duquel M. Ross, cité à ce sujet par M. Clarke, a observé récemment un cas de névrite périphérique, on tend plutôt à le ranger aujourd'hui parmi les maladies zymotiques, c'est-à-dire microbiennes, ainsi qu'on l'a vu précédemment. Ajoutons que des névrites se rencontrent aussi dans le rhumatisme chronique. MM. Pitres et Vailland ont établi ce point, l'année dernière, dans une note qu'ils ont lue à la Société de biologie, et ils viennent de le développer dans un nouveau mémoire, avec trois autopsies à l'appui.

Dans les névrites périphériques on peut observer des lésions soit parenchymateuses, soit interstitielles. On peut trouver les fibres nerveuses atrophiées, privées de leur myéline, réduites à l'état de gaines vides, les cylindres d'axes segmentés, etc., sans altération du tissu conjonctif intra ou péri-fasciculaire ; ou, au contraire, ce dernier tissu, irrité surtout, proliférant, pressant sur la vraie substance nerveuse et la détruisant ainsi. Au point de vue symptomatologique on ne sait pas encore distinguer un de ces cas de l'autre.

Les paralysies dépendant de névrites périphériques causées par une intoxication ou une infection microbienne sont généralement symétriques. Il en est d'ascendantes ; mais le plus souvent elles s'arrêtent rapidement dans leur extension et entrent dès lors dans une période d'amélioration, qui aboutit ordinairement à une guérison complète. Tant qu'elles durent, elles influent puissamment sur la nutrition des muscles qu'elles affectent dans leur motricité : ces muscles diminuent de volume, deviennent flasques, s'atrophient parfois complètement.

A tous ces points de vue certaines polynévrites périphériques ressemblent beaucoup à ces myélites ascendantes, aiguës ou subaiguës, qui guérissent — myélites dont nous avons déjà cité plusieurs exemples et dont un cas, si remarquable, sur lequel nous allons avoir à revenir, est à observer en ce moment même dans le service de M. Bucquoy.

Parmi les signes pouvant servir au diagnostic différentiel, on avait indiqué l'absence des divers réflexes tendineux dans le cas de névrite périphérique ; mais M. Clarke, — après avoir rappelé qu'Oppenheimer et Ross avaient trouvé le réflexe rotulien exagéré d'abord, avant de disparaître, dans des paralysies des membres inférieurs, causées par le plomb, etc., et qui se comportèrent en tout comme des névrites périphériques, — s'appuie sur sa propre expérience pour insinuer qu'en général les choses doivent se passer ainsi. Une période, plus ou moins courte, d'excitabilité plus grande, soit des réflexes tendineux, soit du tissu musculaire lui-même, se produirait tout à fait au début ; et dans certains faits exceptionnels, tels que ceux que MM. Strompell et Mobius ont dernièrement publiés, cette exagération des réflexes pourrait persister jusqu'au moment de la guérison.

Il est donc des cas où le diagnostic n'est pas facile, surtout quand on n'établit pas une étiologie bien certaine, rattachant la paralysie ascendante à l'une des causes, toxiques ou non toxiques, dont on sait bien d'avance que l'action porte sur les nerfs et non sur les centres nerveux.

Ces névrites périphériques de cause indéterminée, qu'on pourrait nommer idiopathiques, ne sont pas très rares. M. Clarke en cite plusieurs exemples, au moins probables d'après la marche de l'affection, bien que, la guérison ayant eu lieu, comme c'est la règle dans les névrites périphériques, aucune autopsie ne soit invoquée.

III

Alcoolisme, saturnisme, polynévrite probable. — Au nº 3 de la salle Monneret, à la Pitié, dans le service de M. Troisier, nous venons de voir un malade qui a fait grand abus des alcooliques, a longtemps manié la céruse et qui, sous l'influence de l'une au moins de ces deux causes si habituelles de névrites périphériques (probablement de la dernière) s'est trouvé pris d'un affaiblissement considérable et progressif des quatre membres — avec abolition du réflexe rotulien, etc. — et, en même temps, de tremblements d'une forme très insolite. Ce fait est curieux et mérite un examen approfondi.

Cécité puis paralysie ascendante par myélite aiguë. — Tout semble indiquer que la guérison s'effectuera chez ce malade de M. Bucquoy dont nous avons déjà parlé il y a deux semaines (1) et chez lequel une myélite aiguë a produit d'abord la cécité, avant d'avoir pour conséquence une paralysie ascendante.

Au commencement de ce mois, depuis quelques jours, la vision se rétablissait progressivement ; mais les douleurs qui, chez cet homme, précédaient de si peu la paralysie, montant toujours, avaient envahi le thorax et même le cou. On pouvait donc craindre que la mort par asphyxie se produisît à très bref délai.

Déjà le malade accusait une sensation comparable à celle d'un corset de fer qui lui étreindrait la poitrine, il poussait souvent de profonds soupirs, comme le font ceux qui éprouvent de la gêne respiratoire. La déglutition paraissait un peu moins facile. Il était certain que la myélite n'avait qu'à monter un peu plus haut pour que la vie fût compromise.

Heureusement le summum était alors atteint, et, depuis ce moment, a commencé une période d'amélioration progressive, qui se continue.

D'abord, la sensation de serrement thoracique a disparu, la respiration est redevenue libre et naturelle ; puis, les douleurs si vives que le malade éprouvait dans les deux bras, particulièrement dans le bras gauche, se sont calmées ; le membre gauche, y compris la main, est encore lourd et presque sans force, mais presque tous les mouvements y sont redevenus possibles.

Quant à la sensibilité du membre inférieur gauche, elle a cessé d'abord de se traduire par une sensation siégeant à gauche de l'épigastre et par des réflexes divers. A ce point de vue donc, la paralysie avait paru pendant quelque temps s'être complétée. Mais voilà qu'aujourd'hui le malade perçoit,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 669.

en en ayant parfaitement conscience, sur toute la longueur du membre inférieur gauche (plus nettement peut-être qu'ailleurs, près du genou), les sensations de pression, de contact, de tiraillement des poils; il ne sent pas encore la douleur, ni le froid, qui l'impressionnait si vivement au commencement de sa maladie.

Le réflexe rotulien, qui avait disparu en même temps que le reste de sensibilité cutanée, se retrouve actuellement non seulement sur la jambe gauche, mais même, à un faible degré, sur la droite. Lorsqu'on pince ou lorsque l'on pique avec persistance, sur quelque point, ce membre inférieur droit, on y constate une sensibilité, retardée, mais très évidente. En outre, alors, on met en jeu un réflexe semblable à celui qui existait il y a quinze jours du côté gauche, quand sur le membre inférieur droit, le premier pris, les excitations ne produisaient rien : actuellement par des excitations sur la jambe droite on provoque une douleur vers la base du thorax, à droite et un peu au-dessus de la région épigastrique.

La vue s'améliore de jour en jour. Ce matin M. le professeur Panas a bien voulu prier son chef de clinique de renouveler l'examen des yeux à l'ophthalmoscope. On a trouvé que les papilles étaient moins blanches, que leurs vaisseaux étaient moins vides, mieux marqués.

Ainsi, dans ce cas de myélite aiguë, qui guérit, la paleur nacrée des papilles ne paraît pas devoir persister après le retour de la vue, comme elle le fait si fréquemment dans les amblyopies toxiques et dans d'autres amblyopies dues à des causes différentes.

Guérison instantanée d'un lumbago rhumatismal. — Comme exemple très remarquable à l'appui de l'opinion de M. le professeur Sée sur l'action analgésique de l'antipyrine en dehors des arthropathies, — action que M. Bernheim semble croire plus douteuse, — nous citerons le cas d'un homme de quarante-deux ans entré, le 24 juin dernier, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, n° 18.

Depuis quatre jours cet homme souffrait d'un lumbago, tel qu'il lui était impossible de s'asseoir, et qu'une fois au lit il ne pouvait pas même se lever. Ce lumbago était rhumatismal, car les doigts des mains et les orteils s'étaient en même temps gonflés. Après une première injection sous-cutanée de 50 centigrammes d'antipyrine, le lumbago avait complètement disparu, et il ne se reproduisit plus depuis lors. On continua à injecter matin et soir 50 centigrammes d'antipyrine et en même temps on en faisait prendre trois grammes par jour par la voie stomacale. L'action du remède sur l'affection rhumatismale des doigts et des orteils, sans être immédiate, fut très rapide. Aujourd'hui cet homme va très bien.

Amnésie ou simulation. — Dans le service de M. Mesnet se trouve actuellement une femme, d'une cinquantaine d'années, paraît-il, qui a été conduite à l'Hôtel-Dieu après avoir été ramassée dans la rue. On pense qu'elle avait éprouvé une attaque d'apoplexie, car elle se servait mal de la jambe droite, et serrait peu de la main droite. Ses facultés intellectuelles n'étaient nullement affectées en ce qui touchait la justesse du raisonnement ou même la finesse; son œil, brillant d'un certain éclat, semblait vouloir lire dans la pensée de ses interlocuteurs. Elle parlait sans peine. Mais elle n'avait conservé le souvenir de rien. Elle ne reconnaissait aucun des objets de l'usage le plus fréquent, ni verre, ni cuillère, ni fourchette. Elle ne savait ni son âge, ni son nom, ni où elle était née, ni où elle avait vécu, ni si elle était mariée ou non, si elle avait eu un père et une mère. On lui montrait une voiture, elle demandait ce que c'était. On lui montrait Notre-Dame, elle disait que cela lui semblait une grande maison, mais qu'elle en ignorait l'usage. Les notions les plus élémentaires, celles de la distinction des sexes, de l'utilité d'un mari, étaient complètement perdues pour elle. Et, cependant, elle répondait très bien quand on lui demandait si elle souffrait à tel ou tel organe, au cœur, au foie, au poumon, à l'estomac, aux reins, au dos, au côté, à la hanche, au genou, à la matrice. Elle comprenait si bien alors qu'elle portait la main au point correspondant à l'interrogation, afin de bien constater si elle souffrait ou ne souffrait pas. Aucun mot du vocabulaire ne lui manquait, en dehors de ceux qui pourraient paraître un souvenir de son genre antérieur de vie. Pour ces mots-là, il faut qu'elle les apprenne graduellement et un à un, comme l'enfant qui commence à vivre.

A ce point de vue, sa situation n'a pas changé depuis son entrée à l'hôpital, où elle reste comme un problème.

Dr V. Revillout.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juillet 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. le médecin aide-major de deuxième classe Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne;

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Tournadre, Maltrait, Giraud, Cohadon, Ruelle, Manissolle, Chassagnette, Brisson, Boyer et Guérin.

— Par décret, en date du 12 juillet 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. le médecin-major de deuxième classe Bailly.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Defaut, Dunoyer et Larmaraud.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. le médecin aide-major de première classe Roussel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bouquerot, Picou, Bataille, Leblanc, Carnat, Thomas, Bollard, Dujol, Joal, Ahond, Peyrot, Reignier, Bois, Pouget, Bourlet, Geoffray, Besson, Gervais, Béal, Hugon, Dulac, Perrin, Nodet, de Brinon, Delome, Auboyer, Cassin, Coiffier, Tessier, Reynaud, Barrès et Nicolas.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Mercier et Tardivi.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. le médecin aide-major de deuxième classe Pomme.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. le médecin aide-major de deuxième classe Lannegrâce, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret en date du 13 juillet 1887, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Duplay et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Tapret, médecin des hôpitaux de Paris; — Terrillon, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière; — Espiau de Lamaëstre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard; — Gibert, médecin du bureau de bien-

faisance du XII[e] arrondissement de Paris; — Gouel et Michel, à Paris; — Dechaux (1), à Montluçon; — Ricoux, médecin de l'hôpital de Philippeville.

— Par décret, en date du 13 juillet 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin, docteur en médecine, Borius.

— Par décret, en date du 16 juillet 1887, M. le docteur Baissade, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscription des candidats à la chaire de physiologie, vacante par suite du décès de M. Béclard est close. Les deux seuls candidats inscrits sont : MM. les docteurs Reynier et Charles Richet.

La liste de présentation des candidats sera dressée jeudi prochain 21 juillet 1887.

— M. Combes soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 20 juillet, à huit heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « Nouvelle réaction du chlorure d'aluminium, synthèses dans la série grasse. »

Le même jour, 20 juillet 1887, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, M. Colomb soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Les stipules. »

(1) Membre du conseil d'hygiène.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21444

39

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.217

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques .... } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

54

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD À LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

29

EAUX-BONNES

(BASSES-PYRÉNÉES)

STATION THERMALE DE PREMIER ORDRE

Chemins de fer d'Orléans et du Midi.

Trains directs et express sans changer de wagon de Paris à Laruns-Eaux-Bonnes.

Eaux thermales sulfurées sodiques et calciques universellement réputées.

Traitement spécial des voies respiratoires : *Bronchites, angines, catarrhes, pharyngites, laryngites.*

Cure préventive des maladies de poitrine.

Grand Casino, spectacles et concerts publics tous les jours, excellent orchestre, centre important d'excursions aux Pyrénées. — Belles promenades.

Vastes et beaux hôtels des plus confortables à prix modérés, maisons meublées. Altitude 750 mètres. — Climat tempéré. Sites incomparables.

37

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Brombydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

24

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

16

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

22

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *Rigollot*

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

71

MALADIES DE L'ESTOMAC

GOUTTES AMÈRES DE BAUMÉ

(GOUTTES DE GIGON)

préparées d'après la véritable formule de BAUMÉ avec la FÈVE de SAINT-IGNACE.

Dyspepsies flatulentes, gastralgies, pertes de l'appétit, pyrosis, stimulant énergique de l'estomac. 3 à 5 gouttes suivant prescription médicale avant les deux principaux repas. — Prix : le flacon compte-gouttes, **3** fr. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

Ancienne Phie Baumé, Gigon successeur, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les phies.

51

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

98

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. »**. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 20 juillet 1887.

Nous recevons de M. le docteur Armand Després, chirurgien de la Charité et membre du Conseil municipal de Paris, la lettre suivante :

Paris, 18 juillet 1887.

MON CHER DIRECTEUR,

Jeudi 7 juillet, le conseil de surveillance de l'Assistance publique, par 7 voix contre 6 sur 13 votants, a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Beaujon et de l'hôpital Lariboisière; c'est-à-dire que 7 personnes, chargées de veiller aux intérêts de nos hôpitaux, ont été d'avis qu'il était bon de remplacer 52 sœurs (des Augustines nos meilleures hospitalières), logées en dortoir à l'hôpital, par 52 personnes au moins à qui l'on permettra de garder leurs parents chez elles dans un appartement de 3 pièces; qu'il était bon à cet égard de loger ces nouveaux employés hors de l'hôpital, soit dans des maisons louées à cet effet, soit dans des immeubles productifs de revenus appartenant aux hôpitaux et dont on renvoie les locataires.

Ce n'est pas, en vérité, la peine d'avoir un conseil de surveillance de l'Assistance publique, si tout ce qui est arrivé depuis que la laïcisation, c'est-à-dire le renvoi des sœurs, est tolérée par le gouvernement, si tous les nouveaux faits graves qui sont journellement révélés, ne servent de rien. Le vol de linge à l'hospice des Incurables à Ivry, le refus d'infirmières laïques d'aller dans les salles de croup, la mortalité presque doublée à l'hospice des Enfants Assistés laïcisé depuis 18 mois, le retrait des enfants par leurs parents hors de ces hôpitaux meurtriers, et des plaintes qui nous arrivent de tous côtés, tout cela est lettre morte.

Lorsque l'on voit que les membres du conseil qui y sont parvenus par l'élection de leurs pairs, c'est-à-dire des hommes à qui l'étude et le travail ont donné des idées d'ordre et de justice qui ajoutent à leur valeur personnelle, votent seuls pour le maintien des sœurs, on se demande d'où vient et où va la majorité qui vote ces laïcisations. En dehors des 2 membres nommés par le conseil municipal et dont je ne dirai rien, il y a 6 membres nommés directement par l'administration, et ceux-ci votent sans phrases toutes les laïcisations que leur propose légèrement le directeur de l'Assistance publique. Aussi, en présence des budgets compromis de l'Assistance publique et des leçons de l'expérience volontairement méconnues, en présence de tant de faits déplorables qui ont jugé la laïcisation des hôpitaux, il est impossible de ne pas regretter que l'administration ait mis dans ses choix un aussi incroyable abandon.

Cette lettre, comme les précédentes, est destinée à éclairer nos confrères et elle servira certainement, plus tard, pour écrire l'histoire d'une faute que la République a commise.

Veuillez agréer, mon cher directeur, etc.

Dr A. DESPRÉS.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il est un point sur lequel tout le monde s'est trouvé d'accord à l'Académie de médecine : c'est la nécessité de réformer au plus tôt l'organisation et les programmes de l'enseignement secondaire.

Et il ne faudrait pas s'imaginer que cette réforme soit demandée seulement par les ennemis du travail, par ceux qui regardent comme un péril toute application du cerveau au delà d'une limite fixée d'après la mesure la plus étroite. Tout au contraire, ceux qui tiennent le plus à ce que la France garde intellectuellement son rang parmi les nations, sachant que pour cela il importe d'y développer l'amour du travail, de l'application passionnée dans les recherches scientifiques, ceux-là sont les premiers à dire que notre système universitaire est à condamner à jamais.

« Il fait des hommes qui ne savent plus travailler », nous disait hier un savant chimiste, M. le professeur Gautier, — qui aurait voulu voir proposer, plus nettement qu'on ne l'a fait, la suppression complète du baccalauréat et une réforme radicale de tout le régime scolaire.

Cette réforme est d'ailleurs rendue indispensable par la nouvelle loi militaire. Si nous imitons l'Allemagne en faisant des soldats de tous nos jeunes gens quand ils ont atteint l'âge de vingt ans, il faut l'imiter en leur permettant d'avoir dès lors poussé très loin les études supérieures et professionnelles.

En Allemagne, il n'y a pas de baccalauréat : ce sont les professeurs eux-mêmes qui, dès la seconde, sont chargés de juger si les aptitudes de leurs élèves sont suffisantes pour les carrières libérales : et, on le sait, rien n'est plus commun que de rencontrer des *docteurs* de moins de vingt ans dans les diverses Facultés allemandes.

Il faut qu'on sorte du collège le plus tôt possible pour s'habituer, avant l'interruption forcée par le service militaire, à voir le travail sous un autre aspect, à ne plus y rattacher les idées de *pensum*, de surmenage scolaire inepte, de courbature de la mémoire pour des mots vides et des

formules creuses à débiter dans les examens. Il faut qu'on ait eu le temps de pouvoir bien goûter tout le charme entraînant de la science, de la curiosité scientifique grandissant et se satisfaisant par l'étude acharnée — mais par l'étude libre, sans qu'aucun mentor soit sur votre dos pour vous imposer une autre tâche au moment même où l'intérêt que vous aviez pris à une question risquait de devenir une sorte d'amour, capable de mettre en jeu toutes vos facultés.

Cette liberté féconde du travail ne peut commencer qu'à partir du jour où on en a fini avec les classes. Il faut donc raccourcir beaucoup le cycle des classes et réduire leurs programmes en conséquence.

M. Hardy voudrait qu'on bornât l'enseignement secondaire à apprendre quelques langues anciennes et modernes, un peu de philosophie, de l'histoire et de la géographie.

Et encore l'histoire etc., sont-elles de ces choses que l'on apprend mal au collège. Ce qu'on en sait, quand on n'en a pas fait sa spécialité, on s'est trouvé l'acquérir surtout, au coin du feu, par la lecture.

Le lycée doit avoir pour but de fournir aux jeunes gens les instruments de travail indispensables pour les études supérieures, les seules qui comptent. Il faut qu'on y apprenne les langues principales qui doivent faciliter ces études supérieures.

Mais quand les programmes seront déchargés de tout ce qu'ils renferment d'inutile, ce résultat pourra être atteint en peu d'années, sans surmenage scolaire.

Peut-être même pourra-t-on conserver, dans ces conditions, les lycées actuels, — que M. Hardy voudrait voir supprimer comme des établissements essentiellement insalubres et pernicieux pour la santé publique, — mais en faveur desquels M. Lancereaux, médecin du plus considérable et du plus important de tous, a très habilement plaidé les circonstances atténuantes.

LE CONCOURS DU BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX

EN MÉDECINE

I

Le concours pour la nomination aux places vacantes du Bureau central des Hôpitaux (médecine) vient de se terminer. Commencé dans la première quinzaine d'avril, il a été clos seulement dans les premiers jours de juillet : il a donc duré près de trois mois. Soixante-deux candidats étaient inscrits : les heureux triomphateurs, au nombre de trois, ont été MM. Josias, Juhel-Renoy et Hippolyte Martin. Nous les félicitons vivement de leur succès.

Il est évident que la durée de ce concours est exagérée : elle est une cause de fatigue très grande pour les juges et les candidats. Pour tous, c'est une perte de temps considérable.

Il est de toute évidence que, par le seul fait matériel de cette perte de temps énorme, le concours du Bureau central devrait être modifié. Cette réforme s'impose encore par d'autres considérations; la principale c'est qu'il ne répond plus du tout aux nécessités, ni à l'esprit de l'époque actuelle. Le concours du Bureau central, tel qu'il est organisé, est un obstacle très grand au travail original et personnel : comme il s'agit de jeunes médecins de vingt-huit à trente-cinq ans, parmi lesquels se recrutera l'état-major de la médecine française et le personnel des corps enseignants, il y a là une véritable question nationale. En effet, les peuples qui nous avoisinent n'ont d'autres concours que le concours sur titres ; le personnel de leurs hôpitaux et de leurs écoles ne passe pas la plus belle partie de sa jeunesse scientifique à subir les épreuves énervantes d'un concours suranné dans son esprit, très aléatoire dans ses résultats. Aussi la production scientifique est-elle plus abondante, et de beaucoup, en Allemagne que chez nous. Tel qu'il est actuellement conçu, le concours nous étouffe.

Il suffit de passer en revue les épreuves actuelles pour saisir facilement combien elles sont défectueuses : qu'on les considère isolément ou dans leur groupement.

Les épreuves sont au nombre de cinq, trois épreuves d'admissibilité, deux épreuves définitives. Il y a, du reste, une élimination après chacune des deux premières ; l'admissibilité définitive n'a lieu qu'après la troisième.

Après la première épreuve on élimine à peu près la moitié des candidats ; la moitié encore des survivants après la seconde. Pour le plus grand nombre, par conséquent, le concours n'a qu'une ou deux épreuves. Or ces épreuves sont très aléatoires : elles ne sont pas suffisamment probantes. Elles sont trop courtes et trop artificielles : c'est de l'escamotage. Si ceux qui les traversent font preuve d'un savoir réel, d'une certaine vivacité d'esprit et de jugement, ceux qui succombent à chacun de ces obstacles peuvent très bien ne leur céder en rien en savoir théorique et pratique.

Voici du reste en quoi consistent ces trois premières épreuves. La *première* : examen d'un malade en dix minutes, leçon de quinze minutes sur ce malade après cinq minutes de réflexion ; la *seconde* : leçon de vingt minutes sur un sujet théorique de pathologie interne après vingt minutes de réflexions ; la *troisième* : examen d'un malade en dix minutes, consultation écrite sur ce malade ; il est accordé quarante-cinq minutes pour la rédaction de cette consultation.

Pour la *première*, le malheureux candidat, dont le nom vient d'être tiré au sort, est conduit devant un malade préalablement examiné par le jury ; il faut qu'en *dix minutes*, quel que soit le cas, quelle que soit l'intelligence de son malade, la netteté de ses réponses, il faut qu'il ait fait son examen complet. Cinq minutes lui sont données pour examiner les urines, mettre un peu d'ordre dans ses idées, jeter quelques notes sur le papier. Il comparaît alors, dans une salle publique, devant le jury, et expose en un quart d'heure ce que lui a révélé l'examen du patient, son diagnostic, son pronostic, l'intervention thérapeutique qu'il juge nécessaire.

Cette première épreuve, après laquelle la *moitié des candidats* se trouvent éliminés, est un véritable escamotage : elle est à la fois *aléatoire* et *artificielle* !

Elle est aléatoire. En effet les cas sont loin de se ressembler. Les uns sont faciles, élémentaires ; les autres difficiles et compliqués. Il n'est guère de concours même où le jury qui a devant lui le temps, l'autorité, le nombre et la tranquillité d'esprit, ne commette une erreur de diagnostic qui eût éliminé un candidat.

Elle est artificielle. En effet un des premiers principes de clinique, c'est qu'il faut se donner le temps pour juger les choses et les fixer à leur juste valeur. Ici, en dix minutes, le jugement doit être établi ! Ajoutez à cela l'émotion du candidat qui joue une grosse partie, et j'ajouterai, parfois, l'émotion du malade que trouble la présence de cet aréopage.

Cette épreuve éliminatoire, la première de la série, est certainement la plus importante. Il faut avouer qu'elle est extrêmement défectueuse. Juger les gens sur un examen de malade, fait dans ces conditions, est absolument insuffisant, donc injuste. Pour passer outre, il faut : la chance d'abord, et ensuite un savoir-faire, une dextérité que certains esprits, excellents à tout autre point de vue, n'acquièrent jamais. Tout le monde ne peut pas réussir en acrobatie : cette épreuve est un tour de force.

La *seconde épreuve*, également éliminatoire, est une des plus difficiles — peu de candidats, j'en suis certain, me contrediront — elle est aussi très artificielle. Une question de pathologie interne est tirée au sort ; ici encore le grand rôle du hasard. Ce qu'on demande est de nouveau un tour de force. Faire facilement la question de vingt minutes, suppose non pas tant savoir sa pathologie qu'avoir appris, par une longue gymnastique, à la débiter en tranches. De bons esprits, très instruits, n'acquièrent jamais le tour de main voulu, pour faire cet exercice, qui est surtout un exercice de parade.

Ce n'est pas là le plus mauvais côté de la question de vingt

minutes; le pis c'est sa préparation, c'est le travail artificiel, la gymnastique ingrate et accaparante, auquel elle oblige pendant des années des gens qui ont pour la plupart dépassé la trentaine. Qu'on fasse faire un exercice semblable pour les concours élémentaires, l'internat, par exemple : c'est chose excellente, parce que cela enseigne la discipline dans le travail et la méthode dans l'exposition. Plus tard, c'est une perte de temps considérable, une surcharge inutile et parasite.

La vraie question théorique, c'est la question écrite, qui vous laisse le temps de la réflexion, l'étendue pour l'exposition. Elle peut prouver un savoir réel. Elle exige d'abord des qualités de solidité. Les qualités brillantes viennent au second plan. La question de vingt minutes, c'est une façade sans profondeur, un trompe-l'œil. Et cependant sa préparation exige beaucoup de temps et beaucoup de peine.

A notre avis, la question de vingt minutes fait double emploi avec la question écrite; elle est beaucoup plus difficile, plus artificielle et moins probante, et de plus, avec le système actuel, elle a le grand tort de venir en première ligne.

La *troisième épreuve* consiste de nouveau dans un examen de malade en dix minutes, suivi d'un exposé par écrit, pour lequel il est accordé trois quarts d'heure. Ici nous retrouvons l'examen rapide, extemporané du malade, avec ses inconvénients évidents. On a, il est vrai, un peu plus le temps de la réflexion, puisqu'on écrit au lieu de parler. On peut un peu mieux peser ses mots. Le grand défaut c'est que, les dix minutes passées, on ne puisse pas revoir son malade et que le diagnostic, ici encore, soit en grande partie affaire de chance et de dextérité.

Lorsqu'on a franchi successivement ces trois barrières, on est déclaré admissible; on aborde les épreuves définitives.

La première est une épreuve écrite; trois heures sont données pour traiter une question théorique de pathologie interne. A cette épreuve il n'y a rien à redire : si la question donnée n'est pas trop étroite, le candidat peut toujours faire preuve de savoir et de méthode.

Dans le système actuel, elle a le grand tort de venir tardivement, de n'être faite que par les heureux que leur bonne étoile a protégés. Déjà l'opinion du jury est, en grande partie, faite sur eux, et cette épreuve n'est plus guère que la confirmation de l'impression première. Une défaillance sera facilement pardonnée à ceux qui sont devenus *persona grata;* nous disons qui sont devenus, car on ne peut guère supposer qu'ils pouvaient l'être déjà avant toute épreuve, puisque, dans le système actuel, les épreuves seules doivent compter.

Enfin vient la *cinquième* et dernière épreuve : examen de deux malades en vingt minutes (dix pour chacun), coup sur coup, et exposé de ces deux malades l'un après l'autre, avec une demi-heure de temps, après dix minutes de réflexion.

C'est la première épreuve doublée. En pratique, ce n'est un secret pour personne, on est relativement coulant sur cette dernière épreuve; un candidat déjà désigné par ses notes antérieures peut bien sombrer; mais il lui faut, pour cela, commettre une grosse faute. Doubler une épreuve mauvaise par elle-même ne peut guère l'améliorer; or, cette cinquième épreuve n'est autre que la première doublée, et nous avons tout à l'heure pris cette épreuve à parti. Inutile d'y revenir.

En résumé, la série des exercices qui forment le concours est constituée par des épreuves courtes, artificielles, aléatoires, sauf l'épreuve écrite, qui n'arrive qu'en dernier terme et que font seuls les heureux admissibles. Les épreuves d'admissibilité ne sont pas suffisamment probantes; elles laissent une trop grande place au hasard et au savoir-faire. Pour y réussir, il faut avoir de la chance et être plus brillant encore que solide. C'est une énormité qu'un concours aussi important par ses conséquences individuelles et sociales comporte une admissibilité qui résulte d'un examen de malade fait en dix minutes.

Le nombre des épreuves ne compense pas leurs défauts; le concours demande aux juges et aux candidats un temps et une fatigue exagérés.

Enfin la préparation de ce concours, sa longue durée, enlèvent à beaucoup de candidats la possibilité de se livrer à un travail personnel, original. Du reste, on ne tient pas compte, officiellement du moins, des travaux antérieurs; les qualités brillantes de l'esprit et le savoir-faire sont mis au premier rang. On a le droit et le devoir de juger sur autre chose des hommes qui ont atteint et, pour la plupart, dépassé la trentaine.

Si notre production scientifique diminue, l'organisation vicieuse du concours pour les hôpitaux en est une des causes principales; la commission nommée pour modifier ce concours assume donc une grande responsabilité. Elle est pleinement, du reste, à la hauteur de sa tâche, et l'on peut attendre d'elle une décision juste et sage.

Ce n'est pas que le concours, tel qu'il est, n'ait fait nommer nombre de gens très distingués à tous points de vue; si toutefois ils ont une valeur scientifique, c'est malgré le concours, par mérite purement individuel.

Dans un second article, nous envisagerons comment on peut faire une réforme que tout le monde juge nécessaire.

SURMENAGE SCOLAIRE

Par M. le docteur Lancereaux.

C'est un tort, comme l'a fort bien fait remarquer le savant professeur Colin (d'Alfort), d'attribuer au surmenage la plupart des désordres pathologiques observés chez les jeunes gens de nos écoles; et, s'il est possible de lui en imputer quelques-uns, il ne faut pas moins reconnaître que le plus grand nombre lui sont étrangers et proviennent de tendances héréditaires, d'un accroissement excessif, d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes et enfin d'une hygiène défectueuse.

Ainsi, l'imperfection de développement des enfants des grandes villes, dont notre éminent collègue, le docteur Brouardel, a tracé un si brillant tableau, n'a rien à faire avec le surmenage, et si l'encombrement et la sédentarité contribuent à la produire, sachons qu'elle est avant tout l'effet d'une tare héréditaire engendrée par la tuberculose ou par l'alcoolisme. Pour le prouver, il nous suffit de faire observer que l'infantilisme existe à la campagne comme à la ville, et qu'il s'observe principalement, sinon uniquement, chez les descendants des individus atteints des maladies dont je viens de parler.

D'un autre côté, plusieurs des accidents rattachés au surmenage par mes très distingués collègues, les docteurs Lagneau et Peter (tels que migraines, épistaxis, etc.) ne sont aussi le plus souvent que des effets de tendances héréditaires se manifestant au moment de la puberté, et, ce qui porte à le croire, c'est que ces phénomènes apparaissent en général avec de l'acné, de l'angine granuleuse, de la blépharite ciliaire et d'autres désordres essentiellement héréditaires. L'accroissement rapide et excessif du corps, vers l'âge de 15 à 18 ans, est enfin une circonstance qui, dans toutes les conditions de la vie, contribue pour une large part au développement de la phthisie pulmonaire, surtout chez les individus dont l'alimentation laisse à désirer, et cela sans que le travail intellectuel y joue le moindre rôle. D'autres causes très diverses peuvent encore entraver le bon état de santé des jeunes gens durant leurs études, mais il serait trop long de les détailler.

Je me bornerai à rechercher les effets des trois grandes influences qui sont plus spécialement en jeu dans la question qui nous occupe, à savoir : l'encombrement, la sédentarité et le surmenage intellectuel; c'est du reste là le vrai moyen d'arriver à des conclusions pratiques et utiles.

L'encombrement, c'est-à-dire l'insuffisance du principe respirable, l'air confiné, l'absence d'oxygène, c'est là une condition pernicieuse par excellence parce qu'elle a pour effet, presque fatal, d'engendrer, chez les personnes jeunes et en voie d'accroissement, une insuffisance des moyens réparateurs et de mettre l'organisme au bout d'un certain temps en état de réceptivité morbide.

Nos honorables collègues nous ont déjà parlé de la tuberculose

survenant dans ces conditions, et ils l'ont attribuée surtout au surmenage intellectuel; mais la preuve que celui-ci n'a pas, dans la circonstance, un rôle prépondérant, c'est que la tuberculose du jeune homme qui exerce son cerveau est identique à celle du jeune homme et de la jeune fille trop étroitement logés ou à celle de l'individu qui travaille manuellement dans un atelier encombré, et dont le cerveau est à peine occupé. Dans tous les cas, en effet, la maladie se localise presque invariablement à l'un des côtés du thorax, et surtout du côté gauche, au bord antérieur du poumon plutôt qu'à son bord postérieur, revêt une forme pneumonique, s'accompagne fréquemment de fièvre et présente presque toujours une marche aiguë.

La sédentarité a des effets qui, d'ordinaire, s'ajoutent à ceux de l'encombrement, aussi la tuberculose résulte-t-elle le plus souvent de la combinaison de ces deux ordres de causes, qui exercent plus spécialement leur action funeste sur les jeunes gens venus de la province et qui avaient contracté l'habitude du mouvement et de la vie au grand air. Nul doute que la phthisie ne se développe dans toutes les maisons d'éducation où se rencontrent des conditions mauvaises d'hygiène : plusieurs fois nous avons été appelé à donner notre avis sur des maladies de poitrine contractées de la sorte. Heureusement, les faits de ce genre sont relativement rares et ne se constatent guère dans les maisons où les dortoirs et les salles d'études sont vastes et aérés.

(M. Lancereaux dit que, durant un laps de vingt ans, on n'a obervé, dans le lycée, dont il est médecin, qu'un cas de méningite et sept hémoptysies, à savoir 6 chez des individus accusant des antécédents tuberculeux).

Est-ce à dire cependant, ajoute-t-il, que le surmenage intellectuel n'existe pas? qu'il ne se rencontre jamais? Telle n'est pas ma pensée : je tiens seulement à réagir contre ce qui en a été dit, et comme l'honorable M. Colin, je ne puis lui attribuer la myopie, l'anémie, la déviation de la colonne vertébrale, la distorsion des péaules et beaucoup d'autres accidents encore tels que lésions dentaires, paralysie générale, etc. dont notre distingué confrère, le docteur Lagneau, le rend responsable.

Le surmenage intellectuel chez nous se rencontre plutôt dans les pensionnats de jeunes filles que dans les lycées de garçons, cela tient à la trop grande extension donnée aux programmes d'étude et à cette prétention vaniteuse et aveugle des parents de toutes conditions qui veulent que leur fille ait ses diplômes, et cela sans s'occuper de ses goûts, de ses aptitudes et du rôle qu'elle doit jouer dans la société.

La fatigue intellectuelle chez les jeunes gens ne se produit guère qu'au moment des concours et des examens, surtout lorsqu'il s'agit de l'admission aux écoles du gouvernement.

Les natures fortement trempées peuvent sans inconvénient subir les études préparatoires et les cours de l'école, mais d'autres, moins douées ou réfractaires à certain genre de travail, sont accablées par la somme démesurée d'application et d'efforts qu'elles ont à donner, et elles succombent sous le poids du fardeau, ou immédiatement, ou plus tard. Le corps devient malade et aussi le cerveau : l'intelligence, ayant donné d'un seul coup plus qu'elle ne pouvait, demeure inerte et impuissante durant tout le reste de l'existence.

En dehors de ces conditions le surmenage est chose rare. Les phénomènes qui le caractérisent intéressent spécialement le système nerveux et par son intermédiaire s'étendent à la plupart des organes. La céphalalgie est un de ses effets; mais notre savant collègue, le docteur Perrin, a fait observer avec raison que ce phénomène a fréquemment son point de départ dans l'appareil oculaire et qu'il est loin d'indiquer toujours une fatigue cérébrale. La difficulté de penser, l'inaptitude au travail de l'esprit sont d'autres phénomènes, auxquels vient s'ajouter la fatigue corporelle ; mais les accidents les plus communs, en pareil cas, sont ceux que présente la fonction gastrique. Les digestions sont pénibles, suivies de pesanteur de tête, de malaise, de palpitations, de gonflement à l'épigastre et d'éructations. C'est une dyspepsie avec flatulence, qui tantôt reste simple, tantôt est accompagnée d'un état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, dégoût des aliments et surtout de la viande, fatigue et courbature générale, tristesse et hypochondrie, amaigrissement progressif, parfois un état fébrile se manifestant vers le soir et ne donnant lieu qu'à une faible élévation de température. Cet ensemble de phénomènes, qui peut se prolonger durant des semaines, n'est pas spécial aux personnes fatiguées par le travail intellectuel, toute cause morale peut encore le produire.

De l'analyse qui précède, il résulte que le surmenage, dégagé de tout ce qui peut le compliquer, n'est ni aussi redoutable ni aussi fréquent que le pensent plusieurs de nos collègues et que l'hygiène de nos écoles mérite l'attention plus que l'excès de travail de nos écoliers.

Il me faut reconnaître cependant que les programmes, souvent trop chargés, même dans les classes inférieures, ne sontpas toujours proportionnés au développement intellectuel des élèves.

En somme, nous devons chercher à préserver la jeunesse de nos écoles de tout ce qui peut s'opposer à son parfait développement et faire tous nos efforts pour la rendre valide et forte.

Demandons donc aux pouvoirs publics, que l'air et la lumière lui soient distribués aussi largement que possible, qu'il y ait des lois pour préserver de l'encombrement l'écolier dans son étude, aussi bien que l'ouvrier dans son atelier. Demandons que la nourriture soit conforme à l'âge et aux besoins de l'organisme, que le corps soit exercé par la gymnastique et les exercices militaires. Demandons aussi que les programmes d'étude soient réduits et mis en rapport avec l'âge des élèves; mais que ces réformes utiles ne nous fassent pas oublier que le travail est un des principaux ressorts de l'hygiène, qu'il fortifie, console, moralise et conserve l'homme, et que l'enfant, c'est l'homme qui commence.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Lépine, professeur à la Faculté de Lyon, qui se porte candidat au titre de correspondant national.

RAPPORTS

M. PROUST lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources minérales ou thermales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans observation.

DISCUSSION SUR LE SURMENAGE SCOLAIRE

M. HARDY constate l'unanimité absolue avec laquelle tous les médecins, quelles que soient d'ailleurs leurs divergences sur tel ou tel point de détail, réclament la réforme du système universitaire en vigueur.

Les lycées actuels sont, par excellence, des établissements insalubres. On y manque d'air et de lumière. Il faudrait en établir d'autres en dehors des villes, les entourer de parcs plantés, imiter, en un mot, les grands établissements qui existent en Angleterre et dans beaucoup d'autres pays.

Tout, d'ailleurs, est mal calculé dans nos lycées. L'heure du lever y est trop matinale. Le pauvre enfant, en sortant de son lit, descend grelottant, en hiver, dans une salle d'étude encore froide, car les calorifères n'ont pas eu le temps de s'échauffer et de fonctionner. De là l'origine de bien des maladies qui déciment nos jeunes générations. Et pourquoi cela? Pour pouvoir consacrer plus d'heures au travail, afin d'arriver à remplir les programmes universitaires. Mais ces programmes, qu'on surcharge toujours, sont aussi contraires que possible, soit aux exigences de l'hygiène, soit au bon sens.

D'après les programmes actuels, nos enfants doivent apprendre,

pendant la période de temps consacrée à leurs études classiques, « la langue française, la littérature française, au moins une langue moderne étrangère, le latin, le grec, l'histoire, la géographie, la cosmographie, l'arithmétique, la géométrie, un peu d'algèbre, la philosophie, la logique, la chimie, la physique, la botanique, la minéralogie, la zoologie, l'anatomie et la physiologie de l'homme, etc. »

Voici un court extrait du relevé imprimé des questions qui ont été posées à l'examen du baccalauréat :

(24 novembre 1885). Système nerveux. Qu'est-ce que c'est qu'une action réflexe?

(25 novembre 1885). Quelle est la structure du rein? quelles sont ses fonctions?

(12 avril 1886). De l'œil. Pourquoi la cataracte prive-t-elle de la vue. Opération de la cataracte. — Os du crâne. Leur mode de réunion.

(14 avril). Choroïde. Procès ciliaires, iris. — Phénomènes de la digestion chez l'homme. Suc gastrique; son rôle dans la digestion. — Fonctions du foie; de l'intestin grêle. — Du pancréas. Son rôle dans la digestion.

(15 avril). Quels sont les vaisseaux qui débouchent dans le cœur droit. — Os du bras. Qu'est-ce qui permet à l'humérus de tourner; expliquer le mouvement du radius.

(16 avril). Énumérer les os de la face, etc.

N'est-il pas absurde de demander de telles connaissances à des enfants sortant du collège ?

Y a-t-il utilité à maintenir dans l'enseignement universitaire toutes ces connaissances que je viens d'énumérer. Je ne le pense pas. Ce serait bien assez d'enseigner la langue française, le latin, un peu de grec, les premières notions de mathématique, une langue étrangère, un peu d'histoire et un peu de philosophie. Il faut rayer du programme de l'instruction secondaire les sciences proprement dites, la chimie, la physique, la botanique, la zoologie, l'anatomie et la physiologie. Ces sciences, qui font partie du programme de l'enseignement supérieur, devraient être réservées pour des études spéciales en rapport avec les aptitudes, et surtout avec les carrières professionnelles. Avec l'enseignement actuel, les élèves de nos lycées ne savent en sciences que quelques définitions assez vagues de termes techniques qui ne leur servent à rien. A quoi est-il utile qu'ils sachent que l'air atmosphérique est un composé d'oxygène et d'azote, que le pancréas sert à la digestion des substances grasses, que la rate est un organe hématopoiétique, et que le foie fait du sucre?

Avec toutes ces connaissances, nous avons des jeunes gens qui ne savent rien ou bien peu de choses ; mais qui croient tout savoir, ce qui est encore plus fâcheux. D'ailleurs, si vous dites qu'il est nécessaire qu'au sortir du lycée un jeune homme sache un peu de tout, pourquoi lui enseigner les sciences physiques et biologiques, plutôt que le droit et l'architecture ? Dans le cours de sa carrière future, il aura probablement besoin de quelques notions de jurisprudence, et il lui sera plus utile de savoir comment on bâtit une maison que de posséder des connaissances superficielles en anatomie et en physiologie.

Pour tous les bons esprits, il est évident qu'on apprend beaucoup trop de choses à nos enfants ; c'est pour le corps et pour l'esprit une fatigue qui altère leur santé et, j'ajoute, une fatigue inutile, car malgré cette instruction si variée, si complète, je dirai plus, à cause de cette multiplicité de connaissances qu'on veut leur inculquer, — huit ou dix ans d'études — nos jeunes gens sortent des établissements universitaires, ne sachant rien ou presque rien. Je ne veux d'autres preuves de ce que j'avance, que le résultat des examens probatoires du baccalauréat. En effet, vous savez que, depuis quelques années, le nombre des élus est restreint, que plus de la moitié des candidats, à peu près les deux tiers, sont refusés. Or, comme la grande majorité de ces candidats sortent de nos lycées, nous n'avons pas à nous enorgueillir de nos méthodes d'enseignement. On dit : les examinateurs sont trop sévères; j'ai de la peine à le croire, j'admets plutôt la faiblesse des candidats et surtout les défauts de l'enseignement officiel actuel. De notre temps, les jeunes gens qui sortaient de nos collèges étaient généralement admis au baccalauréat et sans préparation spéciale.

Le refus, au lieu d'être une règle, était une exception qui ne frappait que les paresseux et les incapables : nos programmes étaient plus bornés, mais nous savions et nous retenions ce qu'on nous avait enseigné.

En face des inconvénients que je viens de signaler, il me semble que, comme médecins et comme pères de famille, nous devons plaider chaudement en faveur de la réforme de l'instruction publique et particulièrement de l'instruction secondaire.

Nous devons demander des logements plus salubres, un peu plus de sommeil, si nécessaire à l'enfance et à la jeunesse, et surtout, nous devons dire bien haut, qu'en enseignant tant de choses diverses à nos enfants, on les fatigue et on ne leur donne que des connaissances superficielles, qu'ils oublient bien vite au sortir de l'école.

Pour ces jeunes gens, aussi mal préparés, vienne maintenant ce service militaire obligatoire de trois années pendant lesquelles tout travail de l'esprit sera suspendu, et je me demande, avec tristesse, quel sera l'avenir intellectuel de la France.

Je vous laisse, Messieurs, faire la réponse.

M. LANCEREAUX parle à son tour sur le même sujet (voir plus haut, p. 723).

M. LAGNEAU lit un long discours dans lequel il s'attache à répondre aux différents orateurs qui ont pris la parole sur cette question. Suivant lui, c'est bien au travail, poussé trop loin, qu'il faut rapporter les maux énumérés par lui, et les plus intelligents, ceux qui appliquent le plus leur esprit sont ceux qui en souffrent le plus. Il préconise l'adoption du système de M. Rochard consistant à attribuer aux exercices du corps, à la gymnastique, etc., dans les examens conduisant au diplôme de bachelier, une importance se traduisant par un coefficient de notes élevées, et il ne serait pas contraire à l'idée de consacrer dans les collèges quelques heures par jour à l'apprentissage d'un métier manuel. M. Lagneau propose d'ailleurs de renvoyer au ministre, en même temps que l'avis de l'Académie, toutes les communications qu'il a faites antérieurement sur des sujets connexes.

M. LARREY regrette de voir soulever ainsi des questions très complexes, qui appelleraient une nouvelle discussion longue et laborieuse. La commission, dont M. Larrey fait partie et que M. Lagneau représente en qualité de rapporteur, n'a rien adopté de semblable. Sa conclusion et l'exposé de motifs qui devait la précéder étaient très simples; tandis que les développements dans lesquels M. Lagneau vient d'entrer sont de nature à troubler les pouvoirs publics, et à empêcher plutôt d'arriver à la solution naturelle que tous les praticiens désirent.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ regrette également de voir M. Lagneau s'écarter de l'œuvre commune. Il fait partie avec M. Larrey de la commission du surmenage, et il peut attester que M. le rapporteur parle uniquement en son propre nom.

M. LAGNEAU déclare en effet avoir parlé en son nom personnel.

M. HARDY demande qu'on donne au moins lecture de la conclusion adoptée par la commission.

Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est adoptée.

M. LAGNEAU lit donc la conclusion rédigée par la commission et ainsi conçue.

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes actuellement adoptés. »

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (CONGRÈS DE TOULOUSE).

L'association française nous communique la liste des travaux qui doivent être lus pendant la session qui s'ouvrira à Toulouse

le 22 septembre prochain sous la présidence de M. le docteur Rochard.

Nous donnons ci-dessous le titre des communications qui se rapportent plus particulièrement aux sciences médicales.

M. d'Ardenne (de Toulouse). De l'action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac.

M. Audiffred (de Paris). Projet de loi sur l'organisation des caisses de secours en cas de maladie.

M. Battandier (d'Alger). Notes critiques sur quelques plantes méditerranéennes.

M. G. Cabanellas (de Nanteuil-le-Haudouin). Détermination et étude des flux magnétiques.

M. Cartaz (de Paris). De la tuberculose nasale.

M. Cazin (de Berck-sur-Mer). Rachitisme chez les animaux.

M. Maurice Cazin (de Paris). Contribution à l'étude des muqueuses gastriques.

M. A. Crova (de Montpellier). Absorption par l'atmosphère terrestre des radiations solaires.

M. G.-Paul Devillard et Émile Rébouis (de Paris). L'alcoolisme et l'alcool.

M. Fauvelle (de Paris). Quelques considérations sur la théorie mécanique de la chaleur. — Signes de l'homicide par suffocation. — Origine ancestrale de l'homme spécifiée à l'aide de la dentition.

M. Fournol (de Paris). Du traitement de toutes les affections articulaires et de leur guérison par la réduction et le massage, sans appareils et sans intervention chirurgicale.

Mme Gaches-Sarraute (de Paris). Sur un cas d'hypertrophie utérine. — Sur les lavages de l'utérus en gynécologie. — Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus et la dilatation de cet organe dans les cas particuliers.

M. C.-M. Gariel (de Paris). Appareil de projection.

M. Gillet de Grandmont (de Paris). Deux formes nouvelles de kératite.

M. Grasset (de Montpellier). De l'inspiration saccadée rythmique du cœur.

M. Guillaud (de Bordeaux). Les zones de végétation de la région du sud-ouest de la France.

M. Henri Henrot (de Reims). De la disparition des tumeurs de l'estomac. — Examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France.

M. Henri Huchard (de Paris). L'artério-sclérose subaiguë et ses rapports avec les spasmes vasculaires.

M. M. Jeannel (de Toulouse). Observation de pyo-salpyngite tuberculeuse simulant un kyste de l'ovaire. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales.

LE PAVILLON D'ISOLEMENT A LA PITIÉ.

Ce nouveau pavillon, destiné spécialement aux ovariotomies, laparotomies, etc. est commun aux services de MM. Verneuil et Polaillon. Il a été déjà utilisé une fois par M. Verneuil, et trois fois par M. Polaillon, qui nous l'a fait visiter.

Il est traversé d'un bout à l'autre par un couloir sur lequel s'ouvrent les portes d'entrée.

D'un côté de ce couloir, dans la partie centrale du bâtiment, se trouve une salle d'opérations, vaste et fort bien aménagée. De l'autre côté, sont la cuisine, les salles de bains et les cabinets. Les deux extrémités du pavillon renferment chacune deux chambres de malades et, vis-à-vis, des chambres destinées aux gens de service.

Une de ces extrémités dépend de M. Polaillon, et l'autre de M. Verneuil. Ces chirurgiens auraient désiré un isolement plus complet, qu'il eût été facile d'obtenir, sans augmentation de dépenses, en leur consacrant à chacun un étage distinct.

Et ce n'est pas là leur seul regret. On a préféré les idées de l'architecte aux indications qu'ils donnaient, non seulement en cela, mais pour la situation du pavillon, qu'on a placé dans la cour des hommes, contre l'urinoir destiné aux malades qui passent la journée dans cette cour (au fond de laquelle s'ouvrent les salles d'autopsie). Il est vrai qu'on eut bientôt à constater les inconvénients de cette promiscuité entre les opérées et les hommes, qui viennent fumer contre leurs fenêtres, et causer avec elles, lorsque ces fenêtres sont ouvertes. Il est actuellement question d'établir, tout autour de ce pavillon, une galerie, qui puisse au moins maintenir à distance les amoureux et les empêcher de présenter, à brûle pourpoint, leurs déclarations et leurs lettres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juillet 1887, Mme Madeleine Berthon, en religion sœur Philomène, de l'ordre des sœurs de la Charité et de l'Instruction chrétienne de Nevers, attachée, depuis trente-quatre ans, au service des salles militaires de l'hospice de Troyes, a été nommée chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel en date du 13 juillet 1887, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. Gardet, médecin cantonal à Saint-Pierre d'Argençon.

Médailles de bronze. — MM. le docteur Pasqualini, à Marseille; — Gascuel, interne intérimaire à l'hôpital Sainte-Marthe à Avignon.

— Par arrêté ministériel, M. Ferrer, pharmacien à Perpignan, a été promu officier du Mérite agricole.

— Par arrêté ministériel, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes dont les noms suivent : MM. les docteurs Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert; — Ribes, à Guchen; — Sauria, à Saint-Lothain; — Gourdan-Fromentel, à Gray.

— Par arrêté préfectoral, en date du 13 juillet 1887, M. Capgrand-Mothes, président honoraire de la Chambre syndicale des pharmaciens de première classe du département de la Seine, est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du IXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Marjolin, démissionnaire.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, 18 juillet 1887, à une double élection :

1° A l'élection d'un secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, en remplacement de M. Vulpian, décédé.

Le nombre des votants étant 41, majorité 21, M. Pasteur est élu, au premier tour de scrutin, par 39 voix. Il y a deux bulletins blancs.

2° A l'élection d'un correspondant dans la section d'anatomie et zoologie. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne : M. Cotteau (d'Auxerre); en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Marion (de Marseille) et Sabatier (de Montpellier).

Le nombre des votants étant 31, majorité 16, M. Cotteau est élu par 29 suffrages contre 2 à M. Marion.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La question donnée pour l'épreuve orale d'anatomie descriptive du concours pour la nomination à la place de chef des travaux anatomiques — épreuve de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation — a été : « Les muscles peauciers de la face. »

La troisième épreuve — épreuve d'histologie et de dissection — a lieu aujourd'hui mercredi, à l'École pratique.

Quant à la remise des pièces sèches dont le sujet a été donné ce matin, elle est fixée au lundi 10 octobre 1887, à trois heures du soir. Les pièces à préparer sont : « Les lymphatiques intrapelviens des organes génitaux de la femme. » Le jury se réunira le surlen-

demain, 12 octobre 1887, à trois heures, pour l'examen de ces pièces et la nomination.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux civils de Paris s'est terminé avant-hier soir lundi, 18 juillet 1887; sont nommés : MM. les docteurs Tuffier et Picqué.

— Le registre d'inscription des candidats à la place vacante de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, dont le concours doit s'ouvrir le 3 août prochain, est clos. Les candidats, au nombre de trois, sont : MM. Demoulin, Sebileau et Thiéry.

Les membres du jury sont : MM. les docteurs Tillaux, Péan, Desormeaux, Panas, Perrier, E. Moutard-Martin et Legroux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Pailloux (de Saint-Ambreuil), décédé dans sa quatre-vingt-sixième année et Clopin (de Saint-Jean-de-Losne).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

liste de présentation des candidats à la chaire de physiologie vacante, par suite du décès de M. le professeur Béclard :

En première ligne à l'unanimité, M. Charles Richet, en deuxième ligne M. Reynier.

— Les questions suivantes ont été données aux épreuves d'avant-hier et d'hier, pour le concours de chef des travaux anatomiques :

1° Épreuve d'histologie : montrer les éléments du tissu conjonctif ;

2° Épreuve de dissection : le nerf cubital ;

3° Épreuve de médecine opératoire : *a*. La ligature de l'artère humérale au pli du coude ; *b*. L'amputation de Lisfranc.

— M. le docteur Fournel commencera, le 6 août, un cours d'accouchements complet en quarante leçons ; ce cours aura lieu, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales, et interrogés sur les matières des examens.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

LA PROFESSION MÉDICALE

ET L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR (1)

Je voulais en venir, aujourd'hui, à la France, à la condition qui s'y trouve faite aux médecins, par la jurisprudence autant que par les lois, et aux changements proposés dans notre régime. Mais, les mouvements d'opinion qui se traduisent chez les peuples voisins, étant instructifs pour nous-mêmes, doivent être étudiés d'abord.

I

Dans l'Angleterre, un des pays dont les institutions médicales différaient le plus absolument des nôtres, une tendance, toujours croissante, à se rapprocher de celles-ci se manifeste par maint indice. Nous avons déjà dit deux mots de la lutte très vive entamée contre le collège des *apothicaries*, auxquels on voudrait enlever l'exercice de la médecine, parce qu'ils peuvent vendre des médicaments. Mais voilà qu'en outre, les corps médicaux les plus florissants, classés le plus haut dans l'estime publique, le *Royal college of physicians* et le *Royal college of surgeons of England*, ne s'attachent plus obstinément aux vieilles traditions nationales. Ils aspirent à faire des docteurs, comme on fait des docteurs chez nous, et, à cet effet, ils désirent se réunir pour fonder ensemble ce que nous nommerions une Faculté.

Il est vrai que, dans cet essai d'imitation, ils remontent un peu haut. Ce qu'ils ont en vue ressemblerait beaucoup à la Faculté de Paris sous l'ancien régime, puisque tous les membres de ces deux collèges contribueraient, chacun par son vote, à y désigner les professeurs, les examinateurs et tous les fonctionnaires. Mais il ne faut pas oublier que toute notre législation médicale a été fondée sur les souvenirs de ces Facultés d'autrefois. Nos docteurs conservent encore un peu du lustre qu'ils avaient alors, et telle est la raison pour laquelle, aujourd'hui, la jurisprudence se refuse à leur appliquer les lois relatives au commerce ou à l'industrie. C'est là ce qui séduit, dans le titre de docteur, les membres du royal collège des *physicians* et du royal collège des *surgeons of England*.

(1) Suite. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 693.

Les pourparlers ont abouti à la formation d'un comité de délégués de l'un et de l'autre. Ce comité a eu d'abord à examiner les propositions de deux autres corporations londoniennes : le collège du roi (*King's college*) et le collège de l'Université (*University college*). Ceux-ci, représentant les diverses branches des sciences et des lettres, sollicitaient la constitution d'un ensemble complet d'enseignement supérieur, par une fusion générale. C'eût été ce qu'on nomme ailleurs une *Université*, pouvant préparer à tous les grades, soit littéraires, soit scientifiques, et les conférer elle-même. Les collèges médicaux ont craint de se trouver noyés dans cette masse commune, et ils n'ont pas bien accueilli l'idée.

Le collège des *physicians* a, pour sa part, à l'unanimité, adopté un projet de résolution ainsi formulé par le comité de double provenance.

« Il est désirable que les deux collèges poursuivent conjointement, et isolément de tout autre corps, leurs démarches pour obtenir le droit de conférer des diplômes en médecine et en chirurgie :

Et en conséquence, il n'y a pas lieu pour le moment de tenir une conférence avec *University college* et *King's college* à l'effet d'obtenir en outre des pouvoirs pour donner des grades en arts (c'est-à-dire en lettres) et en sciences. »

Cette première question traitée, restaient à spécifier les grades qui pourraient être conférés par le conseil professoral collectif. Le rapport proposait et le collège des *physicians* décida unanimement que ce seraient les grades de : bachelier en médecine, bachelier en chirurgie et docteur en médecine. L'ancienne Faculté de Paris, qui voulait surtout faire des docteurs, conférait également le grade de bachelier en médecine, mais non de bachelier en chirurgie, car les chirurgiens n'étaient pas alors compris dans la corporation.

Du reste, bien que devant les comprendre, la corporation à double base, qu'il s'agit de créer à Londres, ne compte pas s'étendre beaucoup, puisque le grand amphithéâtre qu'elle veut faire construire pour ses cours est prévu pour un maximum de 250 auditeurs. C'est un progrès. Mais combien d'autres ne restent-ils pas encore à faire avant d'en venir où nous en sommes !

II

Une colonie qui appartient à l'Angleterre, la Jamaïque, nous montre ce qu'on peut obtenir pour la dignité médicale de l'aide du gouvernement dans la carrière professionnelle.

A la Jamaïque, il existe une organisation complète de médecins salariés par l'État, comme le sont les médecins

de colonisation en Algérie. Or, l'État, qui verse une petite somme à ces médecins, les traite en fonctionnaires dépendant de lui, et il leur impose un tarif pour les honoraires de leurs visites aux gens riches, à ceux pour lesquels l'État ne songe pas à payer. C'est une prétention inqualifiable : d'autant plus que lesdits tarifs sont, à ce qu'il paraît, très bas, sans doute afin de donner proportionnellement plus d'importance à la très maigre allocation résultant du titre officiel. Aussi les médecins de la Jamaïque protestent-ils avec véhémence contre « un tel tarif, compulsoire pour tout médecin qui doit à l'avenir entrer au service du gouvernement, » et dans une réunion récente l'ont-ils déclaré « dérogatoire à la dignité de leur profession et attentatoire à leurs droits et privilèges ».

III

En Amérique, les médecins ne se plaignent pas moins du gouvernement. Et cependant s'il a fini par s'occuper de leurs affaires, c'est bien sur leur demande. Les praticiens instruits ne sont pas rares en Amérique ; et ils avaient naturellement le plus vif désir de ne pas voir pulluler autour d'eux une multitude de charlatans revêtus des titres les plus sonores. Ils ont pensé que le moyen le plus simple et le plus pratique pour sauvegarder le corps médical proprement dit de promiscuités l'entachant, c'était de réclamer l'intervention du gouvernement, qui écarterait de l'exercice de la médecine tous ceux qu'il n'aurait pas inscrits sur ses registres officiels.

C'est chose faite dans la plupart des États composant l'union. Ce conseil de santé central dont nous avons déjà parlé, dont les membres sont désignés, pour un temps assez court, par le gouvernement, y préside à l'enregistrement des médecins, qui deviennent *qualifiés* par ce fait. Il est juge de la valeur de chaque diplôme ; il peut au besoin exiger que tel médecin passe devant lui un examen d'état prouvant sa capacité ; il peut même, pour cause d'indignité professionnelle à son point de vue, refuser l'enregistrement au médecin le plus capable et le mieux diplômé. Il est vrai qu'au-dessus de lui se trouve le gouverneur politique de l'État, qui, sur appel, décide souverainement en dernier ressort. On se fera une légère idée du degré d'arbitraire auquel peut arriver un de ces gouverneurs politiques d'après ce qui vient de se passer dans l'État du Maine.

Dans cet État s'était établie sous le nom d'Université d...., une fabrique de diplômes qui vous rendait docteur pour un prix fait. Un *reporter* eut la curiosité d'acheter un de ces diplômes : et il en fit grand bruit.

Les médecins du Maine s'émurent les premiers et ils réclamèrent une loi d'État, organisant la médecine comme elle était organisée dans la plupart des pays voisins. Cette loi fut votée d'enthousiasme par les deux chambres et elle reçut, dit-on, l'adhésion signée du gouverneur. Mais, au moment de la promulguer, celui-ci se ravisa. Il renvoya la loi à la législature en y apposant son *veto*. Nous ne reproduirons pas ici le texte des résolutions qui furent adoptées par les sociétés de médecine à cette occasion ; mais nous pouvons dire que jamais protestations ne furent plus indignées ni plus énergiques.

Et cependant dans les États où les conseils de santé existent, on ne se plaint pas moins de la situation créée aux médecins américains depuis qu'ils ont reçu, par l'enregistrement, une marque semi-officielle. On leur fait un devoir de dresser des actes de naissance, etc. ; ils sont transformés en officiers de l'état civil ; et, sous ce rapport, ils sont exposés à des pénalités assez graves. Les conseils de santé fonctionnent comme des bureaux de ministère. Ils multiplient les paperasses qui sont surtout leurs raisons d'être ; et les médecins de leur ressort se trouvent obligés de les suivre dans ce mouvement administratif : d'autant moins satisfaits, en ce qui les concerne, qu'ils ne sont pas payés pour ce surcroît de besogne, pour ce temps perdu en correspondance, en rédaction d'actes, etc.

Dr V. Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Un cas de sclérodactylie.

Le malade qui va faire le sujet de cette leçon est atteint d'une affection rare. C'est un homme de quarante-sept ans, robuste et bien portant, nullement alcoolique, qui est entré dans nos salles il y a trois jours. Pendant son enfance, il était constamment sujet, l'hiver, à avoir des engelures aux mains et aux pieds. Il y a quatorze ans, sans cause appréciable, il fut pris de douleurs de tête, de douleurs lombaires intenses, avec gonflement considérable de la face et des membres; cependant les urines étaient normales (un litre et demi environ par jour), sans albumine, l'appétit était conservé. Il fut alors traité à l'Hôtel-Dieu.

Depuis longtemps, soit le matin à son réveil, soit dans la journée lorsqu'il les trempe dans l'eau froide, ses mains pâlissent, bleuissent et sont absolument engourdies. Cet engourdissement et cette décoloration se sont encore accentués dans ces derniers temps et les doigts se sont peu à peu infléchis. Enfin le malade tousse et éprouve une certaine gêne respiratoire, depuis deux mois environ, en même temps que la température s'est abaissée (36°,8) et que le pouls, irrégulier, est à 90 ; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, les bruits cardiaques et respiratoires sont normaux, si ce n'est qu'on entend quelques râles sibilants.

Les extrémités supérieures sont froides, depuis l'avant-bras jusqu'aux doigts, où ce refroidissement est surtout prononcé. Les doigts sont épaissis, raides, un peu infléchis, et ne peuvent s'étendre par suite de la raideur de leurs diverses articulations que l'on n'arrive pas à pouvoir redresser. La peau est lisse, dure, et d'un blanc quelque peu livide. Les saillies papillaires de la pulpe des extrémités digitales ont disparu. Les doigts sont effilés en pointe, les ongles sont recourbés, et la sensibilité digitale est émoussée. Voilà pour les deux mains.

Du côté des pieds, nous trouvons un refroidissement beaucoup moins marqué des orteils, lesquels sont aussi très peu déformés, sauf les deux gros orteils dont la déformation est notable sans qu'il y ait ni tuméfaction, ni durillons.

De plus nous trouvons un certain degré d'endolorissement des articulations radio-carpiennes et des articulations des genoux avec craquements.

Bref, nous sommes en présence d'un cas de sclérodactylie, avec légère dilatation du cœur, emphysème pulmonaire et bronchite.

L'asphyxie symétrique des extrémités peut revêtir deux formes : une forme légère et une forme grave. La première est caractérisée par ce que l'on appelle le doigt mort, avec pâleur bleuâtre, cyanique, avec engourdissement et four-

millements, le tout durant quelques minutes, après lesquels le doigt recouvre à peu près son état normal.

Mais, chez quelques malades, les phénomènes sont plus graves; ils se produisent par accès plus ou moins rapprochés; et, lorsque la maladie prend un caractère sérieux, les doigts des deux mains sont pris, parfois la main tout entière, voire même l'avant-bras. Les malades éprouvent alors un véritable engourdissement de toute la région atteinte, des fourmillements, la couleur de la peau est modifiée. Le mal débute quelquefois par une coloration rouge d'abord, puis pâle et livide des téguments. Pendant tout ce temps les mains sont froides, engourdies, douloureuses pendant des heures entières. Quelquefois même, en dehors des accès, le froid et l'engourdissement persistent.

C'est ainsi que, lorsque le mal a duré pendant un certain temps, on voit survenir d'autres accidents, c'est-à-dire ce que Maurice Raynaud a appelé la gangrène symétrique des extrémités.

Notre malade est sujet, actuellement, à un de ces accès par jour, avec prédominance sur la main gauche, accès qui se produit aussi bien en dehors du froid que sous son influence. Le matin, quand il se réveille, ses mains sont pâles, décolorées, livides, et restent ainsi pendant quelques minutes.

La sclérodactylie est une variété de la sclérodermie, elle est caractérisée, anatomo-pathologiquement, par la prolifération des éléments du tissu conjonctif de la peau, et la multiplication des éléments élastiques. Les vaisseaux du derme présentent une accumulation du leucocytes, leurs parois sont épaissies, au point que leur calibre est parfois si diminué, qu'il semble comme effacé. Les capillaires des doigts sont atrophiés. Bref, il y a à la fois obstruction veineuse et artérielle. Telle est, du moins, l'anatomie pathologique de la première phase de la maladie.

Dans les phases ultérieures, il se fait une rétraction du tissu conjonctif de néoformation, une atrophie des boules graisseuses sous-cutanées, si bien que la peau vient s'appliquer sur les parties sous-jacentes; enfin les papilles du derme s'effacent.

Cette altération de la peau, dans la sclérodermie, est irrégulièrement distribuée par plaques sur le corps. La sclérodactylie, au contraire, commence par les doigts, elle y reste circonscrite, sauf dans les cas, relativement rares, où elle les dépasse pour envahir le poignet et l'avant-bras. Quelquefois elle se complique d'un peu de sclérodermie de la face.

Ainsi, tandis que, quand on a affaire à une sclérodermie primitive, on ne trouve rien du côté des doigts, pas de sclérodactylie, par contre, quand la sclérodactylie apparaît, elle peut se compliquer, à un moment donné, de sclérodermie. Il y a là une différence très marquée.

J'ajoute que, quand la maladie se fixe sur les doigts, elle commence toujours par les membres supérieurs et ce n'est que plus tard que parfois les orteils sont envahis à leur tour. Et, comme pour la sclérodermie, nous observons deux périodes : une période œdémateuse, une période atrophique.

Chez notre malade, les doigts sont épais, gros; le derme est dur, tendu, épaissi, sans aucun pli; ce sont là les accidents de la première période. Plus tard, il y a affaissement, amincissement de la peau qui, peu à peu, en arrive à s'accoler aux os et aux articulations, leur formant une sorte de gaine rigide.

L'index de la main gauche de notre malade, où le mal est le plus avancé, en est arrivé à la période atrophique, c'est-à-dire que le doigt est aminci, la peau collée sur la phalangette et l'ongle recourbé.

D'ailleurs, à cette période, les doigts sont toujours effilés, apointis; parfois même la phalangette et l'ongle ont disparu peu à peu, non pas par gangrène, mais par atrophie. L'anatomie pathologique est la même que dans la sclérodermie, si ce n'est que l'on observe, en plus, une altération des os, caractérisée par l'atrophie du tissu osseux, dont les lacunes augmentent et se remplissent de matière graisseuse, dont les canaux de Hawers se distendent, les corpuscules osseux s'isolent; en un mot, il y a un processus atrophique des os analogue à celui de la peau.

La sclérodactylie n'est pas une maladie transitoire comme la sclérodermie, mais progressive, fatalement progressive et avec des périodes d'accélération. On a cité quelques exemples de guérison, mais ils ne sont pas absolument certains, les malades ayant été perdus de vue à un momen donné.

De ces altérations résultent des troubles fonctionnels énormes, des déformations de la main, dont les doigts s'incurvent, par contracture et paralysie musculaires. En plus de cette incurvation, on observe aussi une autre déformation, une déviation des doigts, des orteils. C'est ainsi que, chez notre malade, nous constatons une déviation du gros orteil de dedans en dehors, comme celle que produisent des chaussures pointues. Ces déviations des doigts résultent en réalité d'une paralysie des muscles lombricaux, sans rétraction de l'aponévrose palmaire, ni sclérodermie de la paume de la main. Quant à la déformation qui maintient les doigts dans l'incurvation en arc, elle est due à la sclérose du derme formant parfois de véritables brides, comme dans le cas de rétraction de l'aponévrose palmaire.

En résumé, notre malade a eu et de l'asphyxie symétrique des deux extrémités et une sclérodactylie, la première constituant la première période de la maladie.

Chez quelques malades, cette asphyxie symétrique a pour conséquences : 1° la sclérodactylie; 2° la gangrène symétrique des doigts; parfois aussi la gangrène est remplacée par de petites ulcérations, qui se cicatrisent laissant une ligne blanchâtre comme seul vestige.

Enfin, chez notre malade nous trouvons un troisième ordre d'accidents, je veux parler des manifestations rhumatismales (douleurs des genoux, des épaules, des poignets). Un certain nombre de ces malades ont des douleurs rhumatoïdes, bien plus que rhumatismales. Mais ici nous avons des craquements dans certaines articulations, lesquelles correspondent à un rhumatisme chronique. De plus la déformation des orteils est aussi de nature rhumatismale.

En somme, cet homme présente donc trois maladies : l'asphyxie symétrique, la sclérodermie et le rhumatisme. Or, ces trois affections ont, entre elles, des rapports intimes. Le froid humide se rencontre dans leur étiologie commune.

Enfin, nous trouvons chez lui une quatrième affection. En effet, il y a quatorze mois, à la suite d'un refroidissement, il a eu un gonflement de la face et des membres, peu étendu, d'apparence œdémateuse, sans albuminurie, c'est-à-dire un œdème circonscrit, sans lésion cardiaque ni rénale, un œdème également rhumatismal, venant et disparaissant assez subitement.

Mais en réalité ces quatre affections se réunissent, s'asso-

cient, comme on l'observe dans la sclérodactylie, de telle sorte que nous en arrivons à dire, comme diagnostic, que nous avons affaire à une sclérodactylie, chez un rhumatisant.

Cette affection, éminemment symétrique et de nature rhumatismale, est réglée par une influence nerveuse, sans que l'anatomie puisse nous révéler quoi que ce soit sous ce rapport. Il est certain, cependant, d'après la symptomatologie même, que les nerfs vaso-moteurs sont atteints. Mais ici s'arrêtent nos connaissances et nous ne pouvons, pour le surplus, qu'émettre des hypothèses.

Mais nous en avons dit assez pour faire comprendre que la thérapeutique doit être à la fois antirhumatismale et antinerveuse. Les bains de vapeur et le salicylate de soude ont paru, au début, amener quelque amélioration; mais l'huile de foie de morue a toujours été un médicament fort utile, appliquée *intus* et *extra* avec massage. L'iodure de potassium et les alcalins ont, par contre, donné peu de résultats. Voilà pour l'élément rhumatismal.

Quant à l'élément nerveux, nous voyons que la faradisation a eu peu d'influence; que les courants continus ont donné à M. Armengaud (de Bordeaux), en 1878, une guérison. Il est vrai qu'on a objecté qu'il ne s'agissait pas d'une véritable sclérodactylie, mais d'un myxœdème. Mais nous savons, qu'en raison de certaines connexités, entre les deux maladies, ce qui réussit dans l'une peut réussir aussi dans l'autre. Moi-même, il y a deux ans, chez un malade de l'hôpital Necker, j'ai obtenu une amélioration notable par l'emploi des courants continus. Aussi, y aurai-je recours dans le cas présent. Du reste, la période encore peu avancée de la maladie de notre homme nous permet d'espérer que nous en tirerons aussi de bons résultats.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1887. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Pseudarthrose de la mâchoire. — M. **Richelot** fait un rapport sur une observation de M. Routier, relative à une pseudarthrose de la mâchoire, guérie par la suture avec une cheville osseuse. Il s'agissait d'une jeune fille hystérique, de seize ans, qui avait une asymétrie de la face avec défaut de correspondance des deux maxillaires et impossibilité de la mastication.

M. Richelot, voulant remédier à cette difformité qui avait beaucoup augmenté depuis l'âge de dix ans, fit une résection orthopédique du maxillaire inférieur. Il a enlevé les deux petites molaires du côté gauche et a fait sauter un pont du maxillaire d'environ 2 centimètres.

Les deux fragments furent maintenus en contact par un seul fil d'argent fort.

M. Richelot avait opéré par la cavité buccale, ce qui l'obligea à couper le maxillaire avec une pince de Liston. Les suites furent très simples, sauf un petit abcès. La malade étant très indocile et ayant des attaques d'hystérie, il se fit une pseudarthrose; la réunion était purement fibreuse. C'est alors que M. Routier intervint pour réunir cette pseudarthrose. Il réséqua le tissu fibreux interposé entre les deux fragments, et appliqua une cheville d'os empruntée à un tibia de veau préalablement rendu aseptique.

Avant de réséquer le tissu fibreux, il avait perforé les deux fragments antérieur et postérieur, puis il réséqua une portion de tissu osseux et interposa la cheville.

Les suites de l'opération furent simples, la cicatrisation fut obtenue et aujourd'hui la malade a le bénéfice des deux opérations qu'elle a subies, correction suffisante de la difformité, possibilité de la mastication.

M. **Magitot** pense qu'à l'âge de seize ans, on pouvait songer à employer les appareils orthopédiques pour corriger la difformité. On a obtenu des résultats satisfaisants dans des cas analogues.

M. **Richelot** aurait certainement pensé aux appareils orthopédiques si la difformité avait été moins accentuée. Mais celle-ci était considérable. Il y avait un centimètre d'écart entre les deux maxillaires, le supérieur et l'inférieur, du côté gauche; du côté droit, il y avait peut-être encore un demi-centimètre d'écart. Cette difformité n'aurait donc pas pu être corrigée par les moyens orthopédiques.

Kystes ovariens et périovariens. — M. **Terrillon** fait une communication sur une variété rare de kyste périovarien et ses rapports avec les kystes ovariens. On distingue aujourd'hui les kystes ovariens et les kystes paraovariens.

M. Terrillon a trouvé des observations dans lesquelles il a trouvé la plus grande analogie entre les kystes paraovariens et les kystes ovariens. Il cite l'exemple d'une femme de trente-six ans qui présentait tous les caractères des kystes du ligament large. Il fit une ponction, trouva une seule poche, constata vingt-cinq grammes de paralbumine par litre dans le liquide. Il fit l'opération et trouva un kyste uniloculaire, inclus dans le ligament large. Ce kyste ne différait des kystes ovariens ordinaires, que par la plus grande épaisseur de la paroi. Il a rencontré, depuis, trois observations analogues. Plusieurs auteurs ont cité des cas semblables.

Il en résulte que les kystes ovariens et les kystes paraovariens ont la même origine, contrairement à ce qui a été admis jusqu'ici. Les kystes paraovariens récidivent toujours après la ponction, contrairement à l'opinion admise par MM. Duplay et Panas. MM. Malassez et de Synéty admettent que l'origine de ces kystes a lieu dans des ovaires surnuméraires et non dans l'organe de Rosenmuller.

M. **Quénu** dit que l'idée de M. Terrillon est de ramener tous les kystes à la même unité. Il y a cependant des différences cliniques. La récidive peut s'expliquer par ce fait seul que tous ces kystes présentent de l'épithélium sur leur poche.

Il n'y a qu'une parenté à établir entre ces kystes, c'est leur origine épithéliale.

M. **Terrillon** fait observer que l'opinion qu'il a émise sur l'origine de ces kystes est celle de MM. Malassez et de Synéty et de beaucoup d'autres.

Kyste hydatique du bassin. — M. **Bouilly** donne l'observation de la malade dont il a présenté les pièces dans la dernière séance. Il s'agit d'une femme de trente ans, malade depuis dix-huit mois; en novembre et décembre 1886, elle a des hémoptysies et crache des peaux transparentes. En janvier 1887 on constate une collection, dans l'abdomen, on ponctionne et on trouve des poches hydatides. On reconnaît alors qu'elle avait rendu des hydatides aussi par le poumon. C'est à ce moment que M. Bouilly vit la malade pour la première fois, avec le diagnostic tout fait de collection hydatique à l'abdomen. Le palper abdominal et le toucher vaginal permirent, en effet, de reconnaître l'existence de tumeurs hydatides surtout dans le petit bassin. M. Bouilly fit une incision de 8 à 9 centimètres; il était facile de reconnaître que ces kystes hydatiques étaient appendus à l'épiploon, qu'il fallut réséquer. Cela fait, il fallut aller chercher les kystes du petit bassin qui étaient profonds et adhérents. Plusieurs de ces kystes se rompirent; M. Bouilly lava chaque fois la cavité péritonéale avec de grandes quantités d'eau bouillie. Il lia tous les pédicules épiploïques et ferma le ventre. Les suites de l'opération furent des plus simples et aujourd'hui, huitième jour, la malade peut être considérée comme guérie. M. Bouilly insiste sur l'innocuité de la chute du liquide hydatique dans le péritoine. Y aura-t-il une repullulation de ces kystes hydatiques? C'est ce que l'avenir démontrera.

M. **Tillaux** a pratiqué il y a douze jours une laparotomie pour un énorme kyste hydatique du grand épiploon, qui avait été diagnostiqué en raison du frémissement hydatique qui n'existait que

dans un point de la tumeur correspondant à l'ombilic. M. Tillaux croit avoir trouvé l'explication de cette localisation du frémissement hydatique. Il tient à l'état de la paroi elle-même de l'hydatide. Mais ce frémissement ne se produit que quand il n'y a pas de liquide dans la poche. Il faut, pour qu'il existe, que la poche même contienne non du liquide mais des hydatides tassées les unes contre les autres comme des œufs dans un nid. C'est ce que M. Tillaux a constaté chez la malade qu'il vient d'opérer.

M. TERRILLON, à propos du fait de M. Bouilly, insiste sur les grands avantages du lavage à l'eau bouillie auxquels il a recours chaque fois qu'il tombe la moindre goutte de liquide dans la cavité péritonéale. M. Terrillon ajoute qu'il a pu constater la confirmation de l'opinion de M. Tillaux relativement à l'explication du frémissement hydatique.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. QUÉNU présente un nouveau ligateur pour fixer les liens de caoutchouc et faire l'hémostase dans les diverses opérations où la ligature élastique est employée.

Cet instrument a été construit par M. Mariaud. Il se démonte et peut être nettoyé dans toutes ses parties.

Le nouveau ligateur se compose :

1° De deux mors fenêtrés A, pris dans le plein sur un ressort unique B;

2° D'une barrette unie échancrée à sa partie supérieure C, dans

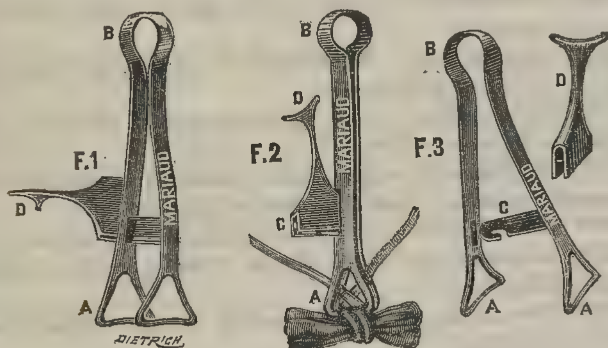


Fig. 1. Instrument vu ouvert. — Fig. 2. Instrument vu appliqué.
Fig. 3. Instrument vu démonté.

laquelle s'engage une pédale excentrique D, se démontant instantanément pour le nettoyage de l'instrument.

La séance est levée.

Séance du 20 juillet 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Plaie pénétrante du crâne. — M. RECLUS donne ses soins à une dame qui a reçu une balle de revolver dans l'oreille. Il s'est opposé au cathétérisme de la plaie. Il s'est produit de l'exophthalmie, de la paralysie faciale, de l'anesthésie de la conjonctive. Après neuf jours, ces accidents persistaient, mais sans aucune complication. Il paraît donc ne devoir pas se déclarer de méningite. M. Reclus s'est contenté de faire des lavages antiseptiques du conduit auditif.

Ostéo-myélite du fémur; hémorrhagie. — M. MONOD fait un rapport sur une observation adressée par M. Larabrée, dans laquelle il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui était atteint, depuis quinze ans, d'une ostéo-myélite du fémur. A trois reprises, par suite d'ulcérations de l'artère poplitée et des collatérales, il y eut des hémorrhagies graves. Le mauvais état de la jambe empêchant de faire la ligature, on pratiqua l'amputation de la cuisse et le malade succomba le soir.

M. VERNEUIL cite l'exemple d'une petite fille atteinte d'ostéo-périostite avec fistules, chez laquelle on constata une ulcération de la tibule postérieure. Les parois de cette artère étaient véritablement rongées par le tubercule.

M. LANNELONGUE dit qu'il faut distinguer les faits d'abcès tuberculeux des abcès inflammatoires. Il y a un mécanisme particulier : les parois artérielles sont envahies par les tubercules.

Quant aux faits d'abcès inflammatoires, il n'y a là aucune altération du côté des vaisseaux; ce sont les esquilles, les os, qui perforent les vaisseaux, et non le pus, qui, par lui-même, n'ulcère jamais les artères.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Lannelongue. Il se rappelle plusieurs faits déjà anciens, dans lesquels les malades ont succombé à des ulcérations vasculaires tuberculeuses. Mais ces faits ne sont bien établis que depuis peu de temps. En résumé, il faut séparer les ulcérations tuberculeuses des autres ulcérations vasculaires. Reste à élucider la question de savoir si, réellement, le pus n'est pas capable d'ulcérer par lui-même les parois des artères.

M. LE DENTU croit que, dans un certain nombre de cas, l'action du sequestre est incontestable. Toutefois il a recueilli un certain nombre de cas où on n'a trouvé ni l'existence d'un sequestre, ni l'invasion tuberculeuse, pour expliquer la perforation artérielle. Il cite un assez grand nombre de faits dans lesquels il n'y avait d'autre explication de l'ulcération artérielle que la présence d'un abcès chaud. Ces faits s'observent habituellement à la suite de fièvres graves.

Résection de l'astragale. — M. VERNEUIL communique l'observation d'une petite fille de quatre ans, entrée dans son service depuis deux ans. Elle est opérée depuis ce temps.

Elle avait une ostéo-arthrite tibio-tarsienne. M. Verneuil agrandit les fistules et put extraire l'astragale en entier, presque comme un sequestre. Il pansa à l'iodoforme, fit un drainage et immobilisa le membre.

L'enfant guérit très rapidement et la guérison s'est maintenue, sauf un varus assez prononcé. Toutefois il restait des fistules. Pour achever la cure, M. Verneuil put obtenir un séjour de quatre mois à Berk. Il insiste sur la nécessité absolue de ce traitement post-opératoire. Voilà aujourd'hui un an que la guérison est confirmée.

M. TRÉLAT a fait beaucoup de leçons pour démontrer l'importance de ce traitement post-opératoire. Il a obtenu les meilleurs effets de Salies-de-Béarn, à ce point de vue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que les résections tibio-tarsiennes sont de celles qui guérissent le moins correctement. Il y aurait peut-être eu avantage, dans le cas de M. Verneuil, à faire une résection plus étendue. On aurait peut-être évité le varus que signale M. Verneuil lui-même sur sa petite malade.

M. VERNEUIL fait observer que le varus est dû, ici, aux fusées purulentes anté-opératoires. Il n'y avait donc rien à faire pour l'éviter.

Taille hypogastrique. — M. MONOD fait un rapport sur deux faits de M. Jobard, relatifs à deux cas de taille hypogastrique guéris sans qu'il y ait eu de sonde à demeure.

Tumeur fibro-cystique de l'utérus. — M. POZZI présente une tumeur fibro-cystique de l'utérus, qu'il a enlevée le matin même, sur un malade qui avait des hémorrhagies très graves. Il s'agit d'une tumeur constituée par une série de petits fibromes. Si cette tumeur s'était développée, elle aurait donné lieu à la formation de kystes plus ou moins volumineux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que ces tumeurs sont moins rares qu'on ne croit; il en a lui-même opéré plusieurs semblables. Il croit que les grossesses répétées ont une influence sur la production de ces tumeurs.

M. TERRIER a observé plusieurs cas analogues, dans lesquels il s'agissait de fibromes dégénérés. Il croit qu'il faut distinguer ces tumeurs des tumeurs fibro-cystiques de l'utérus.

M. QUÉNU ne pense pas que, comme semble l'admettre M. Pozzi, ces tumeurs soient un premier degré des grands kystes de l'utérus.

Opération d'Estlander. — M. BOUILLY présente un enfant auquel il a réséqué neuf côtes il y a un an.

Ce jeune homme est revenu à un état de santé parfaite. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la guérison rapide et radicale. Ce jeune homme présente seulement une déformation considérable de la cage thoracique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 juillet 1887, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Desmoulins, aide-médecin de la marine démissionnaire, docteur en médecine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Calot, pharmacien de deuxième classe de la marine démissionnaire.

— Par décret en date du 21 juillet 1887, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Crossouard, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décret en date du 21 juillet 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Mangin, médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire.

— Par décret, en date du 23 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Angier et Martenot, aides-médecins, docteurs en médecine.

— Par décret, en date du 23 juillet 1887, la chaire de pathologie interne de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est transformée en chaire de pathologie interne et pathologie expérimentale.

— Par décret, en date du 23 juillet 1887, M. Leroy, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne et pathologie expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle du 17 juillet 1887, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Mazières, à Saint-Genis; Privat, à Campagnac; Racine, à Scey-sur-Saône; Martin, à Macau; Jeanney, à Saulx; Rémy, à Boussac; Savin, à Saint-Germain-du-Bois; Collot, à Joinville; Boutet, à Orgerus; Smagghe, à Hazebrouck; Lannes, à Mailloux; Vermont, à Mont-Saint-Vincent; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port; Mascle, à Châteaurenard; Chaussat, à Aubusson, Plaisance, à Brigueil; Morel, à Pacé; Grenet, à Héricourt; Haran, à Vézelay; Bertaud, à Pouancé; Tarnawski, à Joigny; Robert, à Sisteron; Foucher, à Saint-Mandé; Frissant, à Mouriès; Tonnelier, à Auxerre; Boutet-Durivaud, à Laforêt; Gagniard, à Avallon; Josias, à Charenton; Mauvesin, à Bray-sur-Seine; Costes, à Langogne; Favre, à Faverges, et Divry, au Catelet;

MM. les officiers de santé Tournon, à Istres; Faure, à Lagrand; Lacôme, à Castelnau; Huber, à Boos; Dubreuilh, à Thenon; Guerdat, à Ville-d'Avray; Carré, à Houdain; Mahu, à Anizy-le-Château; Lemaître, à Moreuil, et Creuset, à La Gravelle.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 juillet 1887, un concours s'ouvrira, le 1er février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet 1887, sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance, pour une période de quatre années, à partir de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice, dont les noms suivent :

Ier *arrondissement.* — MM. Boissier, Carpentier, Colson, Regnault, Richard (Ernest) et Richard (Paul);

IIe *arrondissement.* — MM. Legué, Lobligeois, Martellière, Pascalis et Radou;

IIIe *arrondissement.* — MM. Boyer, Regeard et Rueff.

IVe *arrondissement.* — MM. Avezou, Commenge, Déel, Dezarnaulds, Garnier, Guyard, Henszel, Mérijot, Soudée, Vigouroux et Resch;

Ve *arrondissement.* — MM. Brochin, Roussy, Gervais, Deffaux, Delisle, Lecoconnier, Laugier et Barrault;

VIe *arrondissement.* — MM. Lecoin, Venet, Tranchant, Vinache, Reuss, Foucart et Guillier;

VIIe *arrondissement.* — MM. Bader, Tisné, Blet, Audigé, Loiseau-Rouen, Meige et Tolédano;

VIIIe *arrondissement.* — MM. Pierreson, Siry, Diday, Boncour et Billon;

IXe *arrondissement.* — MM. Piberet, Blondet, Besnier, Fédérowicz, Geneste et Moulard;

Xe *arrondissement.* — MM. Boivin, Hémey, Pignol, Chabert, Rœser, Gérard, Fissiaux, Piérin, Rotillon, Tripet, Bonnot et Picard;

XIe *arrondissement.* — MM. Rogron, Pasteau, Humbert, Malterre, Trapenard, Miquel, Landois, Montignac, Boussi, Cornilleau, Tourangin, Calmeau et Naudet;

XIIe *arrondissement.* — MM. Gibert, Mallet, Bloch, Morisson, Dombax et Jourjon;

XIIIe *arrondissement.* — MM. Bureaux, Franco, Paulier, Boulland, Lafont, du Périer et Chatelain;

XIVe *arrondissement.* — MM. Bonne, Coumëtou, Fèvre, Lacaille, Lartigues, Macqret et Piérin;

XVe *arrondissement.* — MM. Tapie, Simon, Queyssac, Marieur, Legrand, Lagelouze, Doury, Destrem et Ancelin;

XVIe *arrondissement.* — MM. Saint-Martin, Raoult et Sée;

XVIIe *arrondissement.* — MM. Masson, Demay, Séailles, Lebeau, Fabre et Mugnier;

XVIIIe *arrondissement.* — MM. Franckel, Perrochon, Mook, Boh, Fabre et Gaspais;

XIXe *arrondissement.* — MM. Gérard, Gillet, Jounia, Forestier, Baucher, Ruelle, Texier et Tarius;

XXe *arrondissement.* — MM. Perrin, Brohon, Chenet, Sénac, Dupré, Arduin, Pilon, Delarue, Braumberger, Kinzelback et Outin.

— M. le docteur de Séré, inspecteur du service de la vérification des décès à Paris, vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Lion et du Soleil de Perse.

— *Missions scientifiques.* — Est et demeure rapporté l'arrêté du 23 juin 1887, qui chargeait M. le docteur Kühn, membre du comité d'organisation de l'Exposition de 1889, d'une mission pour étudier, au congrès médical de Washington, les instruments de chirurgie, et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire.

M. Kühn, membre du comité d'organisation de l'Exposition de 1889, est chargé d'une mission aux États-Unis pour y visiter les écoles dentaires et étudier tout ce qui se rattache à ces établissements.

M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hôpitaux.

M. le docteur Baratoux, médecin à Paris, est chargé d'une mission au Canada et aux États-Unis, en vue d'y étudier l'enseignement de la rhinologie, de l'otologie et des diverses affections du larynx.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Schaack, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera, du vendredi 5 au vendredi 12 août 1887, une excursion géologique publique en Champagne et dans les Ardennes, conformément à l'itinéraire suivant :

Le rendez-vous est à Paris, à la gare du Nord, où l'on prendra

le vendredi 5 août 1887, à huit heures et demie du matin, le train express pour Laon.

Première journée, vendredi 5 août : Laon et Guise ; — deuxième journée, samedi 6 août : Reims et ses environs, Cernay, Mont-Berru, Châlons-sur-Vesles, Rilly et Sézanne ; — troisième journée, dimanche 7 août : de Reims à Charleville, Rethel, Saulce-Monclin, Viel-Saint-Remy, Launoy, Charleville ; — quatrième journée, lundi 8 août : Charleville, Romery, Mohon, Le Theu, le mont Olympe ; — cinquième journée, mardi 9 août : Rimogne et Charleville ; — sixième journée, mercredi 10 août : de Charleville à Fumay, Braux-Levrezy, Tournavaux, la vallée de la Semois, la Roche aux Corpiats, Monthermé, Deville, Mairupt, Laifour, Revin et Fumay ; — septième journée, jeudi 11 août : Fepin, Montigny, Le Han, Charlemont, La Famenne, Givet, Mont d'Or ; — huitième journée, vendredi 12 août : retour à Paris par Charleville, Reims et Soissons.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront à l'avance au laboratoire de géologie du Muséum et y verseront le montant de la demi-place. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Muséum, au laboratoire de géologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

N° 91. — JEUDI 28 JUILLET 1887. 60e ANNÉE JEUDI 28 JUILLET 1887. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Encore une séance d'une longueur exceptionnelle. Il s'agissait de porter les derniers coups à la théorie qui voudrait refuser à l'intelligence le droit au travail, qui inculpe l'application, la continuité dans l'étude, la tension d'esprit nécessaire pour s'assimiler les découvertes d'autrui et pour découvrir soi-même quelque chose. Heureusement, la plupart de ceux qui siègent à l'Académie y sont arrivés par leurs œuvres : et ils connaissent les conditions indispensables pour savoir et produire. Le terme surmenage *intellectuel* les a choqués quand ils l'ont lu dans la conclusion proposée par la commission : ils n'ont pas voulu qu'on eût l'air de recommander aux pouvoirs publics l'abêtissement de notre race.

Les programmes actuels sont trop chargés, tout le monde est d'accord pour le reconnaître. Il en résulte une durée trop longue pour les études secondaires; une durée trop longue pour le temps consacré chaque jour aux classes et aux devoirs : et tout cela, pour aboutir à ne rien apprendre en réalité d'une façon sérieuse; — parce que les questions du programme sont trop multiples et trop étendues pour qu'on puisse espérer les posséder à fond, et parce qu'on se contente de charger sa mémoire de réponses préparées d'avance pour les interrogations prévues.

Il y a certainement un surmenage *scolaire*, et un surmenage de la mémoire, c'est-à-dire le plus inepte et le plus infécond possible. Tous ceux qui ont actuellement des fils dans les écoles le constatent et le déplorent. Ce surmenage résulte surtout des nouveaux programmes.

Il n'existait pas à ce point il y a trente ou quarante ans. Aussi ne voit-on se lever, pour essayer de défendre le système universitaire en vigueur, que ceux qui n'ont pas de fils et, comme M. Féréol, se réfèrent exclusivement aux souvenirs de leur jeunesse.

Du reste, il faut reconnaître que l'Université a toujours marché dans le sens de la complication croissante des programmes et des règlements. Nous tenons de MM. Thierry, les fameux historiens, que quand un de ces deux frères, Augustin, fut reçu à l'École normale, on n'y exigeait encore des élèves que l'assistance aux heures des repas et la rentrée, le soir, à l'heure fixée pour le coucher. Les conférences étaient facultatives : et les élèves les plus remarquables, les Thierry, les Cousin, les Villemain, etc., absorbés toute la journée par leurs recherches personnelles, passant dans les bibliothèques le meilleur de leur temps, n'y assistaient jamais. C'est ainsi qu'ils ont pu devenir des grands hommes : parce qu'ils concentraient toutes leurs facultés, à un moment donné, sur la série d'études qu'ils tenaient à approfondir et n'étaient alors dérangés par rien. Ils n'en répondaient pas moins bien aux examens : parce que les programmes, beaucoup plus simples, leur permettaient de passer en revue, dans leur travail libre, et d'étudier suffisamment toutes les branches des connaissances humaines qui s'y trouvaient indiquées. Aujourd'hui, depuis longtemps déjà, la liberté n'existe plus pour les élèves de l'École normale; on les traite comme des collégiens; on multiplie leurs conférences obligatoires : et il ne paraît pas qu'on voie pulluler infiniment, sous ce régime, des hommes supérieurs aux Thierry, aux Cousin et aux Villemain.

LE CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX EN MÉDECINE (1).

II

Dans un premier article, nous avons montré que le régime actuel du concours est loin d'être parfait. Épreuves trop courtes, insuffisamment probantes, artificielles et aléatoires; une préparation qui ne laisse guère de temps aux recherches personnelles; un concours qui ne donne aucune place aux travaux originaux : ce sont là des objections fondamentales contre l'ordre de choses actuel. Un tel mécanisme nous constitue forcément dans un réel état d'infériorité vis-à-vis des nations qui n'ont pas de concours, chez lesquelles les publications et le bon renom scientifique des concurrents sont la base de leur avancement dans la hiérarchie.

Malheureusement, le simple concours sur titres, par élection, n'est pas possible en France; il lui faut un correctif que nous ne pouvons pas avoir. Ce correctif, c'est la concurrence pour la vie d'écoles rivales les unes des autres. Les Facultés, vivant par leur enseignement, ont tout intérêt à appeler à elles des personnes qui se sont distinguées déjà par leurs travaux, qui ont fait preuve d'une réelle valeur scientifique. De là un roulement entre les diverses écoles, une ascension progressive des Universités inférieures aux Universités qui tiennent la première place par l'éclat de leur enseignement et le nombre de leurs élèves. Ce système repose sur la décentralisation; en France, nous vivons sous le régime exclusif de la centralisation, qui amène la pléthore à Paris, l'anémie en province.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 722.

Revenons plus directement à notre sujet. On objectera qu'il ne s'agit pas d'enseignement, mais d'un service public, de soins à donner à des malades. L'Assistance publique doit assurer à ses clients des soins éclairés; à cela seul se borne son rôle. Cette objection ne porte pas. En réalité, les hôpitaux de Paris sont le véritable centre de production scientifique de cette ville; l'enseignement donné par les médecins des hôpitaux est officiellement reconnu, puisque la Faculté place près d'eux ses stagiaires. Il en résulte que l'administration de l'Assistance ne doit pas seulement avoir le souci de ses malades; elle a une mission plus haute : il lui appartient de maintenir, le plus élevé possible, le niveau des études médicales à Paris. Si la Faculté fait des docteurs, l'Assistance fait des internes et des médecins des hôpitaux, et c'est parmi eux que la Faculté recrute ses agrégés et ses professeurs. La Faculté est, en réalité, greffée sur l'Assistance, et celle-ci peut plus que celle-là pour le niveau des études, l'intensité et la valeur de la production scientifique.

Heureusement, l'intérêt de la science et celui des malades sont plus que parallèles, identiques. Ceux-ci seront d'autant mieux, d'autant plus efficacement soignés qu'ils le seront par des médecins plus distingués et d'une émulation scientifique plus grande. Il en résulte donc que l'Administration a le devoir le plus net de ne pas faire, par le programme de ses concours, obstacle au progrès. Nous croyons avoir démontré que les programmes actuels sont une cause véritable d'obstruction.

Supprimer le concours serait le mieux, si cette suppression ne devait pas livrer la nomination des médecins des hôpitaux à un arbitraire irresponsable. L'élection n'est possible que si elle est dirigée par la concurrence vitale. C'est le système de la décentralisation. Avec la centralisation qui nous régit et nous étreint, le choix pur et simple n'est pas possible; ce serait l'arbitraire sans compensation, l'invasion des influences extra-scientifiques.

Le concours est une garantie pour les travailleurs; il faut le maintenir. C'est un mal nécessaire. On doit, tout au moins, faire que cette garantie du travail ne lui soit pas un obstacle. Pour cela une réforme est nécessaire; comment doit-elle être faite?

III

Le concours du Bureau central doit comporter des épreuves d'*admissibilité* et des épreuves *définitives*. Les premières devraient être des épreuves écrites.

Dans tous les concours, celles-ci viennent les premières; les épreuves orales ne viennent qu'en second lieu. Il est ainsi universellement reconnu que les épreuves écrites sont plus probantes que les épreuves orales. Elles laissent, en effet, le temps de la réflexion et permettent de faire preuve d'un savoir solide et réel. Il y aurait donc lieu de mettre en première ligne l'épreuve écrite, qui est actuellement rejetée à la fin du concours et qui est faite seulement par un petit nombre de candidats, à une époque où les pronostics de nomination sont déjà basés sur de sérieuses probabilités.

Comme seconde épreuve d'admissibilité, pourrait se placer une consultation écrite. La consultation a cet avantage sur l'épreuve orale que le candidat est plus maître de son exposition et qu'il a plus de temps pour réfléchir sur le cas qui lui a été soumis. Le défaut de cette épreuve, telle qu'elle est actuellement comprise, c'est le peu de temps accordé pour l'interrogatoire du malade : dix minutes seulement, sans qu'il soit possible de revenir sur cet examen. A notre sens, l'idéal de cette épreuve clinique serait de laisser le candidat à proximité de son malade, avec la faculté de consacrer à l'examen, dans certaines limites, le temps qu'il voudrait.

Une heure, par exemple, lui étant accordée, le candidat serait libre de consacrer le temps qui lui semblerait nécessaire pour examiner son malade. Si quelque doute surgit dans son esprit pendant qu'il rédige sa consultation, il serait libre de revenir au lit du sujet, et de compléter son examen comme bon lui semblerait. Ce serait à lui de régler pour son propre compte le temps destiné à l'*examen* et le temps destiné à la *rédaction*. Rien n'obligerait à faire faire cet examen devant le jury tout entier. Des concurrents tirés au sort et un employé de l'Assistance suffiraient très bien pour surveiller cette épreuve et écarter toute fraude. Dans presque tous les cas, sinon dans tous, le malade donné à examiner pourrait être placé à l'avance dans un local particulier dans lequel seraient enfermés le malade, ou même les malades, le candidat et ses surveillants. On pourrait, sans inconvénient notable, sans perte de temps pour le jury, attribuer aux concurrents un temps réellement suffisant pour l'examen méthodique du malade ; le diagnostic ne serait plus autant affaire de chance et d'escamotage. On se rapprocherait beaucoup plus des conditions ordinaires de la clinique. Plusieurs candidats faisant leur examen de malade simultanément, les compositions seraient lues successivement devant le jury.

Dans une étude récente publiée dans le *Progrès médical*, M. Danlos propose de faire lire les copies par une autre personne que par le candidat, par exemple par des internes des hôpitaux choisis à cet effet. L'avantage serait de faire juger les compositions exclusivement d'après leur mérite intrinsèque, sans faire intervenir la personnalité du candidat. Il y a une grande difficulté, c'est que certaines écritures sont très difficiles à lire, et que certaines copies, péniblement déchiffrées par un étranger, perdraient forcément de leur valeur. C'est là une grave objection à la proposition de M. Danlos.

Les deux épreuves que nous proposons, toutes deux écrites, seraient suffisantes pour constituer les épreuves d'admissibilité.

M. Danlos propose de faire juger les épreuves d'admissibilité et les épreuves définitives ou d'admission par deux jurys différents. Il y aurait constamment une dizaine d'admissibles, qui seuls subiraient les épreuves d'admission. Une fois déclaré admissible on n'aurait plus besoin de subir les épreuves d'admissibilité, on serait admissible à perpétuité. Il y aurait ainsi un corps de *stagiaires* au Bureau central qui pourrait être utilisé pour les remplacements, au moment des vacances par exemple. Au fur et à mesure des nominations au Bureau central les vides du corps des admissibles seraient comblés par les concours d'admissibilité.

Le but que se propose M. Danlos c'est de soustraire les admissibles à l'énervante et inutile préparation de la question théorique. Ils pourraient consacrer leurs loisirs à des travaux originaux tout en continuant à se perfectionner en clinique. C'est là une idée de tous points excellente. Il nous semble toutefois que l'institution des admissibles devrait être complétée par une disposition destinée à empêcher certains candidats de s'éterniser dans cette situation intermédiaire. On pourrait déclarer qu'après un certain nombre d'années, 6, 8, 10, les admissibles perdraient le droit de concourir à l'admission. Ce serait déblayer le terrain et rendre service à quelques-uns.

Nous arrivons maintenant aux épreuves d'*admission* qui seraient subies devant un second jury.

M. Danlos est d'avis de faire consister ce second concours exclusivement en épreuves cliniques. Il propose six épreuves faites par écrit, et jugées par le jury d'après des copies distinguées par des numéros d'ordre et lues par une autre personne que le candidat lui-même pour éviter toute influence de personnalité. Le jury se diviserait en deux sections A et B. La section B écouterait la lecture des copies écrites par les candidats que la section A aurait surveillés dans l'examen des malades et réciproquement. Les juges seraient enfermés pendant cette lecture comme le jury des assises.

Ce serait la justice absolue, si tant est qu'il puisse y avoir rien d'absolu en fait de justice.

La proposition de M. Danlos a de bons et de mauvais côtés. La lecture par un étranger expose les gens affligés d'une mauvaise écriture à être déchiffrés d'une façon pénible pour tout le monde. Ce serait le triomphe de la calligraphie. D'autre part, toutes les épreuves seraient des épreuves écrites, et il est bon qu'il y ait des épreuves orales.

Ce qu'il y a de mieux dans la proposition de M. Danlos, c'est la multiplicité des épreuves cliniques, qui permettrait de prendre une moyenne de quelque valeur. Chaque candidat pourrait exa-

miner cinq malades par exemple : deux consultations écrites et trois leçons orales. Ce second concours, malgré la multiplicité des épreuves (garantie pour les candidats contre le hasard), pourrait être terminé en moins de trois semaines.

En résumé, le concours serait composé de deux parties : des épreuves d'admissibilité subies devant un premier jury; des épreuves d'admission subies devant un second jury. Un candidat déclaré admissible n'aurait plus besoin de subir à nouveau la première partie du concours.

Les *épreuves d'admissibilité* consisteraient exclusivement dans des épreuves écrites : une épreuve théorique semblable à celle qui existe actuellement; un examen clinique pour lequel il serait laissé au candidat une latitude plus grande pour l'interrogatoire des malades.

Les *épreuves d'admission* consisteraient exclusivement dans des épreuves cliniques : deux écrites, trois orales, faites à peu près comme celles qui existent actuellement; peut-être avec un peu plus de temps pour l'examen du malade.

Le grand point de cette réforme, c'est de ne pas forcer les candidats de trente ans et plus à repasser constamment leur pathologie dans les livres classiques et même dans les manuels et à leur laisser le temps de faire quelque travail personnel.

IV

Cette latitude devrait leur servir utilement; ils devraient en donner la preuve, et démontrer qu'ils ont réellement fourni un travail original. Ce n'est pas que nous réclamions une épreuve sur titres : on comprend ce qu'une semblable épreuve a de dangereux et d'illusoire. Les maîtres ont une tendance naturelle, bien humaine, à considérer comme bon ce qui est conforme à leurs idées, ce qui vient de leurs élèves, comme excellent ce qui est la louange de leurs propres travaux. Aussi ne réclamons-nous pas une épreuve qui se cote par un certain nombre de points.

Nous voudrions seulement que les juges ne pussent pas ignorer que tel candidat a produit quelque chose. Pour cela, il serait très simple de faire déposer par chacun des concurrents une liste de ses travaux. Au commencement de chaque concours, cette liste, tenue au courant, serait autographiée par les soins de l'Administration et remise à chacun des juges.

Nous n'avons indiqué que les grandes lignes des réformes que nous réclamons, et donné l'esprit plus que la lettre. Nous ne tenons pas essentiellement aux chiffres que nous avons donnés. Ils n'avaient d'autre but que de rendre l'exposé moins abstrait. C'est ainsi que nous ne tenons pas particulièrement à ce qu'il y ait dix admissibles : nous en demandons le plus possible. Nous estimons qu'il y a un intérêt général à ce que le plus grand nombre possible des candidats soit libéré de l'obligation d'apprendre par cœur des plans de question. Avec ce système, disait avec esprit un de nos maîtres, on n'apprend jamais la pathologie, on ne fait que la repasser.

Cette délivrance de la pathologie spéciale des concours, artificiellement débitée par tranches, avec annotations sur ce qui peut plaire à M. X. et à M. Y. est le premier point de la réforme demandée. Réduire l'influence excessive du hasard est le second point, tout aussi important.

Ainsi compris, le programme pourrait être immédiatement appliqué : sur soixante candidats, il y en a certainement quinze ou vingt qui méritent d'être délivrés de la question théorique. Je ne crains guère d'être contredit à ce point de vue, pas même par les concurrents.

LE SURMENAGE SCOLAIRE

Par M. le professeur Gautier.

S'il était vrai que l'on travaillât beaucoup dans nos écoles et lycées, il s'en suivrait que notre trop studieuse jeunesse, et particulièrement celle qui a doublé avantageusement le cap dangereux des deux baccalauréats, devra arriver, elle, l'élite, de plus en plus solidement instruite, dans nos écoles supérieures, et toute prête à bénéficier de cette culture intensive qu'elle a reçue au collège et dont ce double diplôme témoigne qu'elle a su particulièrement profiter.

Or, notre expérience journalière nous montre qu'il n'en est malheureusement rien; que les programmes changent et s'amplifient, que les heures de classe et d'étude s'augmentent et s'allongent, et que la valeur acquise par nos écoliers dans les dix longues années qu'ils passent au collège reste à un niveau à peu près constant, peut-être inférieur à celui qu'il avait il y a quelque vingt ans.

L'on ne travaille donc pas plus dans nos lycées, quoiqu'on y demande plus de travail; mais l'on s'y ennuie tous les jours davantage, ainsi que je le montrerai. Comme il en a toujours été, chacun y donne sa mesure, mesure de son intelligence que modifient longuement l'énergie et la moralité personnelles, aussi bien que le milieu physique et social où est l'écolier; mais chacun ne donne que ce qu'il peut. Le faible ou le cancre étudie juste assez ou pas assez pour éviter la punition; l'esprit ordinaire force de voiles, ou se repose, suivant ses dispositions du moment et sa production cérébrale actuellement disponible; l'intelligent ajoute au travail imposé son travail et son ardeur personnelle et, sans se surmener, dépasse tous les programmes; le spécialiste, celui qui aime l'histoire, la poésie, les sciences, les mathématiques, dévore avec plaisir et sans fatigue les ouvrages qui l'instruisent et le charment : il fait des vers, des discours, il s'essaye déjà au drame et au roman, il étudie la botanique, la zoologie, la physique ou bien se prépare aux écoles de l'État; négligeant à peu près tout ce qu'il trouve une inutilité ou une surcharge, il donne encore ce qu'il peut donner, suivant la mesure approximative de son aptitude au travail, mesure qu'il consent rarement à dépasser, car, si le programme est imposé, la mesure est volontaire, et bien rares sont ceux qui acceptent longtemps un fardeau qui les écrase.

D'où vient donc que nos jeunes gens, arrivés à l'examen du baccalauréat, succombent dans une proportion d'année en année plus grande, et paraissent, à cette épreuve justement redoutable, de plus en plus faibles et surmenés. C'est qu'une même quantité de travail ou de volonté appliquée à un ensemble de matières et de programmes de plus en plus variés et de plus en plus amples conduit à une insuffisance évidente sur chaque sujet, excepté sur celui ou ceux que l'élève préfère et conçoit bien.

Augmenter indéfiniment ces programmes, c'est créer logiquement la médiocrité et le superficialisme; c'est habituer l'enfant à savoir en vue de l'examen et par une série d'artifices, qui ne laissent presque rien dans l'esprit, passé le jour de l'épreuve; c'est tendre à développer la mémoire aux dépens de l'intelligence et du jugement; c'est faire du *plaqué* qui ait un jour, une heure au moins, l'aspect de l'or solide et pur. Je suis donc de l'avis de la plupart de mes collègues, de MM. Rochard et Hardy, en particulier, lorsqu'ils demandent qu'on simplifie les épreuves du baccalauréat.

Je suis plus de cet avis qu'eux-mêmes; car, sans regret, je verrais disparaître cet examen sous sa forme actuelle, principale cause de notre surmenage scolaire, du travail en vue du diplôme, de ce cauchemar incessant des dernières années passées au lycée, *cette préparation au bachot*, mot bien trouvé dans son enveloppe méprisante pour caractériser un résultat méprisable en lui-même si cette épreuve n'est pas prise au sérieux : par l'élève, qui n'y voit qu'un bon débarras, à qui la présente comme une amère pilule qu'il faut bien arriver à avaler une fois; par l'examinateur, enfin, qui se sent de plus en plus disposé à faiblir devant cette générale médiocrité.

(M. Gautier expose l'état actuel de l'enseignement secondaire en Allemagne. La durée n'en excède pas neuf ans, dans les gymnases, et l'élève n'y est examiné que par les professeurs qui lui ont fait faire ses classes. Ce sont eux qui lui délivrent l'*abiturient*, lui donnant le droit d'entrer, sans autre examen, dans l'*université*, pour commencer ses études de médecine, droit, philosophie, théologie, sciences proprement dites. C'est dans le cours des classes que les professeurs jugent des aptitudes des élèves et

voient s'il est bon qu'ils continuent les études littéraires ou qu'ils entrent dans une *realschullen* de première classe pour se préparer aux écoles d'ingénieurs, d'architectes des arts et manufactures, ou se bornent aux realschullen de troisième classe, où la durée des études n'est que de six ans et où l'on prépare des manufacturiers, des commerçants, des mécaniciens, etc. Partout l'examen probatoire définitif a lieu devant les professeurs du collège, qui connaissent à fond l'élève. Il n'est donc plus cette loterie, ce cauchemar que représente le baccalauréat pour chacun de nos écoliers. ci plus d'efforts tardifs et de préparations surchauffantes et hâtives; plus de cette préoccupation, de cet effroi de jour et de nuit que donnent même aux meilleurs élèves la crainte de la chance et de l'inconnu : Ils savent qu'on les jugera surtout d'après la somme des efforts faits et des études acquises durant leurs longues années d'études. Ce n'est plus cette épreuve redoutable du baccalauréat où des juges, qui ne connaissent pas l'élève, mesurent, en moins d'une heure, le travail de dix ans, où un barbarisme, une absence suffit à faire classer le candidat parmi les incapables, fût-il le Claude Bernard ou le Pasteur de l'avenir.

M. Gautier demande qu'on se rapproche en France le plus possible de cet état de choses, qu'on allège les programmes et qu'on spécialise les études de l'enfant le plus tôt possible.

Il y a dans nos lycées moins de surmenage cérébral que d'ennui et d'étiolement physique et moral, et, pour y remédier, il convient de simplifier et spécialiser les programmes d'examen, en conservant les baccalauréats si l'on veut, mais en donnant aux élèves et leur demandant des connaissances adaptées à leurs facultés personnelles variables, approfondies sur les parties qui leur plaisent, plus superficielles sur les autres. Il faut surtout éviter la préparation intensive aux baccalauréats qui occupe et fatigue sans mesure l'écolier, durant les deux ou trois dernières années. Il suffit pour cela d'abord de faire compter, dans une large mesure, à l'examen du baccalauréat, les notes prises au lycée, au moins depuis la quatrième ; ensuite de faire participer à cet examen les professeurs des collèges où a été élevé le candidat.

Il faut rendre le lycée supportable, et même aimable, en augmentant les heures de repos, laissant les élèves libres de se livrer à leurs jeux les plus bruyants, les excitant même à ceux qui développent leurs forces physiques, leur courage et leur gaieté. Il faut obliger chaque élève à consacrer une heure au moins à apprendre un métier manuel, un métier de force, et une autre heure à faire des armes, de la gymnastique, du cheval, de la natation, de la danse, du chant et des exercices divers.

Il faut augmenter le bien-être des élèves, la longueur des récréations. Il faut qu'ils aient le temps d'organiser des parties, des promenades à la campagne.

Il faut enfin demander que l'État éloigne la limite de l'âge auquel on peut entrer dans les grandes écoles, limite qui, sans profit pour personne, oblige une élite, mais une élite seulement, à un surmenage intellectuel dangereux.

Mais gardons-nous, pour éviter quelques excès, de diminuer l'énergie de nos enfants, de donner des excuses à leur faiblesse, et des armes à leur demi-travail.

Rien ne s'acquiert que par l'effort. Pour arriver à développer nos muscles, ne faut-il pas un commencement de fatigue ? Il en est de même du cerveau.

C'est l'attention, soutenue par la volonté, qui développe lentement la mémoire, stimule et ouvre l'intelligence et donne la confiance en soi-même, précieuses qualités dont il faut se garder de tarir les sources, car seules elles font les hommes intelligents et moraux et les nations viriles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Balland, pharmacien du deuxième corps d'armée, à Amiens, qui sollicite le titre de correspondant national dans la quatrième division (pharmacie) ;

2° Un pli cacheté, présenté par M. le docteur Regnier, sur un *Nouveau traitement de la scoliose* (Accepté) ;

3° Une lettre de M. le docteur Duboué, qui déclare renoncer à prendre la parole sur la rage, parce que M. Pasteur a renoncé lui-même à ses inoculations intensives, qu'il considérait comme inutiles et nuisibles.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Poincarré (de Nancy) ; en deuxième ligne, M. Barallier (de Toulon) ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Mordret (du Mans), Pitres (de Bordeaux), Wanebroucq (de Lille) et Widal (d'Alger).

Pour la première place, le nombre des votants étant 49, majorité 25,

M. Poincarré obtient . . . . 35 voix (élu).
M. Mordret . . . . 6 —
M. Barallier . . . . 4 —

Pour la deuxième place, au premier tour, le nombre des votants étant 51, majorité 26,

M. Barallier obtient. . . . . 23 voix.
M. Mordret . . . . 13 —
M. Wannebroucq. . . . . 7 —
M. Lenoir . . . . 4 —
M. Widal . . . . 1 —
M. Pitres . . . . 1 —
Bulletins blancs 2

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour.

Le nombre des votants étant 49, majorité 25,

M. Barallier obtient. . . . . 27 voix (élu)
M. Mordret . . . . 9 —
M. Lenoir. . . . . 4 —
M. Renaut. . . . . 3 —
M. Wannebroucq. . . . . 2 —
M. Pitres . . . . 1 —

M. LÉON LE FORT demande que les bulletins portant des noms qui ne sont pas portés sur la liste de la commission soient déclarés nuls. Cette proposition, que combattent MM. Colin, Bouchard, etc., et qu'appuyent MM. Larrey, Proust, etc., est adoptée.

RAPPORT

M. CORNIL lit un rapport sur des observations de laparotomie communiquées par M. Terrillon.

Nous regrettons vivement que ce rapport, qui nous avait paru fort intéressant et dont nous comptions reproduire une bonne partie, ne se soit plus retrouvé, à la fin de la séance, dans les bureaux de l'Académie.

DISCUSSION SUR LE SURMENAGE SCOLAIRE

M. GAUTIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 747.)

M. FÉRÉOL, en ce qui concerne le surmenage intellectuel, déclare se ranger du côté de ceux qui pensent qu'on en a exagéré singulièrement le rôle et l'importance, au moins dans les lycées de garçons. Comme M. Colin, comme M. Brouardel, comme M. Lancereaux surtout, et encore plus qu'eux, s'il est possible, il croit que presque tous ces méfaits dont on accuse le surmenage intellectuel doivent être mis sur le compte de la prédisposition, de l'hérédité, de la dégénérescence de la race ou d'une hygiène défectueuse. Le surmenage, comme l'a dit M. Colin, est un fait individuel, volontaire. Il n'existe guère que pour les jeunes gens

que l'ardeur du travail, le feu sacré, ce feu si rare sur lequel il ne faut souffler que pour l'entretenir, l'ambition et le désir du succès poussent à outrepasser leurs forces.

M. Féréol ne conteste pas les faits apportés par M. Peter; mais, à son sens, ce sont des accidents imputables à ceux-là même qui en ont souffert par leur faute. Dans ces cas, il y a eu excès de travail prolongé. Il ne faut pas rendre les choses responsables des imprudences des personnes, et on ne saurait modifier des institutions à cause de l'abus qu'on en peut faire. D'ailleurs très souvent la céphalalgie de l'adolescence se présente chez des paresseux, qui ne sont jamais surmenés et n'ont jamais tenté de le faire. C'est une manifestation du nervosisme et quelquefois une auto-suggestion.

M. Féréol, tout en admettant qu'il est bon de réduire les programmes trop surchargés, demande qu'on leur laisse leur caractère d'universalité. Il reproche à M. Hardy de vouloir qu'on en supprime les sciences naturelles, alors que tout le monde s'intéresse à ces sciences naturelles. D'ailleurs il ne manque pas de réformateurs qui demanderaient, en revanche, la suppression du latin, du grec, déjà presque disparu et dont M. Hardy, comme M. Féréol, désirent le maintien.

Au milieu de tous ces feux convergents que devient, dit-il, notre pauvre diplôme, qu'en reste-t-il?

Non, à mon avis, ne supprimons rien, allégeons, déblayons, si vous voulez, mais conservons les grandes lignes, conservons surtout ces admirables langues mortes dont nous sommes les fils et qui seront toujours la meilleure école du goût, de la pensée et des caractères, qui ont fait de nous un grand peuple, et un peuple délicat et à qui ceux-là même qui les renient aujourd'hui doivent encore le meilleur de ce qu'ils sont. Laissons venir après nous s'y former l'élite de notre jeunesse; et ne fermons pas à nos enfants la source où nous avons bu.

M. Féréol fait l'éloge de l'Université qui continue la tradition de Cousin, de Saint-Marc Girardin et de J.-B. Dumas, et il propose d'élaguer de la conclusion à voter ce qui n'est pas relatif à l'hygiène.

M. LE FORT. Il faut être père de famille pour bien apprécier le surmenage scolaire actuel. M. Féréol juge surtout l'Université et son enseignement d'après ses souvenirs personnels qui datent d'une trentaine d'années. Mais tout a bien changé depuis ce temps. On a voulu combiner deux choses incompatibles, car chacune tient trop de place pour admettre l'autre à côté d'elle dans l'enseignement secondaire. On a voulu conserver intactes les anciennes humanités, telles qu'on les comprenait dans le siècle dernier, et y ajouter tout le bagage de la science moderne. Qu'est-il résulté de cela? C'est qu'on n'apprend plus rien à fond, sérieusement, c'est qu'on surmène nos enfants d'une manière atroce. sans arriver à faire entrer dans leur esprit une masse de connaissances demandant deux fois plus de temps qu'ils n'en peuvent donner.

Tout le monde ici est donc d'accord sur l'urgente nécessité de décharger les programmes. Mais sur quoi doit porter le dégrèvement? Là est la question. Pour ma part, je crois que ce sont les humanités qui doivent diminuer d'importance. A quoi sert le grec, par exemple? Quand j'ai dû récemment m'y remettre pour guider les études d'un de mes enfants, je me suis aperçu que j'en avais oublié jusqu'à l'alphabet, et cet oubli ne m'a jamais gêné. Au contraire, les langues vivantes sont d'une utilité incontestable. J'irai bientôt représenter en Allemagne l'Académie: eh bien! je n'aurai certainement pas à y parler grec, mais à me servir d'une langue vivante que j'ai dû apprendre surtout une fois sorti du collège. J'admets pourtant qu'il peut être bon d'enseigner aux enfants un peu de latin.

M. HARDY. Entre MM. Féréol, Le Fort et moi, il y a accord sur le fond, puisque tous les trois nous demandons également que l'on décharge les programmes.

M. FÉRÉOL dit que l'Académie n'a pas à formuler un projet de réforme pour les programmes universitaires.

M. GAUTIER demande qu'on renvoie la question à la commission, afin qu'elle rédige des conclusions sur lesquelles on puisse voter, dont une concernant la durée maximum du temps consacré chaque jour au travail intellectuel, une autre la durée du sommeil, une autre les exercices manuels.

M. MARC SÉE dit que, comme chirurgien du lycée Saint-Louis, il a consulté les registres de l'infirmerie et n'y a pas vu de mention indiquant les mauvais effets du surmenage.

M. DE LACAZE-DUTHIERS déclare que, depuis plus de 30 ans, il fait des bacheliers et qu'il a pu constater par lui-même combien leurs connaissances étaient peu étendues. Ils connaissent par cœur les réponses à faire aux questions des programmes. Mais la moindre interrogation non prévue les interloque. Au fond, ce diplôme de bachelier n'a aucune valeur sérieuse. Si on l'exige pour les écoles du gouvernement, telles que l'École polytechnique et l'École de Saint-Cyr, il n'y a là-dessous qu'une simple question pécuniaire. On tient à faire payer à l'élève son diplôme; mais pendant les examens mêmes, à la Sorbonne, les colonels examinateurs pour ces écoles ont soin de recommander qu'on ne soit pas trop sévère, parce que, sans cela, ils supprimeront tout. Les administrations ne font pas plus de cas d'un diplôme de bachelier que d'un certificat de vaccine ou de bonne vie et de mœurs. Il est donc certain qu'il faut simplifier les programmes actuels du baccalauréat, l'orateur lui-même l'a proposé, en ce qui concernait sa spécialité, l'histoire naturelle. Cette réforme du baccalauréat entrait d'ailleurs dans les projets bien arrêtés de M. Goblet.

Les programmes actuels sont absurdes. Mais il ne faut pas croire que les examinateurs soient si sévères qu'on le prétend. Ils se contentent de très peu. Il est certain, par exemple, que, pour passer sérieusement le baccalauréat ès lettres, il faudrait avoir sur l'ensemble des sciences, sur la zoologie, sur la physiologie, etc. des connaissances aussi étendues que pour la licence ès sciences. Mais en revanche, on ne demande pas la moindre idée de ces mêmes questions pour le baccalauréat ès sciences complet, pour l'entrée à l'École normale dans la section des sciences. L'orateur a eu bien souvent l'occasion de constater, dans son enseignement officiel, l'ignorance complète des élèves nouveaux de l'École normale, section des sciences, à ce point de vue.

Que conviendrait-il donc de faire? Il faudrait scinder le baccalauréat, réserver les sciences naturelles pour un baccalauréat spécial, et ainsi de suite.

M. TRÉLAT fait remarquer que tout ceci n'est plus de la compétence de l'Académie, laquelle ne doit s'occuper que des questions d'hygiène scolaire.

M. LARREY pense comme M. Gautier, qu'il est bon de convoquer de nouveau la commission, afin qu'elle rédige des conclusions nouvelles, et adopte un nouveau rapport.

M. LAGNEAU accepte le renvoi à la commission présidée par M. Larrey et dont il est le rapporteur, et dit quelques mots pour prouver que cette commission n'est pas sortie de son cadre.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie (1), par MM. L. de Wecker et E. Landolt.

Destiné à remplacer la troisième édition du *Traité* de Wecker (prix Châteauvillard), ce nouveau Traité a été commencé en 1880, et il n'est peut-être pas inutile de rappeler, à nos lecteurs qui n'ont pas encore souscrit à ce beau travail, les divers sujets déjà traités.

I. Dans le premier tome, on trouve l'étude des maladies des paupières et de la conjonctive. L'anatomie est due au professeur Waldeyer, la pathologie à M. de Wecker. L'ophthalmométrologie, par MM. de Snellen et Landolt, complète le volume.

II. Le tome deuxième s'ouvre par les maladies de la cornée

L'anatomie microscopique est due à M. Waldeyer, et la pathologie à M. de Wecker.

(1) Quatre volumes in-8°. — Prix de l'ouvrage complet : 68 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Puis M. le professeur A. Iwanoff traite l'anatomie du tractus uvéal et M. de Wecker nous présente les maladies de l'iris et de la choroïde.

A son tour, M. le professeur Schwalbe fait l'anatomie du corps vitré, dont M. de Wecker écrit les maladies. Les maladies de la sclérotique et le glaucome sont dus à M. de Wecker.

M. le professeur Schwalbe étudie l'anatomie du cristallin, de la *zonula ciliaris* et du *canalis Petiti*, et M. de Wecker nous expose les maladies du cristallin.

III. Le troisième volume s'ouvre par l'étude de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, par M. Landolt.

Divisée en deux parties, l'une physique, l'autre clinique, cette étude présente l'état actuel de la science sur ces difficiles questions.

On a vu, jusqu'à présent, que les auteurs faisaient appel aux spécialistes pour la partie anatomique. Ils ont, avec raison, pensé qu'il était bon de faire le même appel à des monographes, et c'est ainsi que les amblyopies et amauroses sont traitées avec distinction par M. Nuel, le savant professeur à l'Université de Gand. Enfin ce troisième volume se termine par l'étude des mouvements des yeux et leurs anomalies, par MM. Landolt et Éperon.

Voilà où en est arrivé ce *Traité d'ophthalmologie*. Un dernier volume, consacré aux maladies de la rétine, du nerf optique, de l'orbite et des voies lacrymales, complètera l'ouvrage. Le premier fascicule en est annoncé pour le 1er décembre; il sera impatiemment attendu par les lecteurs qui possèdent maintenant, en France, une œuvre considérable et de premier ordre sur les maladies des yeux.

Précis d'anthropologie (1), par MM. A. Hovelacque et G. Hervé.

Tel est le développement pris, dans ces trente dernières années, par l'anthropologie, que, pour écrire un traité comprenant l'ensemble des connaissances acquises sur ce sujet, il conviendrait de réunir les efforts d'un grand nombre de savants. De là le but de la *Bibliothèque anthropologique*, dont le *Précis* actuel arrive quatrième. Il a pour objet de consigner les matières fondamentales de ce genre d'études, d'en mettre en lumière l'unité, de servir de pivot.

En effet, au milieu d'un aussi vaste domaine, on a besoin d'un guide, d'une sorte de drapeau qui représente le plan et la méthode à adopter, quel que soit le district auquel on s'adresse, quelle que soit la spécialité de l'anthropologie que l'on cultive. Le *Précis* de MM. Hovelacque et Hervé envisage « l'homme considéré non plus en soi, d'une façon abstraite, mais dans ses rapports avec le reste des êtres et comme membre d'un groupe zoologique : les variétés naturelles de ce groupe, c'est-à-dire les races. » Ce sont là, en effet, les données premières qui forment la base de toute recherche scientifique relative aux phénomènes humains, et dont il importe, afin d'éviter aux chercheurs l'écueil métaphysique, de coordonner les éléments. Les auteurs ont, par conséquent, consigné les points essentiels, les résultats. Ils ont étudié l'homme, non point en tant qu'individu, mais par comparaison avec les autres animaux et en confrontant les diverses races humaines, la technique revenant au laboratoire et les détails ressortissant aux volumes d'autres groupes. La division de l'ouvrage ne diffère pas de celle d'un traité d'anthropologie générale. On y retrouve : l'anthropologie zoologique, — l'anthropologie ethnique, — l'anthropologie préhistorique — et l'ethnographie. Nous appellerons particulièrement l'attention sur le parallèle entre l'homme et les singes; sur les caractères anatomiques, morphologiques et physiologiques, la description et la classification des races. En somme, ce compendium nous paraît devoir remplir le but qu'il s'est proposé.

P. Keraval.

(1) In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, 1887, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

ASSOCIATION FRANÇAISE

pour l'avancement des sciences (congrès de Toulouse) (1).

M. Marcelin Langlois (de Beauvais). Considérations générales sur la constitution des corps et de la matière. — Théorie mécanique des chaleurs spécifiques des liquides et de leur compassibilité. — Étude, au point de vue de la théorie du mouvement atomique, des propriétés physiques du phosphore. — Sur les changements isomériques à propos du phosphore, de l'alcool liquide et de l'alcool gazeux. — De la vision droite : interprétation nouvelle, basée sur la constitution du nerf optique et des conducteurs et récepteurs nerveux qui sont à la suite. — Sur les prétendues réformes de l'enseignement spécial.

M. F. Lataste (de Paris). Sur le système dentaire des porcins. — Étude systématique du genre *Damans*. — Catalogue des batraciens et reptiles de Barbarie.

M. Alex. Layet (de Bordeaux). De la préparation ou de l'élaboration préalable, dans l'organisme des animaux domestiques, des maladies éruptives contagieuses de l'homme.

M. E. Lehman (d'Arcachon). Hygromètre à torsion.

M. O. Lignier (de Lille). Recherches sur les Lécythidées.

M. A. Manier (d'Oxford, Angleterre). Tableau du progrès des sciences de 1789 à 1887.

M. Marguerite-Delacharlonny (d'Ursel). Sur l'entraînement des corps dissous par l'évaporation de leur dissolvant. — Sur l'évaporation des liquides contenant, en solution, des sels divers.

M. Maurel (de Cherbourg). Pouls rétro-sternal.

M. Maze (de Paris). Le maximum sexennal de la pluie à Toulouse. — Sur une double série de sécheresses périodiques.

M. E.-J. Moure (de Bordeaux). Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë.

M. Ollier (de Lyon). De la résection du genou et de la simplification de son traitement consécutif.

M. Pamard (d'Avignon). Deux observations de résection du coude.

M. A. Poncet (de Lyon). De la greffe cutanée par approche; de la valeur thérapeutique des différentes espèces de greffe cutanée. — Note sur la cæcotomie.

M. Ragona (de Modène). Études sur le thermomètre enregistreur Richard. — Études sur la comparaison des anémomètres.

M. P. Topinard (de Paris). Premiers résultats de l'enquête sur la répartition de la couleur des yeux et des cheveux en France.

M. Trouvé (de Paris). Appareils d'éclairage électrique pour laboratoire. — Nouvel appareil de projection.

M. Victor Turquan (de Paris). Sur la densité de la population en France.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 22 juillet 1887, M. Marie Davy, président de la Société française d'hygiène, a été nommé membre du comité chargé d'assurer la participation de la France au congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (Autriche), en 1887 (section d'hygiène).

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner, en 1887, aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1888, aura lieu le vendredi 14 octobre 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième années sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1887, p. 725.

sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves sont admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1888 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 17 octobre 1887, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gilis, agrégé, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Gréhant, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physiologie générale de l'École pratique des Hautes-Études, est nommé directeur adjoint dudit laboratoire.

— Un concours pour la place de médecin-résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, doit avoir lieu le 4 octobre 1887.

Le traitement est de 1,200 francs. Les fonctions de médecin-résidant sont de trois ans; il est nourri, chauffé et éclairé.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Robinet, conseiller municipal de Paris, décédé le mardi 26 juillet 1887, à l'âge de trente-sept ans.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique le titre des conférences qui seront faites pendant la durée du congrès de Toulouse, ainsi que la liste des excursions générales qui auront lieu à la même époque.

Conférences : 1° M. Fouqué, membre de l'Institut, « Les tremblements de terre »; 2° M. Janssen, membre de l'Institut, « La photographie céleste ».

Excursions générales. — 1° Le 25 septembre 1887 : Prise d'eau du canal du Midi, Saint-Féréol, Lampy et Carcassonne; — 2° le 27 septembre : Carmaux (mines et verrerie), Albi, Saut du Tarn et Saint-Juery.

De plus, une excursion finale est organisée dans les Pyrénées. Elle aura une durée de trois jours et comprendra : Saint-Bertrand de Comminges, Valcabrère, Mauléon-Barousse, Siradan-Sainte-Marie, Saléchan, Luchon, la Vallée du Lys, Le Portillon, Lez, Bozost, Saint-Béat. — Une excursion complémentaire est également préparée faisant suite à la précédente; elle comprendra : Arreau, Bagnères-de-Bigorre, le Pic du Midi, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Pierrefitte-Nestallas.

De la phlébite dans le cours du rhumatisme blennorrhagique, par M. le docteur Charles Martel. In-8° de 80 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur.

Par M. Pierre SEBILEAU, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

I

Les paralysies chirurgicales du membre supérieur sont souvent traumatiques.

Elles se développent alors dans deux circonstances différentes : ou bien elles sont la conséquence immédiate ou presque immédiate d'un traumatisme — ordinairement assez violent — de l'épaule ; ou bien, au contraire, elles se manifestent plus ou moins longtemps après lui. Là, complication primitive. Ici, complication secondaire.

Dans le premier cas, le plexus brachial a subi, lui-même, le contre-coup de l'action vulnérante : ainsi, un homme fait une chute sur l'épaule et le chirurgien qui, le lendemain, l'examine à l'hôpital, constate une paralysie plus ou moins étendue du membre supérieur. Dans le second cas, les nerfs sont intéressés médiatement et leur lésion n'est qu'une conséquence éloignée du traumatisme : ainsi, à la suite d'une fracture de la clavicule consolidée sans accidents, surviennent, après la formation du cal, des troubles paralytiques.

Vis-à-vis la paralysie immédiate, ces traumatismes, dont nous parlons, sont, évidemment, de nature variable. Ici, par exemple, causes banales et purement accidentelles : un corps lourd tombant sur l'épaule, un coup violent frappé sur cette région, une chute d'un lieu élevé (souvent du siège d'une voiture), une plaie par arme à feu, le passage d'un véhicule, la compression violente et subite exercée par une courroie de transmission animée d'un mouvement rapide, etc., etc. Là, au contraire, causes spéciales, d'ordre chirurgical : l'application du forceps, des tractions violentes, la réduction malheureuse d'une luxation humérale.

Vis-à-vis la paralysie secondaire, le traumatisme n'agit guère que par l'intermédiaire d'un cal vicieux et exubérant de la clavicule, ou aussi par la présence anomale de la tête de l'humérus hors de sa cavité naturelle.

II

Les paralysies du membre supérieur, consécutives aux traumatismes de l'épaule, affectent deux formes cliniques bien différentes. Ou bien, elles frappent seulement une portion restreinte, bien déterminée de ce plexus, atteignant, suivant les cas, le médian, le cubital, le radial, le circonflexe, et alors les troubles ne s'étendent pas au delà de la zone d'innervation d'un de ces gros cordons nerveux ; *paralysie localisée, systématique*. Ou bien, elles agrandissent leur domaine, frappent des muscles plus nombreux, et d'habitude ne cantonnent point leurs troubles à une région qui réponde à nos connaissances d'anatomie d'innervation ; *paralysie étendue non systématique* (au moins en apparence).

Les paralysies du premier type sont rares dans l'espèce, hors celles du circonflexe : au reste, elles sont ici ce qu'elles sont partout et toujours. Leur étude est bien faite : leur diagnostic est facile, leurs symptômes, leur marche, leur pronostic sont aujourd'hui des choses banales. Celles-là, nous les négligerons.

Celles du second type, au contraire, sont (nous parlons toujours des traumatismes de l'épaule) beaucoup plus fréquentes ; elles constituent le groupe le plus intéressant et aussi le plus compliqué : pendant longtemps, on a confondu leurs variétés différentes : aujourd'hui, ces variétés sont définies, différenciées et classées. Celles-ci, nous les étudierons.

Elles revêtent, disons-nous, plusieurs formes. En effet, nous pourrions ainsi dénommer leurs trois types : 1° *type fasciculaire ;* 2° *type radiculaire ;* 3° *type hystérique.*

Ils se définissent, pour ainsi dire, d'eux-mêmes. Quand le plexus brachial, déjà constitué et réuni en quelques faisceaux, est lui-même intéressé par l'agent vulnérant, c'est le type fasciculaire. Quand, le traumatisme porte son action sur l'origine, sur les racines mêmes du plexus brachial, c'est le type radiculaire. Quand, enfin, la blessure n'est qu'une cause occasionnelle éveillant une paralysie dont l'origine est un état constitutionnel antérieur du sujet (hystérie), c'est le type hystérique.

Au reste, ce que nous dirons bientôt donnera l'explication de chacun de ces termes.

III

Les paralysies fasciculaires (premier groupe) du plexus brachial sont les plus fréquentes. Elles sont connues depuis longtemps ; il est même vraisemblable qu'on a décrit comme

telles des accidents qu'il eût été légitime d'attribuer aux lésions des racines et non point à celles du plexus.

En dehors des cas que nous avons déjà signalés, et dont nous ne voulons pas parler, où les troubles se limitent à la zone de distribution d'un gros tronc nerveux, la paralysie fasciculaire se présente sous deux aspects différents : ou elle envahit tout le membre supérieur — *paralysie totale* — ou, restreignant son siège et répartissant inégalement son intensité, elle en paralyse une région, en parésie une autre, et en ménage, au contraire, une troisième — *paralysie partielle*. Tout cela dépend, on le conçoit, de la violence du traumatisme, et du point où il localise son action.

Voici, par exemple, une première variété. Ici, la paralysie se cantonne tout autour du point blessé (ceinture scapulaire).

Un manouvrier de trente-neuf ans tombe : luxation de l'épaule : nous le voyons deux mois après : les muscles rotateurs de l'épaule sont impotents : le grand pectoral ne fonctionne pas : le deltoïde est inerte. Tous sont atrophiés. Le bras est écarté du tronc. Les autres muscles du bras et de l'avant-bras paraissent sains quoique moins forts que du côté opposé. Anesthésie totale et complète de tout le membre supérieur.

Nous venons d'observer tout récemment ce malade dans le service de notre maître M. le professeur Verneuil. Dans son mémoire, Klumpke (1) relate un cas presque semblable à celui-ci.

Voici, maintenant, un cas de paralysie plus étendue et irrégulièrement distribuée.

Une solive pesante, en fer, tombe sur l'épaule d'un manouvrier et lui érafle la peau. Le lendemain il se présente à l'hôpital : le biceps, les fléchisseurs de la main et du doigt sont paralysés ; les mouvements d'élévation du bras sont impossibles : tous les extenseurs fonctionnent, quoique l'énergie de leur mouvement soit apparemment moindre.

Ce cas, nous l'avons observé à l'hôpital Saint-Louis, l'an passé, dans le service de notre maître M. Le Dentu.

Voici un fait de paralysie plus étendu encore, quoique légère : « Trois semaines après une fracture de la clavicule, se développe, chez un malade, une paralysie totale, incomplète du membre supérieur ; elle intéresse tous les muscles, surtout ceux de la main et de l'avant-bras, mais le malade peut néanmoins, quoique faiblement, exécuter tous les mouvements. » (Mémoire de Klumpke.)

Voici un cas de paralysie complète et totale :

Maury et Duhring résèquent le plexus brachial pour un cas de névrome à douleurs paroxystiques. Paralysie totale et complète, atrophie. (Klumpke.)

Un autre :

A la suite d'un traumatisme violent, un malade de Sands et Seguin se rompt les nerfs du plexus brachial au niveau de la clavicule ; un mois après « perte complète de tout mouvement volontaire du membre supérieur droit, sauf quelques légers mouvements d'élévation du moignon de l'épaule ». (Klumpke.)

C'est donc bien net : tous les degrés existent au point de vue de l'étendue et de l'intensité des troubles moteurs.

Les modifications de la sensibilité sont peut-être plus constantes, plus fixes et plus étendues : mais ici encore tous les intermédiaires sont possibles entre les troubles très localisés (fait exceptionnel) et les troubles très étendus (fait habituel).

(1) *Revue de médecine*, année 1885, p. 592.

Chez le malade de Vulpian « les troubles de la sensibilité, pour peu marqués qu'ils soient, n'en existent pas moins sur tout le segment inférieur du membre, à partir de deux travers de doigt au-dessous du coude : ils sont plus marqués à la face interne de l'avant-bras et dans la zone de distribution du nerf cubital ». (Klumpke.)

Chez celui que j'ai observé à Saint-Louis, au froid, au chatouillement, au contact, sur tous les doigts, sur l'avant-bras, sur la main, sur le bras, anesthésie complète jusqu'au moignon de l'épaule, qu'elle envahit jusqu'au niveau d'une ligne convexe passant par le milieu de la clavicule. La face interne du bras est sensible.

Chez celui de Maury et Duhring, « l'anesthésie au contact et à la douleur existe dans une région de la peau comprenant tout l'avant-bras, la main et une partie du bras limitée des deux côtés par une ligne irrégulière, et, au niveau de l'épaule par une ligne encore plus irrégulière ».

Chez celui de Sands et Seguin, l'anesthésie remonte jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde.

Donc, anesthésie plus ou moins étendue, mais partout et toujours intégrité absolue de la sensibilité de la face interne du bras. Cela ne manque jamais ; cela ne peut pas manquer.

Résumons-nous.

Une paralysie à distribution irrégulière de la motricité ;

Une paralysie à distribution irrégulière de la sensibilité, pouvant l'une et l'autre frapper tout le membre supérieur, ou en ménager certains segments ; voilà les symptômes de la paralysie fasciculaire, dont le premier signe est ordinairement un engourdissement, des fourmillements, la sensation du bras mort. Qu'on ajoute à cela quelques troubles de la calorification et de la vaso-motricité, l'abaissement de la température, une sensibilité plus grande au courant d'air et au froid, une sudation abondante, etc., tous symptômes que présentait notre malade de Saint-Louis. Mais nous n'avons pas à faire ici l'histoire des paralysies périphériques en général.

Rien de plus variable que l'évolution de ces accidents. Ils sont quelquefois de courte durée. Ce n'est que pour quelques jours que le choc ou la compression violente aura détruit les fonctions du cordon nerveux. Ailleurs, au contraire, ils persistent ; c'est que le plexus aura été arraché, ou bien que les lésions de la névrite secondaire auront apparu.

Alors, au lieu que les accidents s'amendent, que la motricité et la motilité réapparaissent peu à peu, l'inertie du membre reste telle quelle, et l'anesthésie s'installe pour toujours.

Puis les troubles vaso-moteurs augmentent ; les altérations trophiques surviennent, qui atrophient les muscles, troublent la réaction électrique, altèrent la peau et les ongles, et transforment le membre en un cylindre émacié, sans saillie musculaire, recouvert d'une peau amincie, lisse et luisante, « et sur lequel apparaissent quelquefois des douleurs continues, atroces, violentes, exaspérantes, privant le malade de tout repos et de tout sommeil, et amenant, malgré les narcotiques à hautes doses, une émaciation et un état d'exaspération et d'irritabilité extrêmement prononcés ».

Mais nous voilà de nouveau dans l'histoire des paralysies périphériques en général. Passons à notre second groupe.

IV

Les paralysies radiculaires (second groupe) se manifestent sous plusieurs formes : on les dit totales, supérieures et in

férieures. Nous nous en expliquerons. Dans un assez récent travail, Klumpke les a très bien étudiées.

La paralysie radiculaire totale rappelle cliniquement la paralysie fasciculaire totale que nous venons de décrire. Ici encore l'épaule, le bras, l'avant-bras sont atteints ; les muscles en sont inertes et flasques. Ou bien les troubles de sensibilité, d'étendue variable, frappent le membre tout entier, et l'anesthésie ne s'arrête qu'au moignon de l'épaule, ou bien ils se localisent seulement au segment inférieur, et l'anesthésie s'arrête un peu au-dessus du pli du coude : toujours, dans un cas comme dans l'autre, la sensibilité est conservée à la face interne du bras, et se continue sans interruption, avec celle de la peau de l'aisselle. Mais voici quelques symptômes nouveaux, qui n'appartiennent point aux paralysies ordinaires du plexus brachial lui-même. Quelquefois, apparaissent, plus ou moins irrégulièrement disséminées, des plaques d'anesthésie sur la nuque, sur le cou, dans la région sus-claviculaire, la région sus-acromiale, qui s'étendent même jusqu'au niveau du pavillon de l'oreille. C'est que les racines du plexus cervical ont aussi subi l'action du traumatisme et participent aux lésions des racines du plexus brachial.

A tout cela s'ajoute ce qu'on nomme les symptômes oculaires et faciaux : la pupille est rétrécie, la fente palpébrale diminuée, le globe oculaire comme rapetissé, rétracté et enfoncé (symptômes constants) : la joue est aplatie, la narine quelquefois rétrécie (symptômes exceptionnels) : une seule fois on a constaté des troubles vaso-moteurs et calorifiques de la face.

De ces modifications portant sur l'œil et la face, les unes, les premières, peuvent recevoir une interprétation ; les autres, les secondes, s'expliquent difficilement. Pour l'œil, en effet, la chose semble simple : c'est par le premier et le second nerf dorsal (origine inférieure du plexus) que sortent de la moelle les fibres sympathiques allant innerver le muscle dilatateur de l'iris, et ce système musculaire à fibres lisses appelé aujourd'hui muscle de Muller, qui joue un rôle si important dans la statique du globe oculaire (muscle orbito-palpébral ; muscle orbitaire interne ; muscle orbitaire externe). Pour la face, au contraire, l'embarras est grand. Si par cette même racine (premier et deuxième nerf dorsal, origine inférieure du plexus brachial) sortaient de la moelle les filets vaso-dilatateurs de la face, et si, d'autre part, les troubles de vaso-motricité et de calorification accompagnaient l'aplatissement de celle-ci, l'interprétation irait de soi, et on n'irait point chercher, ailleurs que dans des modifications vaso-motrices importantes et durables, l'explication de l'un et l'autre symptômes.

Mais il n'en est rien, et en voici les raisons : ce sont là, d'abord, des signes qui ne coexistent jamais. Ensuite, il semble aujourd'hui démontré que les modifications vaso-motrices et calorifiques de la face supposent des lésions du troisième nerf dorsal, et que leur existence, dans une paralysie radiculaire du plexus brachial, n'implique rien autre chose qu'une coïncidence et une lésion concomitante de racines situées au-dessous des deux premières dorsales.

Constatons donc, sans l'expliquer, le retrait de la face signalé dans quelques observations.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de l'interprétation de ces différents symptômes, il n'en demeure pas moins que l'existence de phénomènes oculo-pupillaires est le signe par excellence des paralysies radiculaires. Leur importance est telle, à ces phénomènes oculo-pupillaires, que, même en présence d'une cause irritative certaine du plexus brachial lui-même (fragments osseux d'une fracture de la clavicule, cal exubérant et vicieux), il faudrait, du fait de leur existence, croire à une simple coïncidence, et, devant l'explication si naturelle d'une paralysie fasciculaire, diagnostiquer quand même une paralysie radiculaire.

La paralysie radiculaire supérieure, plus fréquente, croyons-nous, est bien la variété la plus intéressante. Ici, peu ou point de troubles de la sensibilité ; quelquefois, cependant, quelques plaques d'anesthésie partielle et éphémère dans la sphère d'innervation de quelque tronc cutané (musculo-cutané, radial, circonflexe).

C'est essentiellement une paralysie motrice. Elle frappe le biceps, le long supinateur, le brachial antérieur, le sous-épineux, le grand rond, le grand dorsal, le grand dentelé, le grand pectoral, le deltoïde, le court supinateur, et l'on devine ce que deviennent, au milieu de cette impotence musculaire si étendue, les mouvements de rotation de l'épaule, d'adduction du bras, de flexion de l'avant-bras. Les autres muscles sont intacts. Voit-on, maintenant, après cette étrange localisation de la paralysie à des groupes musculaires si différents, comment nous avions raison de dire, au début de cette Revue : « Les paralysies de la seconde variété, consécutives aux traumatismes de l'épaule, ne cantonnent point, d'habitude, leurs troubles à une région qui réponde à nos connaissances d'anatomie d'innervation. »

Eh bien ! ce n'est là qu'une apparence. La paralysie radiculaire supérieure, au contraire (paralysie de Duchenne-Erb), est le type, au milieu de sa diffusion, de la paralysie localisée, systématique. C'est qu'en effet, l'innervation de tous les muscles atteints est commandée par les filets qui émanent de la moelle cervicale, passent par la cinquième et la sixième racines cervicales (origine supérieure du plexus brachial) et vont constituer ensuite le musculo-cutané, le circonflexe, une partie du radial et le plus grand nombre des branches collatérales du faisceau brachial.

La paralysie radiculaire inférieure est plus rare. Ici, les troubles de la sensibilité sont importants ; l'anesthésie, qui peut être complète à la main, en occupe d'ordinaire seulement le bord interne et les deux derniers doigts ; on la retrouve sur la face interne de l'avant-bras, qui reste sensible au dehors ; au bras, rien d'anomal.

Le cubital antérieur, une partie du fléchisseur profond, les muscles de l'éminence hypothénar, les intercostaux, sont impotents. La flexion et l'adduction de la main, l'adduction et l'abduction des doigts sont impossibles ou difficiles.

Ici encore apparaissent les phénomènes oculaires et faciaux de la paralysie radiculaire totale. Après ce que nous avons dit de la distribution des racines supérieures du plexus brachial, la raison de tous ces phénomènes saute aux yeux ; c'est que, des trois racines inférieures naissent le cubital, le brachial cutané interne et son accessoire. Ils sont atteints, ici, comme l'étaient, dans le type supérieur, le radial, le circonflexe et le musculo-cutané.

Quel que soit le type qu'elles présentent (type total, type de dissociation supérieure ou inférieure), les paralysies radiculaires qui surviennent après un traumatisme de l'épaule ont quelques caractères communs, et l'on doit faire une étude d'ensemble de leur nature, de leur degré, de leur marche, de leur terminaison, de leur pronostic.

Chaque variété a deux manières de se constituer : ou bien le traumatisme produit d'emblée la forme totale, la forme

supérieure ou la forme inférieure, et chacune d'elles restera telle jusqu'à la fin et évoluera telle vers la guérison ou la chronicité; ou bien, au contraire, les phénomènes paralytiques, étendus d'abord, se localiseront ensuite; ainsi, à une paralysie totale primitive peut succéder secondairement le type supérieur ou le type inférieur. Il semble alors que le traumatisme ait irrégulièrement réparti sa violence; le choc a surpris le faisceau brachial tout entier; mais les lésions ont porté particulièrement sur telle racine ou telle autre.

Il y a de bien grandes différences dans la marche, l'évolution et la gravité d'une paralysie radiculaire traumatique du plexus brachial. Ce sont ici des phénomènes parétiques légers et de durée éphémère (impotence musculaire partielle, dysesthésie, fourmillements, etc.); là, des symptômes plus accentués (perte complète du mouvement et de la sensibilité), mais qui diminueront bientôt, pour disparaître à plus ou moins brève échéance; là, enfin, des paralysies absolument graves, rebelles au traitement, réfractaires à la guérison, suivies bientôt de tous les phénomènes qui caractérisent les paralysies périphériques définitivement constituées : atrophie musculaire, troubles vaso-moteurs et trophiques cutanés, modifications et disparition de la contractilité électrique, etc. Il faut bien connaître ces modifications de la contractilité électrique : quand une fois on aura constaté chez un malade la réaction de dégénérescence, on pourra affirmer l'incurabilité de la lésion. Nous savons bien qu'à la longue, quelques malades récupèrent une partie des mouvements de l'épaule; nous en avons observé un cas bien remarquable à la consultation chirurgicale de la Salpêtrière, quand nous étions l'interne de M. le docteur Terrillon; mais il ne faut pas s'y laisser tromper. D'une part, c'est l'omoplate qui se meut, et non l'épaule; d'autre part, le bras, inerte, obéit aux mouvements que lui imprime le tronc.

On conçoit donc la variabilité du pronostic qui s'attache aux paralysies radiculaires traumatiques. Quelquefois sans conséquences et ne troublant que pour quelques jours la sensibilité et la motilité de tout ou partie du membre supérieur, elles ont, ailleurs, toute la gravité des paralysies périphériques irrévocables, et les malades perdent, pour la vie, l'usage de leur bras.

V

Les paralysies hystéro-traumatiques (troisième groupe) du membre supérieur ne sont pas connues depuis longtemps. M. le professeur Charcot (1) les a magistralement étudiées et interprétées dans ses leçons de 1885, à la Salpêtrière; il en avait alors, dans son service, deux remarquables exemples, qui furent successivement présentés à la Société médicale des hôpitaux par MM. les docteurs Joffroy (2) et Troisier (3) et à la Société de chirurgie par M. le docteur Terrillon (4), avec lequel nous avons pu les étudier.

Depuis ces communications et après les cas signalés par MM. les docteurs Féréol (5) et Rendu (6), le mémoire de M. Poupon (7) (1886) a résumé, étudié et critiqué les faits connus. Plus récemment, enfin, notre collègue, M. Paul Berbez (1), dans son travail inaugural, leur a consacré un chapitre des plus intéressants.

(1) Charcot, *Progrès médical.*
(2) Joffroy, Société médicale, 22 mars 1885.
(3) Troisier, Société médicale des hôpitaux, 22 mars 1885.
(4) Terrillon, Société de chirurgie, 27 mai 1885.
(5) Féréol, Société médicale des hôpitaux, 27 nov. 1885.
(6) Rendu, Société médicale des hôpitaux, 27 nov. 1885.
(7) Poupon, *Encéphale*, 1886.

Cette paralysie hystéro-traumatique du membre supérieur est une paralysie sensitivo-motrice. Mais, quelle que soit la forme qu'elle revête, qu'elle envahisse tout le membre ou qu'elle en ménage certains segments, elle est dominée par cette grande loi qui résume tout son diagnostic, c'est qu'elle n'est pas, au sens propre du mot, une paralysie anatomique; entre sa localisation et le trajet ou la distribution des nerfs il n'y a et il ne peut y avoir aucune relation.

D'ordinaire, c'est une paralysie très étendue; elle frappe tout ce qu'il y a de muscle dans le membre supérieur, et celui-ci tombe, flasque et inerte, le long du tronc auquel il s'accole, dont il suit passivement les mouvements et dont il subit passivement les chocs, seul mode de motilité que le malade possède en sa faveur. Nous disons «flasque et inerte». C'est, en effet, l'habitude.

Au bout de quelque temps, rapidement même, tous ces membres impotents s'atrophient; le moignon de l'épaule s'aplatit et montre des saillies diverses; le bras s'amincit; l'avant-bras s'effile. Troubles trophiques remarquables, récemment signalés par M. Babinski, mais qui ne s'accentuent jamais et dont la durée est, du reste, éphémère.

L'anesthésie, qui calque sa distribution sur celle de la paralysie motrice, est complète; la peau est indifférente à toute excitation, au contact, au froid, au chaud, à la douleur, au courant électrique. En haut, une ligne à convexité interne, passant par le tiers externe de la clavicule et le bord externe du scapulum, limite cette vaste zone d'insensibilité; et cette limite n'a rien à voir avec l'existence d'une innervation différente.

Le *gigot brachial* tout entier est paralysé. Quelquefois cette anesthésie épargne quelques territoires cutanés : mais c'est comme au hasard que ceux-ci sont répartis sur le membre. Ce n'est point ici que l'anastomose des intercostaux avec l'accessoire maintiendra exclusivement à la face interne du bras, comme dans la paralysie par névrite du plexus, sa sensibilité normale. Dans la paralysie hystéro-traumatique pas plus pour les points épargnés que pour les points malades, il ne faut chercher une raison anatomique. Ainsi, par exemple, toute la face palmaire, la moitié inférieure de la face dorsale de la main ou bien, au contraire, une plaque de peau à la face antérieure du coude demeureront seules intactes.

Cette anesthésie cutanée n'est pas isolée : la sensibilité profonde, articulaire et musculaire, disparaît aussi. Que les muscles se contracturent violemment sous le courant intermittent; que le membre soit déplacé dans des limites étendues; que les articulations soient tordues, tiraillées, violentées : tout cela n'éveille chez le patient aucune sensation.

Le réflexe tendineux du triceps est cependant conservé : même il suffit d'exciter un peu violemment le tendon, par une percussion prolongée, par exemple, pour transformer quelquefois la paralysie flasque en paralysie contracturale.

Mais ceci nous conduit à fournir quelques explications. Les paralysies hystériques qui se développent sur le membre supérieur, à la suite des traumatismes de l'épaule, sont, comme on le voit, des paralysies flasques.

Au moins, n'avons-nous pas lu d'observations où la contracture se fût montrée. *A priori*, cependant la chose ne semble pas impossible.

(1) Berbez, *Hystérie et traumatisme*, Paris, 1887.

Berbez, dans sa thèse, cite plusieurs faits où le traumatisme a éveillé chez les hystériques et sur des groupes musculaires variés, l'impotence avec contracture. C'est une contusion de la main, du poignet, une brûlure de l'avant-bras, une fracture de l'avant-bras, une contusion de la hanche, une contusion du pied, amenant une paralysie rigide dans les muscles du voisinage. Pourquoi n'en pourrait-il pas être de même de l'épaule? Sans compter qu'ici, comme pour toutes les manifestations hystériques en général, on conçoit la possibilité d'une facile transformation d'un symptôme en un autre. Les exemples ne sont pas rares, où, sous l'influence de causes en apparence insignifiantes, une paralysie flasque, consécutive à un traumatisme, est devenue une paralysie avec contracture. Pourquoi, encore, n'en pourrait-il pas être de même de l'épaule?

Il s'en faut qu'on puisse se prononcer sur le sort des malades atteints d'une monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur, comme on peut, après quelque temps, se prononcer sur celui des malades atteints de paralysie radiculaire ou périphérique. Rien n'est plus variable que leur évolution : elles disparaissent quelquefois rapidement, s'installent ailleurs pour des mois et des années. On voit la cause la plus petite, une émotion légère, un traumatisme insignifiant, servir de prétexte à leur disparition, quand tout traitement antérieur a échoué, et il n'est rien, dans l'état du malade, qui puisse faire prévoir si, quand, comment et pourquoi il sera guéri.

Aussi, n'est-on pas en droit de porter un pronostic assuré : là, il s'agira d'un accident bénin, puisqu'il sera de courte durée; ici, d'une complication grave, puisqu'elle ne disparaîtra peut-être jamais. En tous cas, il est deux points importants, et il faut les bien faire ressortir : 1° une paralysie hystérique ne s'accompagne que de troubles trophiques pour ainsi dire légers, ce qui n'est point le cas des autres paralysies à dégénération trophique; 2° une paralysie hystérique est toujours susceptible de guérir, ce qui n'est pas, non plus, le cas des autres.

Disons, cependant, qu'obéissant à la loi générale qui régit toute cette pathologie musculo-articulaire, la rétraction peut succéder à la contracture, et des brides fibreuses immobiliser différents segments d'un membre dans une position vicieuse. Ce qui est vrai pour certaines paralysies hystéro-traumatiques, peut l'être, du jour au lendemain, pour les monoplégies consécutives aux traumatismes de l'épaule, et cette question de rétraction musculaire assombrirait singulièrement leur pronostic, n'était la façon dont la chirurgie d'aujourd'hui est armée contre elle.

VI

Nous avons déjà laissé pressentir, dans le cours de cette revue, comment il fallait envisager la pathogénie des trois types différents de paralysies consécutives aux traumatismes de l'épaule.

En somme, en n'ayant égard qu'à leur nature, ces trois types peuvent se réduire à deux : les paralysies traumatiques du plexus brachial proprement dites et les paralysies hystériques développées à l'occasion du trauma.

Car enfin, il ne faut pas s'y méprendre : cette division des paralysies traumatiques du plexus en paralysies radiculaires et fasciculaires est nosologiquement aussi artificielle que possible. Que les cordons nerveux soient blessés avant leur intrication ou après, cela n'importe guère : la nature de la lésion reste la même : elle est et demeure, ici comme là, une paralysie périphérique, et, dans les deux cas, évolue comme telle.

Il n'y a donc là qu'une question de point blessé et rien que cela : avant la formation de plexus : *paralysie radiculaire*; après la formation : *paralysie fasciculaire*.

Mais la clinique exige, à tout prix, le maintien de cette division. Nous nous en sommes suffisamment expliqué et s'il fallait une preuve à l'appui, nous citerions le cas de Sands qui, pour remédier à une névralgie brachiale extrêmement violente consécutive à une rupture du *plexus*, résèque les nerfs au-dessus du *plexus*, et, comme le fait fort judicieusement observer Klumpke, transforme une paralysie fasciculaire en une paralysie radiculaire : après l'opération, les troubles oculaires, qui manquaient, apparurent!

Et maintenant, que ces paralysies soient produites, quand elles apparaissent de suite après le traumatisme, par la compression violente et subite, par l'arrachement, par la rupture, etc., ou quand elles apparaissent plus tard, par la névrite secondaire, ce sont là des questions qui n'ont rien à voir ici et qui affèrent à l'histoire chirurgicale des nerfs en général.

Bien différentes sont les paralysies hystéro-traumatiques du membre supérieur. Il ne s'agit point ici d'une lésion directe du cordon nerveux. Ce cordon nerveux, il est intact. L'impotence sensitivo-motrice est d'origine centrale : la paralysie est psychique. M. le professeur Charcot, dans ses leçons, a remarquablement interprété leur pathogénie. Il y a là une sorte de suggestion que le traumatisme impose au malade, et il n'est point de différence entre ces faits et ceux où l'on provoque une paralysie chez un patient hypnotisé. Les accidents qui suivent immédiatement la compression violente, subite, du plexus (engourdissements, fourmillements, etc.), surprennent le malade en état de choc, de stupeur, d'insuffisance cérébrale, d'impuissance volontaire (comme un hypnotisé) et lui suggèrent la perte, la disparition du membre.

On peut dire que les malades s'auto-suggestionnent : ou plutôt qu'il existe bien un deuxième et véritable agent qui commande et auquel ils obéissent, mais que cet agent est le traumatisme et que celui-ci ordonne par les sensations immédiates qu'il fait naître.

VII

Le diagnostic des paralysies du membre supérieur consécutives aux traumatismes de l'épaule se réduit à ceci :

1° Est-ce bien en agissant sur le bras que le traumatisme a produit la paralysie, et n'est-ce pas plutôt en agissant sur le cerveau ou la moelle?

2° Si c'est bien par son action sur le bras, quelle est celle des trois variétés décrites plus haut qui s'offre à l'examen?

Car enfin nous ne voyons pas, hors de là, quelles questions de diagnostic pourraient s'agiter. L'existence du traumatisme et le début rapide ou immédiat de la paralysie, l'apparition évidente de celle-ci sous l'influence de celui-là, suffisent pour qu'on élimine toutes les causes, nombreuses à coup sûr, susceptibles de produire dans le membre supérieur une impotence dont les symptômes peuvent être identiques, mais dont les débuts sont tout autres.

Nous disons « dont les symptômes peuvent être identiques, » c'est vrai : il n'est pas niable, en effet, que la paralysie infantile, certaines paralysies rhumatismales, quelques paralysies consécutives à des maladies aiguës (diphthérie, fièvre typhoïde), certaines paralysies toxiques puissent affec-

ter la forme monoplégique et se localiser même davantage.

Il est même à remarquer qu'un groupe musculaire que peut frapper une paralysie traumatique pour raisons anatomiques, offre à d'autres causes les mêmes raisons de systématisation. Ainsi le groupe de Duchenne-Erb (radiculaire supérieur) est encore atteint isolément dans « certaines paralysies spinales infantiles, certaines atrophies musculaires progressives, myélopathiques et myopathiques, dans le type scapulo-huméral de Vulpian, le type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Déjerine, la forme juvénile d'Erb, et dans ce que Remak a décrit sous le nom de type supérieur de la paralysie saturnine ».

Mais, nous le répétons, le début et les conditions d'apparition de la maladie ne permettent pas la méprise.

Comment donc avoir l'assurance, en pareille circonstance, que le traumatisme n'a point frappé les centres, et qu'il ne faut pas incriminer le cerveau ou la moelle?

Ce sont d'abord là, comme on le voit, deux éventualités rares : qu'un enfoncement de la boîte cranienne soit assez localisé pour n'altérer que le centre moteur du membre supérieur, c'est évidemment une exception : que, de même, une plaie de la moelle se localise assez exactement pour produire exclusivement une monoplégie simple, c'est évidemment une exception plus grande encore.

Au reste, les signes différentiels ne feraient point défaut. La conservation de la sensibilité, la persistance du réflexe tendineux, l'absence de troubles trophiques, le maintien de la contractilité électrique, sont des symptômes qui appartiennent, pour ainsi dire, en propre, aux paralysies d'origine corticale. Quelle différence avec les paralysies d'origine périphérique!

Les paralysies médullaires présenteraient peut-être des difficultés plus grandes. Mais ici les symptômes d'excitation sont d'apparition rapide : les convulsions, la contracture, l'exagération du réflexe tendineux, la trépidation épileptoïde. Ce n'est pas là le cortège symptomatique des lésions des nerfs périphériques.

Reste ensuite à déterminer lequel des trois types est en cause, de la paralysie fasciculaire, de la paralysie radiculaire ou de la paralysie hystéro-traumatique. On nous fera grâce de répéter ici les signes caractéristiques de chacune d'elles. On connaît les symptômes qui permettent de reconnaître la seconde et de la distinguer de la première :

N'eût-elle pas une apparition, des signes et une évolution si caractéristiques, que le diagnostic de la troisième serait encore facilité par la présence chez le sujet qui en est porteur des stigmates hystériques (anesthésie du pharynx, diminution du champ visuel, zones hystérogènes, attaques, etc., etc.)

Mais il ne faut pas s'y méprendre ; un hystérique peut évidemment, tout comme un autre, avoir une paralysie du plexus brachial ou de ses racines.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

300. M. Farina. Du stéréoscope comme moyen de traitement orthoptique du strabisme. — 301. M. Rossi. Étude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure. — 302. M. Lansac. Recherches sur l'hémato-spermie (éjaculations sanglantes). — 303. M. Petit. De quelques accidents de croissance. — 304. M. Guy. Bilan du traitement de la coqueluche en 1887. — 305. M. Grimodie. Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. — 306. M. Maréchal. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du testicule en ectopie. — 307. M. Phélisse. Contribution à l'étude des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — 308. M. de Holstein. Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. — 309. M. Van Hæcke. Du traitement des sections tendineuses par la ténorrhaphie. — 310. M. Bruyelle. De la conicité physiologique du moignon. — 311. M. Guilbaud. Des différentes méthodes de traitement du spina bifida et de l'excision en particulier. — 312. M. Landouar. Une observation de myxœdème. — 313. M. Copin. Myélite interstitielle diffuse. — 314. M. Thomas. De la hernie inguinale de l'ovaire. — 315. M. Delaborde. Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. — 316. M. Thominet. De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré. — 317. M. Barès. De l'ascite chez l'enfant. — 318. M. Vétault. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. — 319. M. Gaboriau. Essai sur la pathogénie des amyotrophies. — 320. M. Bourgarel. Statistique des tremblements à la Salpêtrière. Quelques considérations sur le tremblement sénile. — 321. M. Bigorre. Considérations sur les épilepsies partielles. — 322. M. Schrœder. Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. — 323. M. Enjabran. Étude anatomique et clinique de la glande de Luschka (angine Thornwaldt). — 324 M. Filibiliu. Contribution à l'étude de la folie chez les enfants. — 325. M. Fournier. Du traitement des métrites chroniques. — 326. M. Aubel. Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète. — 327. M. Blaise. Impulsions. Amnésies. Responsabilité chez les aliénés. — 328. M. Vollier. Étude clinique sur les péricardites sèches de la base. — 329. M. Heftler. Étude sur les relations de la phthisie pulmonaire avec les maladies du cœur. — 330. M. Chazeaud. Étude clinique sur le morrhuol. — 331. M. Abrial. Contribution à l'étude des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde. — 332. M. Hamon. Contribution à l'étude des céphalœmatomes. — 333. M. Bordes. Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches. — 334. M. Janin. Des causes de la mort dans la paralysie générale. — 335. M. Cacarrié. Essai sur les amnésies toxiques. — 336. M. Sainte-Marie. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. — 337. M. Rayneaud. Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse. — 338. M. Coutenot. Des angiomes de la langue. — 339. M. Mallet. Contribution à l'étude des abcès pulsatiles de la région précordiale. — 340. M. Ygouf. Essai sur la rage paralytique. — 341. M. Persillard. Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler. — 342. M. Lombard. Recherches sur les propriétés du salol. — 343. M. Weber. Une ovarite scléreuse. — 344. M. Vinerta. Essai sur les relations de la phthisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës.

La Commission nommée par l'Administration de l'Assistance publique, pour étudier les modifications qui peuvent être apportées aux programmes du concours pour le Bureau central (médecine et chirurgie) verrait avec plaisir les candidats lui communiquer, sur cette importante question, leurs vues personnelles ou collectives, d'ici au mois d'octobre.

Le président de la Commission,
Dr Féréol,
8, rue des Pyramides.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil supérieur de l'instruction publique a pris les décisions suivantes dans sa séance de jeudi, 28 juillet 1887 :

1° Adoption d'un projet de règlement portant revision du ré-

gime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. En vertu de ce projet, le titre 3 du statut du 16 novembre 1874, sur les concours d'agrégation de médecine, est abrogé et remplacé par cette nouvelle disposition : Suppression de la thèse avec argumentation; cette épreuve est remplacée par un exposé public, fait par le candidat lui-même, de ses travaux personnels; une demi-heure est accordée pour cette épreuve.

2° Adoption d'un projet de décret concernant la péremption des inscriptions de stage officinal. Aux termes de ce projet, les règles de péremption établies par l'article 27 du décret du 30 juillet 1883 sont applicables aux inscriptions de stage officinal exigé des aspirants au grade de pharmacien, pendant les trois premières années d'études.

En conséquence, tout élève stagiaire qui, [sans motifs valables et jugés tels par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou École de pharmacie, néglige, pendant deux ans, de prendre des inscriptions de stage, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans le délai entraînant la péremption.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants :

1° Dans la section d'anatomie et zoologie. La liste des candidats avait été dressée dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Marion (de Marseille); en deuxième ligne, M. Sabatier (de Montpellier); en troisième ligne, M. Lavocat.

Le nombre des votants étant 32, M. Marion obtient l'unanimité des suffrages.

2° Dans la section de minéralogie. Les candidats sont présentés dans l'ordre ci-dessous : en première ligne, M. Scacchi (de Naples); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Renard (de Bruxelles) et M. Rütimeyer (de Bâle).

Le nombre des votants étant 31, majorité 16, M. Scacchi est élu par 29 suffrages contre 2 à M. Rütimeyer.

— La Société française d'hygiène vient d'organiser une caravane hydrologique qui visitera, sous son patronage, les stations thermo-minérales du centre de la France, du 31 août au 10 septembre prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Cusset, Néris, Châtel-Guyon, Royat (ascension du Puy de Dôme), la Bourboule (ascension du Puy de Sancy) et le Mont-Dore.

La compagnie des chemins de fer de la Méditerranée a bien voulu accorder une réduction de 50 p. 100 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans toutes les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane, de concert avec les municipalités, les établissements d'eaux minérales, le corps médical, les sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique, car des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part devront s'adresser, pour les renseignements complémentaires, au siège de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

Les listes d'adhésions seront closes le 20 août.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

N° 93. — MARDI 2 AOUT 1887. 60e ANNÉE MARDI 2 AOUT 1887. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

I

Herpès récidivant de la langue. — M. Diday vient de revenir, devant la *Société médicale de Lyon,* sur un sujet que M. Fournier avait traité dans une leçon récente.

Le savant professeur de Saint-Louis s'était attaché à démontrer la nature non syphilitique de certaines ulcérations ou érosions des bords de la langue, qui, survenant chez des individus ayant précédemment contracté la vérole, sont considérées, par eux d'abord, et généralement par leurs médecins, comme des manifestations actuelles et actives de cette maladie. Ces ulcérations se cicatrisent ordinairement avec la plus grande facilité, en quelques jours, indépendamment de tout traitement spécifique; mais elles se reproduisent très souvent et font le désespoir des malades. M. Fournier les a comparées à ces herpès récidivants des parties génitales, décrits, il y a plus de trente-trois ans, par Legendre, fréquents surtout chez les syphilitiques, bien qu'indépendants de la vérole et pouvant apparaître après sa guérison (1).

La syphilis, aidée en cela par les traitements qui la combattent, laisserait après elle une irritabilité spéciale des muqueuses, susceptible de se traduire par des poussées d'herpès, qui deviennent le point de départ d'ulcérations, et qui, persistant très longtemps, en cause les nombreuses récidives.

Ceci, M. Diday l'admet également comme un principe incontestable. Il rappelle même que, le premier, en 1846, dans le journal de Guérin, décrivant les érosions linguales dont il s'agit, il les expliqua par cette disposition spéciale qui survit aux véroles guéries, et affirma leur innocuité.

Lui non plus, il n'y voyait pas, à cette époque, un obstacle pour le mariage. « En enlevant à la syphilis l'un des apanages dont elle se croyait le plus sûre, disait-il, je peuple les berceaux et je dépeuple les officines. »

Mais, depuis lors, des faits nouveaux l'empêchent d'isoler autant de la syphilis elle-même ces petites lésions linguales. Sans vouloir dire qu'elles ne sont pas, le plus souvent, inoffensives, il les range aujourd'hui parmi ces affections qui ont un pied dans la syphilis et un pied dans les maladies ordinaires. Une fois, chez un pharmacien qui s'était marié plusieurs années après une syphilis parfaitement traitée, qui, depuis deux ans, n'avait plus et n'eut plus dès lors aucune manifestation syphilitique, il a vu cet état lingual communiquer à la jeune femme un chancre buccal.

Pour lui donc, c'est une *syphilis morte* mais *revivifiable;* quelque chose d'analogue à ce qu'est, pour la blennorrhagie, la goutte militaire : le vestige d'une maladie qui, à l'origine, fut parasitaire, vestige dans lequel même on ne saurait affirmer qu'il ne reste pas quelque spore susceptible de se ranimer et de fructifier.

M. Diday, d'ailleurs, hésiterait fort à faire rentrer, dans le cadre des herpès, les érosions linguales. Il leur manque bien des caractères de l'herpès vrai. D'abord le prurit prémonitoire pathognomonique, puis la vésicule caractéristique (vésicule que M. Desprez a retrouvée et décrite sur la langue même dans un herpès observé par lui (1) et que M. Bernutz a bien vue de son côté dans un herpès de l'œil, qui, en s'ulcérant, a rendu borgne un de ses malades (2), convalescent de pneumonie); puis la périodicité régulière si habituelle dans les poussées d'herpès, etc. D'ailleurs l'herpès des parties génitales, auquel on pense surtout à le comparer, a pour siège de prédilection le siège même des anciennes plaques muqueuses. Ici rien de pareil, car l'isthme du gosier, si souvent envahi par les plaques muqueuses, n'est jamais, dit M. Diday, le siège de ces érosions buccales chez les ex-syphilitiques.

Ce dernier point nous laisse quelques doutes. Il est vrai que M. Fournier n'a décrit ces ulcérations que sur la langue. Mais n'en faut-il pas rapprocher d'autres ulcérations, de nature jusqu'ici indéterminée, qui, en l'absence de signes d'une vérole actuelle, se produisaient, notamment, chez des femmes d'antécédents, soit personnels, soit héréditaires, très douteux, et dont nous avons vu déjà plusieurs exemples dans les hôpitaux?

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1878, pp. 41, 83, 154, 201, 218, 226, 513, 540, 586, 633, 763, 770, 795; année 1881, p. 1098; année 1882, p. 434, etc.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1877, p. 139.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1880, p. 634.

En mettant de côté les cas d'angines ulcéreuses, perforantes, dues à la fonte de tubercules locaux (cas qui ont aussi leurs analogues sur la langue), il en reste d'autres, qu'on aurait voulu rattacher à la scrofulose, si l'on eût trouvé quelque marque d'une constitution scrofuleuse, qu'on se résolvait difficilement à considérer comme des manifestations actives de la syphilis, — attendu que ces femmes allaitaient de jeunes enfants qu'elles avaient mis au monde en très bonne santé et qui restaient beaux et vigoureux, ou par des motifs analogues. Ces ulcérations guérissaient parfois avec une grande rapidité, mais pour se reproduire de même. Elles restaient jusqu'ici hors cadres (1). Ne convient-il pas de les faire rentrer dans le cadre de l'affection que MM. Fournier et Diday ont si bien décrite? D'autant plus que cette affection, alors qu'elle siégeait sur la langue, a soulevé les mêmes questions et provoqué les mêmes hésitations chez les médecins des hôpitaux.

Réfrigération du membre sain dans les cas de sciatique. — On sait que, depuis longtemps, M. Dumontpallier s'attache à démontrer qu'on peut calmer une douleur en agissant, non point au siège de cette douleur, mais, loin de là, sur une région symétriquement correspondante du côté sain : à l'épaule gauche, si la douleur siège à l'épaule droite.

Nous lui avons vu apaiser ainsi les douleurs vives du rhumatisme aigu en pratiquant une injection sous-cutanée d'eau claire, non vers le point le plus douloureux de l'articulation malade, ainsi que le faisait M. Dieulafoy, mais vers le même point de l'articulation saine, du même nom, de l'autre côté du corps.

C'était ce qu'on pourrait nommer une anesthésie par transfert, — avec toutes les questions que soulève le transfert, questions de suggestion, d'intervention des centres (et de quels centres? médullaires? ou cérébraux?) soit seulement dans l'apaisement de la douleur, soit aussi dans le mécanisme de sa production, etc.

Une application des mêmes principes au traitement de la sciatique, vient d'être faite par M. Jacquet, qui a lu à la *Société de biologie* une note sur ce sujet.

M. Debove avait obtenu de bons résultats, en cas de névralgie sciatique, en refroidissant le membre sain par l'évaporation du chlorure de méthyle pulvérisé sur sa surface. Le soulagement peut être tel que le malade, cloué dans son lit depuis plusieurs jours par la souffrance, se lève alors et marche.

M. Jacquet a eu l'idée d'appliquer cette méthode de réfrigération au membre sain : et l'efficacité de la médication a été très souvent la même que quand on refroidit le membre malade, comme le recommande M. Debove.

Est-ce la preuve que la douleur soit d'origine centrale dans la sciatique, dans le rhumatisme aigu, dans la pneumonie et la pleurésie, — dont M. Dumontpallier traite le point de côté, en appliquant un vésicatoire du côté sain?

M. Dumontpallier lui-même semble le croire; mais, pour notre part, nous n'en sommes pas convaincu.

Asepsie oculaire. — Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour recommander de nettoyer avec soin la partie sur laquelle on doit pratiquer une opération, et d'employer, à cet effet, quelque solution antiseptique, afin de détruire tous les germes qui s'y pourraient rencontrer. Cette recommandation est encore plus stricte, bien entendu, alors qu'il s'agit de l'appareil oculaire. Toute la question est de savoir si on peut facilement obtenir, en pratique, cette asepsie si désirable du milieu dans lequel on opère, particulièrement du liquide sous-conjonctival. M. Gayet en doutait un peu, et, pour savoir ce qu'il en était, après avoir, avec le plus grand soin, mis en usage tous les procédés recommandés pour l'antisepsie intra-palpébrale la plus complète possible, il introduisit dans les culs-de-sac conjonctivaux de malades ainsi préparés, l'extrémité d'une aiguille de platine, préalablement chauffée au rouge, et qu'il plongeait ensuite dans des tubes pleins de gélose. Or, sur 178 expériences de ce genre, les tubes se montrèrent fertiles 139 fois. Les micro-organismes résultant de ces cultures étaient de différents genres : des microcoques, des staphylocoques, des bactéries et des bacilles.

M. Gayet conclut de ces recherches que la plupart des gens recèlent sous leurs paupières des germes microbiens et que, quel que puisse être le soin avec lequel on ait appliqué les procédés antiseptiques, on n'est jamais certain d'avoir débarrassé le terrain opératoire.

Heureusement, ainsi qu'il en fait la remarque, ces germes ne sont pas tous pathogènes, puisque la proportion des accidents suppuratifs n'a été que de 4 1/2 p. 100 chez ces mêmes opérés dont presque les trois quarts portaient des micro-organismes dans leurs culs-de-sac conjonctivaux, au moment de l'opération.

II

Anémie pernicieuse, atrophie des glandes stomacales. — M. le docteur Kinnicutt (de New-York), a lu devant l'*Association of american physicians*, deux observations d'anémie pernicieuse typique, chez des malades qui, à l'autopsie, présentèrent, comme unique lésion, une disparition complète des *tubuli* gastriques dans la plus grande partie de l'estomac, dans l'épaisseur duquel on remarquait, à ce niveau, une substance hyaline particulière, et de nombreuses cellules irrégulières près de la surface de la muqueuse. L'anémie pernicieuse est donc bien, aux yeux de cet auteur, comme on l'a dit déjà, le résultat de la disparition de glandules indispensables pour la digestion.

A cette théorie, le docteur Francis Delafield (de New-York) objecte la différence des symptômes de l'anémie pernicieuse typique avec ce qu'on observe chez ceux qui sont soumis à la starvation, non seulement par leur volonté, comme les jeûneurs, mais par les diverses maladies qui empêchent la nutrition de s'accomplir normalement. Loin d'attribuer donc l'anémie à la lésion de l'estomac, l'orateur rattacherait plutôt cette lésion de l'estomac, comme secondaire, à l'anémie.

M. le docteur Henry (de Philadelphie) rappelle que lui-même, avec M. le docteur Osler, il a constaté à l'autopsie l'absence complète des glandes pepsiques dans un cas d'anémie pernicieuse. Il ajoute que jamais, en dehors de l'anémie pernicieuse, il n'a rencontré une atrophie aussi complète.

M. William Osler (de Philadelphie) reconnaît que souvent la muqueuse stomacale est altérée dans cette maladie; mais, dans les symptômes, rien n'indique si elle l'est ou non. M. Osler l'a trouvée parfaitement saine après une anémie pernicieuse d'une durée de deux ans.

Cette discussion nous montre où en est en ce moment, en Amérique, une question qui a été beaucoup agitée en

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 643; 1875, p. 658; 1879, pp. 609, 681, 795; 1880, p. 537; 1885, pp. 537, 573, 597, etc.

France (1). Il est certain qu'on réunit encore, sous le nom d'*anémie pernicieuse*, bien des affections différentes, ayant cela de commun qu'elles conduisent à la mort par une anémie toujours croissante, et sans qu'on sache au juste pourquoi. C'est donc une classification dont les contours sont beaucoup trop vagues, puisqu'on y entasse indifféremment jusqu'à des leucocythémies spléniques ou ganglionnaires, jusqu'à des diarrhées rebelles épuisant les malades, etc. Il importe d'en faire sortir, en lui donnant un nom spécial, toute affection bien définie étiologiquement. Reste à savoir si c'est le cas pour l'anémie se rattachant à la lésion gastrique en question.

L'iodure de bismuth comme succédané de l'iodoforme. — Je ne sais si l'on se rappelle généralement que les pansements à l'iodoforme, si à la mode aujourd'hui, avaient eu déjà il y a vingt ans une première période de vogue, après que Lallier, Besnier, Hillairet les eurent préconisés (2). Les médecins de Saint-Louis s'étaient bien trouvés de leur emploi, non seulement contre les ulcérations et plaies syphilitiques, mais contre toute espèce d'ulcères ou de plaies longues à guérir, et il y eut un moment où j'en vis faire usage à peu près dans tous les services chirurgicaux de Paris. Puis on y renonça presque partout, surtout parce que l'iodoforme a une odeur très pénétrante, que certains odorats jugent désagréable. On a conseillé divers moyens pour remédier à cet inconvénient (3); mais aucun ne s'est trouvé pleinement efficace; et pour faire passer de nouveau sur ces répugnances, il a fallu l'avènement des nouvelles doctrines microbiennes et la connaissance du pouvoir microbicide de cette préparation iodurée (4).

Devant la *Société médicale de la Louisiane*, un chirurgien qui porte un nom illustre pour nous, M. Chassaignac, a recommandé vivement une autre combinaison de l'iode, qui, suivant lui, offrirait à peu près, dans les mêmes cas d'application externe, tous les avantages de l'iodoforme, sans en avoir les inconvénients, reconnus par tous. Il s'agit d'un iodure (oxy-iodure ou sous-iodure) de bismuth, qu'il serait très facile de préparer à peu de frais par double décomposition, en commençant par faire dissoudre à chaud du sous-nitrate de bismuth dans de l'eau acidulée par de l'acide nitrique, puis en y mêlant une solution d'iodure de potassium. Le sel ainsi produit formerait une poudre, insoluble dans l'eau, d'une brillante couleur rouge brique ; il ne tacherait pas le linge, et il n'aurait pas d'odeur. Depuis plus de deux mois M. Chassaignac s'en est servi constamment, soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle, et il dit en être très satisfait, comme d'un topique jouissant à la fois de propriétés antiseptiques, désinfectantes, et d'une action stimulante, cicatrisante pour les plaies qui en sont recouvertes.

L'iodure de bismuth en question n'est d'ailleurs pas un produit nouveau. M. le docteur Chassaignac, en faisant cette lecture, n'a eu d'autre but que d'appuyer de son expérience personnelle les éloges qu'avaient donnés à ce mode de pansement d'autres praticiens américains, tels que M. le docteur Reynolds et M. le docteur Matlack (de Philadelphie).

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1876, pp. 662 et 1103 ; année 1877, p. 910, etc., et plus récemment, année 1886, pp. 97, 817, etc.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1868, pp. 98, 325.

(3) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1878, p. 326 ; année 1885, p. 637.

(4) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1880, p. 220 ; année 1881, pp. 725, 1110; année 1882, pp. 531, 718; année 1883, p. 831, etc.

Purpura contagieux et récidivant. — Dans les anciennes classifications du purpura, figurait une espèce nommée *purpura contagiosa*. Plus tard (1) on a cru que ce nom ne pouvait désigner qu'une variété de typhus caractérisée par des pétéchies, des hémorrhagies, etc. Le purpura, n'étant plus qu'un symptôme secondaire dans une fièvre continue, n'avait donc point à figurer dans l'intitulé de la maladie : et cette variété de purpura fut rayée des cadres.

Cependant un fait communiqué à l'*Académie de médecine d'Irlande* tend à faire croire à l'existence d'une maladie contagieuse (peut-être de nature microbienne), autre qu'un typhus et se manifestant par des poussées de purpura.

Un des clients de M. Doyle fut pris de purpura peu de temps après être allé voir un de ses amis intimes qui venait de mourir de cette maladie. Depuis lors, chaque année, vers la même saison, apparut une nouvelle poussée de purpura. Or, cet homme n'était nullement hémophyle, et il n'avait jamais présenté, avant de s'être exposé à cette contagion, aucun phénomène de ce genre.

M. le docteur Pratt fut lui-même atteint d'un purpura qui reparut quatre fois. Il pouvait dire, dès le début, si l'attaque serait légère ou violente, car, dans le premier cas, les taches purpuriques, limitées aux jambes, ne dépassaient pas le genou. Le remède qui lui parut le plus efficace, fut l'essence de thérébentine administrée trois fois par jour, à la dose de cinq gouttes. M. le docteur Little s'est également bien trouvé de la thérébentine dans un cas de purpura hémorrhagique.

Affections de la peau traitées par la résorcine. — La résorcine, cet oxyphénol qui présente des propriétés très analogues à celles de l'acide phénique, et qui, comme succédané de cette substance, a été étudié, au point de vue de la thérapeutique des maladies internes, par MM. Dujardin-Beaumetz, Desnos, etc. (2), devait nécessairement être expérimenté, comme modificateur local, à cause de son action irritante et de son action antiseptique, dans les maladies de la peau.

A la *Société dermatologique de New-York*, M. le docteur Jackson a rendu compte des recherches qu'il avait faites dans cette direction et des résultats obtenus.

Six cas d'eczéma ont été traités par des applications de glycérolés de résorcine en renfermant des proportions variables de 2 à 12 p. 100. Dans la moitié des cas, le mal s'est aggravé, deux fois il a paru un peu amélioré, une fois seulement la guérison est survenue durant ce traitement.

Dans des affections considérées comme de nature épithéliomateuse, la résorcine s'est au contraire montrée très efficace. En liniments qui en renfermaient 50 p. 100, elle a amené en quelques mois, chez un homme de cinquante-huit ans, la guérison complète d'une tumeur ulcérée de la face, dont l'induration originelle remontait à quatre ans, et au sujet de laquelle on avait posé le diagnostic *épithélioma*. Elle a paru également utile, dans des conditions analogues, chez un homme de quarante-quatre ans. Une tumeur fongueuse développée sur une vieille tache de psoriasis, chez une

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1867, p. 241 ; année 1883, p. 289. Cf. au sujet du purpura *Gazette des hôpitaux*, 1875, pp. 603, 651; année 1876, pp. 41, 235, 589, 614 ; année 1877, pp. 37, 1164; année 1878, pp. 1034, 1113, 1137 ; année 1880, p. 841 ; année 1881, p. 778 ; année 1882, pp. 245, 798 ; année 1883, pp. 105, 949 ; année 1886, p. 944, etc.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1881, pp. 101, 1084 ; année 1882, p. 1094, etc.

femme de quarante-trois ans, fut traitée aussi par la résorcine : mais cette fois dans la proportion de 5 p. 100 seulement dans un liniment; l'amélioration fut rapide. Contre la scrofulodermie, le lupus érythémateux et le lupus vulgaire, l'action locale de la résorcine, en liniments, soit au cinquième, soit au dixième, a paru également très favorable dans presque tous les cas.

Implantation des dents. — Il s'agit d'une question toute française d'origine, car c'est Ambroise Paré qui parla le premier de la possibilité d'emprunter une dent à une mâchoire saine pour l'introduire dans l'alvéole, laissée béante, d'une dent malade extraite à cet effet. Bien que Hunter en ait fait mention, bien que plusieurs chirurgiens, entre autres le professeur Alquié (de Montpellier) l'ait pratiquée occasionnellement, pour avoir une étude vraiment scientifique de la transplantation et de la greffe des dents, il faut en arriver aux leçons et observations de M. Magitot, publiées dans la *Gazette des hôpitaux* en 1876 (pages 33, 39, etc.).

Antérieurement déjà, Magitot avait indiqué les résultats de ses expériences de greffe des follicules dentaires faites avec Legros (1). Il vit que les dents pouvaient être réintroduites dans leurs alvéoles après leur extraction et qu'elles y redevenaient aussi solidement fixées qu'auparavant; il proposa donc de procéder ainsi, quand il fallait en traiter une dont la racine était malade. Lui-même et ses élèves (2) remplacèrent des dents malades par des dents saines prises ailleurs, et M. le docteur David (3) constata que, chez les adultes, la pulpe de la dent restait étrangère à la réunion. Cette pulpe pouvait être détruite et le trou qu'elle laissait bouché de quelque manière avant que la dent fût réintroduite, sans que cela compromît en rien le succès de l'opération.

Une discussion qui vient d'avoir lieu à l'*Académie de médecine de New-York* nous montre où on en est actuellement venu de l'autre côté de l'Atlantique. Il ne s'agit plus seulement d'introduire dans une alvéole récemment vidée une dent récemment arrachée; mais de creuser, à une époque quelconque, dans la continuité du maxillaire, une alvéole artificielle, un trou de la profondeur et de la largeur voulues pour recevoir une dent que l'on a sous la main. Cette dent peut avoir été extraite depuis des semaines et des mois : peu importe. Qu'elle soit fraîche ou non, on en enlève la pulpe aussi complètement que possible, après avoir ouvert la chambre à pulpe, et l'on en remplit le canal par quelque ciment, puis on la plonge pendant quelque temps dans une solution de sublimé corrosif à 1/2000.

Après cela on incise en croix la gencive sur le point de la mâchoire où l'on veut placer cette dent. Les quatre lambeaux disséqués et relevés, il ne reste plus qu'à faire le trou avec un trépan ou quelque instrument analogue. Si ce trou se trouve trop étroit, on l'élargit jusqu'à ce que la dent y puisse prendre place : le mieux est qu'elle y entre tout juste de manière à y tenir et à ce qu'on puisse dès lors l'y abandonner sans soutien. Depuis trois ou quatre ans, le docteur Yonger a appliqué cette méthode une cinquantaine de fois : et la plupart du temps avec des résultats satisfaisants. Un mulâtre opéré par lui a été présenté par le docteur Abbot à l'Académie de médecine de New-York.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1874, p. 129.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1875, *loco citato*; année 1878, p. 1078; année 1879, p. 124; année 1880, p. 846, etc. — *Cf.* année 1883, p. 948.
(3) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1878, p. 1045.

Cet homme avait porté longtemps une dent montée sur une plaque, pour remplacer une des incisives de sa mâchoire supérieure, quand, ayant creusé sur cette mâchoire une alvéole artificielle, on y introduisit une dent extraite depuis plusieurs mois. Or, cette dent tenait aussi solidement que les autres et la gencive qui l'entourait paraissait très saine quand la présentation eut lieu, sept mois après.

Dans la discussion qui s'ensuivit, le docteur Tonner, qui s'était fait introduire ainsi, par M. le docteur Kingsby, deux dents, extraites, huit ans auparavant, de la mâchoire d'une autre personne, fit voir à ses collègues qu'elles ne branlaient pas et que, sauf un amincissement de la mâchoire à ce niveau, rien n'aurait fait croire que ce n'étaient pas des dents bien à lui.

M. Bogue objecta que l'opération ne datait encore que de quelques mois, et que, dans les essais du même genre faits antérieurement à Paris, on avait vu les dents replacées de cette façon, à l'état mort et comme des corps étrangers, être dissoutes et résorbées dans un intervalle d'environ deux ans.

Sur ce, M. Tonner déclara qu'il était prêt à subir de nouveau cette opération tous les deux ans, plutôt que de porter des dents artificielles fixées sur une plaque.

Diabète insipide durant la grossesse et le travail. — M. Matthews Duncan a lu, devant la *Société obstétricale de Londres*, un mémoire dans lequel il étudie la part qu'il faut faire à la grossesse et à l'accouchement dans l'étiologie du diabète insipide.

Loin qu'il y ait azoturie dans le diabète insipide des femmes enceintes, il y a plutôt diminution dans l'excrétion journalière de l'urée. Mais on peut faire la même remarque dans certaines polyuries hydruriques dues à d'autres causes. Le sentiment de fatigue et de faiblesse qu'accusent les malades n'a rien de plus caractéristique : et tout semble indiquer que l'influence de la parturition sur l'hypersécrétion urinaire ne dépasse pas celle des causes dites *banales*.

Mais il est possible, en revanche, que l'augmentation de la filtration rénale s'accompagne parfois d'une suractivité dans l'ovulation et le reste de la fonction reproductrice. En effet, une des clientes de M. Duncan, chez laquelle le diabète insipide est permanent et congénital, a eu déjà onze grossesses; et une autre, chez laquelle il fut momentané, est devenue quatre fois enceinte pendant qu'elle était polyurique.

III

Diabète insipide. — L'histoire de la polyurie sans glycosurie, ni azoturie, reste encore en partie à faire.

On peut même dire qu'à ce point de vue, on n'est guère plus avancé que lorsqu'en 1863, exposant l'état de la question dans une revue clinique (1), nous regrettions de voir ranger, sans distinction, dans un même cadre, des affections très différentes par leur début, leur marche et leur terminaison.

Les causes en sont mal classées et mal connues. Tantôt c'est une maladie d'une tenacité désespérante (2); tantôt elle cède facilement, sauf à récidiver bientôt, sous le moindre prétexte, pour ainsi dire. Il est donc bon de noter brièvement les cas à mesure qu'ils se présentent, les circonstances

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1869, p. 237.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1866, p. 326; 1871, pp. 389 et 397; 1877, p. 1049; 1878, p. 133; 1879, p. 609; 1881, p. 612; 1883, p. 6499; 1885, p. 780 etc.

du début, les particularités individuelles et les résultats obtenus par le traitement.

Sur trois cas, vus par nous à peu près simultanément dans trois hôpitaux différents, — à Laënnec, dans le service de M. le professeur Ball; à la Charité, dans le service de M. Blachez : et à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, — nous réservons pour le moment le troisième, dont l'étiologie paraît être l'alcoolisme et qui est encore un traitement, sans grand résultat jusqu'ici. Dans le second, la polyurie était compliquée de phosphaturie. Quant au premier, nous pouvons le donner comme un type de ces diabètes insipides où l'eau seule se trouve en excès.

Le malade de M. Ball en est à sa quatrième atteinte. C'est un instituteur âgé de soixante-cinq ans. Revenant d'Amérique en 1876, il tomba à la mer. On le retira, mais il resta pendant plusieurs jours sans connaissance. Il ne revint à lui qu'à Dieppe, dans sa famille. A la suite de cet accident, il fut pris de troubles visuels. Ses gencives se déchaussèrent et il commença à uriner très souvent en grande quantité.

Quand il entra dans le service de M. Chauffard, il rendait ainsi 12 à 26 litres d'urine par jour. Traité plusieurs mois par la valériane et les douches froides, puis envoyé à une eau minérale, il finit par guérir. En 1879, à l'occasion d'un refroidissement, il fut repris de polyurie. Cette fois, il ne dépassa pas une douzaine de litres par jour. Soumis de nouveau à l'action de la valériane, il se rétablit assez rapidement. L'année dernière, le diabète reparut, sous des influences morales, à ce qu'il semble. Le traitement consista en bromures et fut également suivi de guérison.

Cette année, quand cet homme entra dans le service de M. Ball, il urinait jusqu'à 13 litres par jour. On essaya sur lui une médication dont les médecins anglais font grand cas dans les différents genres de diabète : l'administration de la codéine (1) à haute dose. Dès le premier jour, on en donna d'emblée 20 centigrammes et, pendant 15 jours, on maintint le même remède, sans augmentation ni diminution. L'effet en fut beaucoup plus rapide que ne l'avait été celui de la valériane ou des bromures. La quantité d'urine diminua progressivement. Elle n'était que de 3 litres un quart quand, le dix-septième jour, on réduisit à 5 centigrammes la dose journalière de codéine. Le mieux s'est encore accentué depuis lors et aujourd'hui la sécrétion urinaire n'a plus rien d'excessif.

Polyurie phosphaturique de convalescence; guérison. — Chez le malade de M. Blachez, la polyurie était survenue à la fin de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Il s'agissait d'un jardinier bien bâti, âgé de trente-six ans, qui tomba malade vers le commencement de mars et entra en convalescence vers la fin du même mois, après avoir eu pendant vingt et un jours une température qui se maintenait entre 39 et 40 degrés. Il fut envoyé à Vincennes, le 4 avril. Pendant son séjour dans cette maison, il y travailla de son état. Il en sortit le 16 avril. Une huitaine de jours plus tard, tout en travaillant, il s'aperçut qu'il avait des envies d'uriner continuelles. Le 6 mai, lors de son entrée dans le service de M. Blachez (salle Saint-Louis, n° 14), il urinait 13 litres par jour. Sous l'influence des pilules de valériane, la polyurie avait diminué lentement et progressivement jusqu'à se réduire à une moyenne de 5 à 6 litres par jour, quand, le 12 juin dernier, cet homme fut pris subitement d'un grand mal de tête et d'une fièvre vive. Au moment de la visite du lendemain matin, la température était de 39°,8. Le soir, elle avait baissé d'un degré. Mais le mal de tête restait très violent, le malaise général considérable. On administra 1 gr. 50 de sulfate de quinine et on continua ce même médicament à la même dose durant trois jours. Le mercredi matin, 15 juin, la défervescence était complète et cet homme ne ressentait plus rien d'anomal. On avait cessé la valériane; mais, chose curieuse, l'amélioration au point de vue de la polyurie n'en marcha que plus vite, une fois la fièvre passée (1). La quantité tomba d'un litre par jour, jusqu'à ce qu'elle fût réduite à la normale.

(1) Cf. *Gazette des Hôpitaux*, année 1876, p. 268; année 1877, p. 1049, etc.

Pour cet homme, comme pour le précédent, on a constaté, à diverses reprises, qu'il n'y avait pas d'azoturie, que l'urée restait au chiffre ordinaire; mais, dans ce dernier cas, il se faisait un dépot abondant de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Cécité puis paralysie ascendante. — Le malade de M. Bucquoy dont il a été déjà question deux fois, sous ce titre (2), va de mieux en mieux. Au point de vue de la physiologie pathologique, il est actuellement plus intéressant à observer que jamais. En effet, le réveil de la motricité réflexe, suivant de très près celui de la sensibilité, annonce et prépare, en quelque sorte, le retour de la motricité volontaire, par des combinaisons étranges de phénomènes d'une analyse délicate et qu'il faut étudier alors qu'ils se présentent.

Dr V. Revillout.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Rapport au Président de la République française.

Monsieur le Président,

L'article 41 du décret du 24 juin 1886, portant organisation du corps de santé de la marine, exige pour la nomination aux grades supérieurs des médecins et pharmaciens principaux du service de l'enseignement, l'accomplissement d'une période réglementaire d'embarquement ou de séjour colonial.

Avant la mise en vigueur de cette réglementation, les actes antérieurs sur la matière permettaient au personnel enseignant des écoles de médecine navale d'obtenir de l'avancement en grade sans être tenu de réunir les conditions de navigation ou de service colonial requises des officiers du corps de santé du cadre général.

J'ai pensé qu'il serait rigoureux de maintenir des dispositions qui portent atteinte aux légitimes espérances d'officiers qui sont entrés dans une carrière sous l'empire de règlements qui n'exigeaient d'eux qu'un service sédentaire en France.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint, modificatif de l'article 41 du décret du 24 juin 1886.

Les nouvelles dispositions qui y sont consacrées rendraient aux officiers supérieurs, pourvus de l'emploi de professeur, la possibilité qu'ils avaient de parvenir aux grades supérieurs, sans avoir satisfait, pendant la durée de leurs fonctions dans l'enseignement, aux conditions ordinaires de service à la mer ou aux colonies.

Cette considération, toute d'équité, m'a conduit à présenter d'urgence à votre approbation la mesure qui fait l'objet du projet de décret ci-joint, sans attendre les modifications qu'il y a intérêt à apporter à la réglementation du 24 juin 1886 et que doit consacrer le projet de loi sur le service de santé de la marine soumis à l'étude de la commission des cadres.

Le ministre de la marine et des colonies.

E. Barbey.

(1) Cf. *Gazette des hôpitaux*, année 1881, p. 757.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, pp. 663 et 717.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies,

Décrète :

Article premier. — L'article 41 du décret du 24 juin 1886, portant organisation du service de la marine, est modifié comme suit :

« Art. 41. — A partir du 1er septembre 1886, les médecins en chef, les médecins et pharmaciens principaux, dont il est question à l'article 40, qui désireront servir à la mer ou aux colonies, prendront rang dans la 4e catégorie de la liste de départ, à la date de leur promotion au grade dont ils sont titulaires.

« Ils ne pourront, à dater du 1er septembre 1886, réclamer de nouveau leur inscription sur la liste de départ avant l'expiration d'un tour réglementaire dans l'enseignement. Ils pourront être promus aux grades supérieurs sans avoir satisfait, pendant leur période d'enseignement, aux conditions fixées par les articles 9, 10, 11, 15 et 16 du décret du 24 juin 1886.

« Cette dernière disposition sera appliquée aux officiers du corps de santé qui seront nommés à l'emploi de professeur à compter de la mise en vigueur du présent décret. »

Art. 2. — Le ministre de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 28 juillet 1887.

Jules Grévy.

Par le Président de la République,

Le ministre de la marine et des colonies.

Barbey.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des Facultés;

Vu les décret et arrêté du 10 août 1877, relatifs aux agrégés des Facultés de médecine;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Le titre III du statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des Facultés, est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

TITRE III

Dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de médecine :

Art. 37. — Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années; ils sont renouvelés par tiers, tous les trois ans.

Art. 38. — Il y a quatre sections d'agrégés :

La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle;

La deuxième, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie;

La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale;

La quatrième pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance sera organisée par le jury.

Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury;

2° Dans un exposé public, fait par le candidat lui-même, de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve;

3° Les candidats à l'agrégation de physique, de chimie et d'histoire naturelle font, en outre, une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre;

2° Une série d'épreuves pratiques :

a. Pour la médecine :

Une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire ; — des exercices d'anatomie pathologique.

b. Pour la chirurgie et les accouchements :

Mêmes épreuves pratiques que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

c. Pour l'anatomie :

Une leçon sur une préparation d'anatomie descriptive ; — des exercices pratiques d'histologie.

d. Pour la physiologie :

Une leçon sur une préparation d'histologie ; — des exercices pratiques de physiologie expérimentale.

e. Pour la physique :

Une leçon sur une expérience de physique ; — des exercices pratiques de physique.

f. Pour la chimie :

Une leçon sur une expérience de chimie ; — des exercices pratiques de chimie.

g. Pour l'histoire naturelle :

Une leçon sur une préparation d'histoire naturelle ; — des exercices pratiques d'histoire naturelle.

h. Pour la pharmacie :

Une leçon sur une opération de pharmacie ; — des exercices pratiques de pharmacie.

Art. 41. — Les sujets et la durée des exercices pratiques sont déterminés par le jury.

Art. 42. — Les dispositions générales du statut du 16 novembre 1874 continueront d'être appliquées.

Fait à Paris, le 30 juillet 1887.

E. Spuller.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'inauguration de la statue de P. Broca, fondateur de la Société d'anthropologie de Paris, a eu lieu samedi dernier, 30 juillet 1887, à dix heures du matin.

Suivant la demande expresse de la famille, la cérémonie a eu un caractère tout intime ; aucun discours, en réalité n'a été prononcé. M. Ploix, en remettant à la Société la statue du savant regretté, s'est borné à dire quelques paroles comme président de la commission, pour rappeler l'origine de la souscription à laquelle ont pris part de nombreux médecins et savants français et étrangers, ainsi qu'un certain nombre de villes et de sociétés scientifiques et médicales.

Dans une courte allocution, M. le docteur Magitot, président de la Société d'anthropologie, a remercié les membres de la commission ainsi que les artistes qui ont bien voulu faire partie du jury chargé de désigner le projet à exécuter.

Enfin M. de Quatrefages a déposé au pied de la statue de Broca deux couronnes : la première à titre de délégué de la Société des amis des sciences naturelles d'anthropologie et d'ethnographie de Moscou, la seconde comme représentant M. Anatole Bogdanow, fondateur et président de cette Société.

La statue, érigée sur le terre-plein situé au coin de la rue de l'École-de-Médecine et du boulevard Saint-Germain, est l'œuvre de M. Paul Chopin.

— Sont maintenus, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chargés des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Carles, chimie ; Lefour, accouchements.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Beauvisage, botanique ; Poullet, accouchements.

— Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les Facultés et Écoles ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Carrieu, histologie ; Gerbaud, accouchements ; Truc, clinique ophthalmologique ; Gilis, anatomie.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Rémy, accouchements ; Baraban, histologie ; Macé, botanique et histoire médicale.

École de pharmacie de Montpellier. — MM. Massol, minéralogie et hydrologie ; Courchet, matière médicale.

École de pharmacie de Nancy. — MM. Thouvenin, zoologie ; Held pharmacie.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance de samedi dernier, la création, dans chaque arrondissement de Paris, d'un dispensaire pour enfants malades, suivant le modèle du dispensaire scolaire du Ier arrondissement.

— Notre confrère, le docteur Denombré, vient de recevoir, du gouvernement espagnol, la croix de commandeur de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21451

17

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

37

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

32

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mode d'emploi. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. Houdé, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

120

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

83

FILTRE CHAMBERLAND

SYSTÈME PASTEUR

BREVETÉ S. G. D. G.

58, rue Notre-Dame de Lorette. Paris.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

35

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . . 2 *fr*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

38

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine.
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voici les vacances. C'est à peine si l'on aperçoit quelques académiciens disséminés dans le désert de cette salle des séances naguère si pleine. Seuls les membres de la commission restent en nombre. Ils ne sont que cinq ; mais il est possible que, quand on en viendra au vote, ils suffisent pour constituer une majorité imposante.

Dans ces conditions, rien ne les oblige à tenir compte du sentiment de la masse de leurs collègues. Les mots « surmenage intellectuel » eussent été certainement rayés si l'on eût mis la question aux voix, avant les vacances, il y a huit jours. Cela ne fait doute pour personne. L'impression générale se manifestait alors d'une manière si évidente qu'on s'attendait à voir la commission et son rapporteur les sacrifier eux-mêmes. Ils les ont maintenus : et ils pourraient bien l'emporter en définitive, par suite du départ d'à peu près tout le monde. M. Peter, d'ailleurs, qui aime, comme Caton, à se distinguer par sa résistance aux entraînements de la multitude et à faire face au nombre, s'est senti attiré par leur isolement et est devenu pour eux un auxiliaire actif.

Mais on sait maintenant à quoi s'en tenir sur la portée des statistiques invoquées par M. Lagneau. En ce qui touche la myopie, par exemple, un des hommes les plus compétents en pareille matière, M. Javal, en observant les mêmes séries d'enfants durant plusieurs années consécutives, s'est assuré et a démontré que le surmenage, pris isolément, n'entrait pour rien dans l'étiologie de cette affection oculaire. Que deviennent donc les chiffres si pompeusement cités? Sont-ils faux? Sont-ils vrais? Ils sont vrais. Mais ceci démontre une fois de plus combien Bertillon père avait raison de dire que, pour manier utilement les chiffres, il faut savoir d'abord comprendre et isoler chacun des éléments d'une question complexe. Les statistiques n'ont de valeur qu'entre les mains de ceux qui savent s'en servir pour la recherche de la vérité. Il faut qu'on se surmène un peu par une attention soutenue pour des analyses aussi délicates. Autrement on y peut trouver des arguments pour les thèses les plus fausses : il suffit pour cela d'attribuer, par exemple, au surmenage, ce qui est causé par un éclairage insuffisant ; ou aux études littéraires ce qui résulte de l'hérédité, du développement physique qu'on doit à ses parents, du milieu où l'on vit, de l'air qu'on y respire, de l'exercice musculaire qu'on y prend et de toutes les autres conditions de l'existence.

HOTEL-DIEU. — M. PAUL RECLUS.

Maladie kystique et mammite chronique.

Je vous ai entretenus, dans une précédente clinique (1) d'une affection du sein que j'ai décrite le premier, sous le nom de maladie kystique des mamelles. Au cours de ma leçon je vous disais que M. Phocas, ancien interne des hôpitaux, avait tracé, sous le nom de « maladie noueuse », le tableau d'une affection si semblable à la mienne, que, pour moi et jusqu'à plus ample informé, maladie kystique et maladie noueuse étaient une seule et même affection. Deux noms me paraissaient inutiles pour désigner une maladie unique.

M. Phocas a relevé mon assertion et, dans une lettre publiée par le *Progrès médical*, il défend l'autonomie de la maladie noueuse ; elle est bien elle, on ne saurait la confondre avec la maladie kystique et l'englober dans la même description. Je vais reprendre devant vous chacun des arguments qu'invoque l'auteur. Mais je dois dire tout d'abord que s'ils me paraissent peu péremptoires, si le fond me semble contestable, la forme du moins en est excellente : M. Phocas est absolument correct et je le remercie de sa courtoisie.

Vous rappellerai-je, dans ses traits principaux, la maladie kystique de la mamelle? Elle présente trois caractères : le premier c'est qu'il n'existe pas de tumeur au sens propre du mot ; la dégénérescence est générale, et c'est dans tous les points de la glande que l'on trouve des nodosités du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de plomb, d'un pois à celui d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf. Lorsque certaines grosseurs acquièrent un semblable développement, il arrive parfois que le chirurgien méconnaît les granulations secondaires ; il s'absorbe dans la palpation de la masse prépondérante, ferme, rénitente, souvent très mobile, et il néglige de pratiquer un examen attentif, minutieux, prolongé, qui seul lui aurait révélé l'existence des nodosités adjacentes.

Le deuxième caractère est la bilatéralité presque constante

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 673.

de l'affection. Non seulement une mamelle est hérissée dans toute son étendue et dans tous ses segments de granulations, de nodosités petites ou grandes; mais l'autre mamelle présente les mêmes aspérités; on dirait que les deux seins ont été injectés au suif. D'ailleurs malgré cet envahissement des deux glandes, il peut exister entre l'une et l'autre les plus grandes différences. On peut trouver dans l'une une ou plusieurs grosseurs prépondérantes, autour de laquelle se presse pour ainsi dire la foule des petits satellites, tandis que, dans l'autre, ces masses volumineuses font défaut, et un examen attentif est nécessaire pour constater les fines bosselures de la mamelle « grumelotée » et comme « sclérosée ».

Le troisième caractère est aussi important. Ces grosseurs petites ou grandes, ces renflements, ces nodosités et ces bosselures ont une dureté ligneuse; leur résistance est telle que les cliniciens les plus habiles, les pathologistes les plus compétents ont toujours cru, après les avoir palpées, qu'il s'agissait de tumeurs solides. Or, il n'en est rien, et lorsque la glande est enlevée, on voit qu'elle est comme farcie par une infinité de poches kystiques : avant toute opération le chirurgien peut reconnaître l'existence du liquide que ces cavités contiennent en plongeant, dans les nodosités les plus accessibles, la fine aiguille de la seringue de Pravaz, qui, lorsqu'on soulève le piston, se remplit d'une sérosité limpide, rouge, brune, noire ou verte : on rencontre les colorations les plus diverses.

Voilà les trois caractères qui suffisent pour établir l'autonomie de la maladie kystique. A ma connaissance, il n'a pas été décrit d'affection de la mamelle qui présente ces trois particularités. J'ajouterai que la glande est presque toujours indolore; qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'écoulement séreux par le mamelon, que parfois les ganglions de l'aisselle ont été trouvés engorgés, mais qu'il s'agissait d'une tuméfaction banale et inflammatoire sans doute, car on n'y a jamais constaté le moindre tissu dégénéré. La glande est mobile sous les téguments et sur les parties profondes et la peau n'est ni adhérente, ni chagrinée. Ces signes négatifs sont sans importance.

Étudions maintenant « la maladie noueuse » de M. Phocas : mais je n'ai pour ainsi dire qu'à rééditer ma description. « On se trouve en présence d'une tumeur mobile dont le volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix; dont la consistance est ferme, rénitente. Tout près, à une distance plus ou moins considérable de la tumeur principale, il existe une grande quantité d'autres bosselures séparées les unes des autres par de petits intervalles, nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Leur consistance est la même que celle de la tumeur principale; elles font partie intégrante de la glande mammaire, qui est on peut dire comme sclérosée; elles sont éparses dans la glande, disséminées sans ordre au milieu du sein : on dirait alors qu'on a piqué une grande quantité d'épingles dans son épaisseur et qu'on en sent les têtes à travers la peau. » Si nous ajoutons que, d'après les observations capitales de M. Phocas, l'affection est bilatérale, vous verrez qu'il n'y a pas de différence entre la maladie kystique et la maladie noueuse.

M. Phocas l'avoue et, dans sa lettre au *Progrès médical*, il reconnaît que, « au début », les deux affections peuvent être confondues. Mais, dans ce cas, pourquoi M. Phocas ne nous avertit-il pas dans sa thèse de la possibilité de l'erreur? Puisque maladie kystique et maladie noueuse sont tellement semblables, qu'au premier examen il n'y a pas de signes physiques pour distinguer ces deux affections, n'était-il pas indispensable de nous en prévenir? Il parle des différences qui séparent la maladie noueuse de l'adénome, du fibrome, bien différents le plus souvent, pourquoi ne pas prononcer le mot de maladie kystique. Je ne m'explique le silence de l'auteur que par l'ignorance de mon mémoire.

Mais, à cette heure, M. Phocas n'ignore plus mon travail; il l'a lu certainement, et sans s'expliquer sur le silence primitif de sa thèse, il prend du moins la question telle que nous l'avons posée, et, dans sa récente lettre, il nous dit qu'à côté de notre maladie kystique, il y a sa maladie noueuse: elle a bien le même mode de début, la même étiologie, les mêmes signes physiques, mais la marche est essentiellement différente. La maladie kystique est progressive, d'un pronostic grave, et qui nécessite une opération; elle peut récidiver, tandis que la maladie noueuse est de marche « oscillante », elle procède par poussées; elle peut guérir spontanément, ou par des moyens thérapeutiques simples. En tout cas, l'intervention chirurgicale n'est jamais nécessaire. Voyons si les observations que nous avons publiées et si celles que nous donne M. Phocas légitiment de pareilles assertions.

Notre maladie kystique, nous dit-on, est grave : son pronostic est au moins celui des tumeurs « mixtes », et « tiendrait pour le moins le milieu entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes ». Ce fait ressort-il de nos observations? Nous publions un cas de Monod où, en 1875, on ampute une mamelle atteinte de maladie kystique; on s'aperçoit que la seconde mamelle est atteinte d'une affection semblable, mais on n'opère pas. Or, la femme mourut en 1881, c'est-à-dire au bout de six ans « sans récidive de la glande opérée, sans changement appréciable du sein respecté ». Poncet nous parle d'une femme dont il enlève le sein « farci de petits kystes ». L'extirpation eut lieu douze ans après le début probable de l'affection. Autre cas plus intéressant encore du même auteur: « Une dame, âgée de cinquante-huit ans, a été amputée du sein droit, il y a vingt-trois ans, pour une tumeur de même nature que celle qui l'amène dans le cabinet de M. Poncet: depuis quatre ans environ le sein augmente de volume. On l'opère : kyste de la mamelle. »

Mais voici mieux encore : « Mlle G... âgée de cinquante-trois ans, reçut à vingt ans, il y a trente-trois ans de cela, un coup sur le sein droit: son médecin constate la présence d'une petite tumeur. Il la conduit à Paris, chez Roux, qui trouve une grosseur du volume d'une aveline, dont il conseille l'ablation qui fut refusée; la tumeur reste stationnaire; vingt-cinq ans après elle se crève, et du liquide s'en écoule en abondance. Maunoury père voit la malade et constate aussi l'existence d'une tumeur grosse comme le poing. Elle grossit encore; Maunoury fils est appelé en 1882 et reconnaît douze à quinze bosselures distinctes et indépendantes. Il porte le diagnostic de maladie kystique et propose l'ablation de la glande; on refuse encore. Un an après, nouvel examen, Maunoury palpe le second sein et y trouve aussi des bosselures. » Ici la maladie kystique a duré trente-trois ans. Pourrait-on trouver tumeur à marche plus bénigne ?

Nous pourrions multiplier les exemples et vous citer un second fait de Monod, où la mamelle kystique avait quinze ans de date lorsqu'elle fut enlevée. On voit donc combien la marche est lente; combien peu elle est celle des néoplasmes malins. Aussi passons à un autre caractère invoqué par M. Phocas: la maladie kystique « récidive », nous dit-il. Erreur nouvelle, et nous ne connaissons pas un seul cas de

récidive. Nous avons vu, après une ablation incomplète de la glande, les kystes des segments respectés prendre tout à coup du développement, et nécessiter une opération nouvelle. Mais continuation du mal ne veut pas dire récidive. La méprise est trop évidente pour que nous ayons besoin d'insister, et, dans les vingt-neuf observations que notre élève Soulice rassemble maintenant, il n'y a pas un seul cas de récidive.

« Jamais, ajoute M. Phocas, la tumeur ne rétrograde, jamais elle ne disparaît spontanément. » Cette assertion est vraie en partie : j'ai vu souvent les mamelles kystiques diminuer de volume ; les tumeurs principales, parfois spontanément, parfois à la suite du repos ou sous l'influence de la compression, peuvent être moins tendues ; vous avez pu vous en convaincre sur l'une de nos malades de la salle Notre-Dame, et c'est parce que la compression avait rendu moins saillants les kystes les plus proéminents qu'une de nos clientes, vue par Nélaton, par Ricard et par Verneuil, a refusé l'extirpation de la mamelle et a regagné son pays. Par conséquent, la tumeur peut rétrograder ou du moins paraître rétrograder, mais il est exact de dire qu'elle ne disparaît pas spontanément.

Des assertions de M. Phocas, acceptons celle-là seule ; et dans le diagnostic différentiel qu'il nous trace, l'absence de guérison spontanée serait le seul point qui sépare les deux affections. Ce signe, d'ailleurs, aurait une importance majeure, et nous l'accepterions comme suffisant pour séparer sa maladie noueuse de notre maladie kystique. Mais encore faudrait-il que ce signe existât dans la maladie noueuse, et que notre contradicteur nous fournisse une observation, où la guérison, une guérison légitime et indiscutable, ait été obtenue. Or, j'ai lu avec soin sa lettre et sa thèse, et je n'ai point trouvé cette observation. Jugez-en plutôt.

Et d'abord je rejette les trois observations de « formes frustes », et nous ne savons pas à la vérité ce qu'elles viennent faire dans la maladie noueuse. Il s'agit de tumeurs unilatérales et solitaires, d'un noyau de mammite chronique. Il n'y a là ni nodosités, ni renflements, ni aspérités, ni aspect « grumeloté, ni sensation scléreuse ». Je rejette encore les observations XX, XXI, XXII et XXIII. La plus longue n'a pas dix lignes, et nous n'y voyons rien de précis sur la marche de l'affection. Restent quatre faits ; il en est un recueilli dans le service de M. Le Dentu, que j'écarte encore : non seulement l'affection est unilatérale, mais il n'y a dans la mamelle malade que deux tumeurs, l'une petite, et l'autre grosse ; ce ne sont point là les caractères de la maladie noueuse, et nous connaissons fort bien des mammites chroniques de cette forme et de cette évolution.

Nous voici donc avec trois faits seulement : deux recueillis dans le service de M. Trélat, et un dans celui de M. Tillaux. Dans ces trois cas l'affection est bilatérale, et les deux seins sont hérissés de granulations, de nodosités, de renflements de volume variable. Eh bien ! dans ces trois cas, qui, seuls, méritent vraiment le nom de maladie noueuse, l'affection a-t-elle disparu ? Une fois la malade dit bien qu'à une époque « l'état granuleux s'est dissipé » pour reparaître plus tard. Mais nous savons ce que valent les affirmations des malades. Nous voudrions que M. Phocas, à défaut de son chef de service, ait vu disparaître la tumeur. Or, il n'en est rien, et s'il l'a vu diminuer, s'affaisser, ce que nous admettons fort bien et ce qui se rencontre dans la maladie kystique, jamais, dans aucun des trois cas, ils n'ont vu les nodosités se résorber et la mamelle reprendre son aspect normal.

Voilà comment s'évanouit le diagnostic différentiel de M. Phocas, et comment je puis revenir à mon affirmation première. La maladie noueuse n'est autre que la maladie kystique non seulement débaptisée, mais amoindrie et châtrée de son anatomie pathologique, absente dans le mémoire de M. Phocas, qui n'a jamais pu étudier la lésion de sa prétendue maladie noueuse ; jamais même il n'a pratiqué une ponction aspiratrice, l'exploration la plus élémentaire de toute biopsie. Il ne sait donc pas, à cette heure, si ces nodosités sont solides ou liquides.

Et voyez combien cette exploration est nécessaire ! Vous trouverez dans la thèse de Brissé Saint-Macary une observation bien intéressante, car elle sort du service de mon distingué collègue M. Tillaux, dont M. Phocas a été l'interne. Une femme de quarante-neuf ans entre chez lui pour une tumeur de la mamelle gauche, la seule qui lui reste, car la mamelle droite a été amputée quatre ans auparavant. M. Tillaux croit à une mammite, et fait exercer une compression méthodique sur la tumeur, mais sans résultat : la malade meurt d'une pneumonie intercurrente. L'autopsie montre que « cette tumeur était constituée par une agglomération de kystes en nombre considérable, et de volume variable ; ces kystes étaient remplis d'un liquide citrin légèrement filant ». M. Tillaux, nous dit-on, croyait n'avoir jamais observé notre maladie, nous sommes heureux de lui rappeler ce fait de sa propre pratique.

Et M. Tillaux n'est pas le seul qui soit passé auprès d'une maladie kystique sans la reconnaître. Mon maître, M. Trélat, se rappelle quelques cas, où il a observé des nodosités bilatérales, remarquables par leur multiplicité ; mais cette bilatéralité et ce nombre même, lui faisaient croire à des fibromes, tumeurs bénignes qu'il n'opère pas. Or, ces fibromes sont si rares, leur bilatéralité est si exceptionnelle, la maladie kystique d'autre part est si fréquente, que je soupçonne fort, et que mon maître soupçonne avec moi, que ces fibromes pouvaient bien être des kystes multiples. A l'avenir la seringue de Pravaz établira le diagnostic, qui pourra être suspecté, tant que l'aiguille exploratrice n'aura pas déterminé si la tumeur est liquide ou solide, ce que la palpation est inhabile à démontrer.

Un dernier mot, car votre religion doit être suffisamment éclairée sur la réalité de la « maladie noueuse » et je n'ai pas besoin d'ajouter de preuves nouvelles pour vous convaincre que son existence est rien moins que démontrée. Vous avez vu que les trois seules observations qui se rapportaient au type tracé par M. Phocas, sont pour nous des maladies kystiques et que pas un signe, pas un caractère physique ou évolutif ne permet de distinguer l'une de l'autre. Mais une explication devient nécessaire et vous devez me demander pourquoi, puisque j'admets avec M. Phocas la bénignité de la maladie kystique, je ne me contente pas comme lui de l'abstention pure et simple?

Je ne le fais pas, parce que si, dans l'immense majorité des cas, la maladie kystique est une affection à évolution lente ; si on l'a vu rester stationnaire dix ans, vingt ans, ou trente ans ; s'il n'existe pas à cette heure un seul fait où l'on ait constaté la généralisation et l'envahissement ganglionnaire, il n'en est pas moins vrai que dans un cas sûrement, et peut-être dans trois cas sur vingt-neuf observations, la tumeur s'est transformée en squirre. Vous savez que la doctrine chirurgicale actuelle tend de plus en plus à ne pas laisser traîner dans les mamelles un néoplasme, fût-il réputé bénin, car, vers l'âge des cancers, tout foyer peut donner nais-

ance à une tumeur maligne. Il y a là une responsabilité que je ne veux encourir, et voilà pourquoi, avec des tempéraments que je vous ai exposés dans une autre clinique (1), j'adopte encore l'extirpation comme la règle la plus générale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Poincaré et Barrallier, récemment élus membres correspondants;

2° Une lettre de M. le docteur Boyaux (de Bricon) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (Accepté).

RAPPORT

Sur l'atmiomètre de Jacobelli. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit, sur cet instrument, un rapport dont la conclusion est ainsi conçue :

« Votre commission est unanime à reconnaître que l'appareil du professeur Jacobelli constitue un progrès réel sur tous les instruments jusqu'ici employés dans l'atmiométrie. Ce progrès résulte surtout de la précision que M. Jacobelli s'efforce d'introduire dans le dosage des médicaments que l'on fait inhaler au malade. Si cet instrument ne permet pas de résoudre tous les problèmes physiologiques que soulève l'atmiométrie, ses applications cliniques peuvent rendre des services.

Aussi votre commission vous propose-t-elle d'adresser des remerciements à M. le professeur Jacobelli et des encouragements à continuer ses intéressantes recherches. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

DISCUSSION SUR LE SURMENAGE SCOLAIRE

M. LAGNEAU revient avec insistance sur sa précédente argumentation, et lit, à l'appui, les lettres d'un commandant et de plusieurs autres qui croient, comme lui, aux dangers de l'application intellectuelle. Un de ses correspondants a pesé un certain nombre de lycéens entre les âges de onze et de quatorze ans, et un nombre égal d'enfants qui n'avaient suivi que les écoles primaires. La moyenne de taille de ces derniers dépassait celle des autres de 1 centimètre 1/2, le poids des enfants illettrés était supérieur de 1 kilogramme, et leur périmètre thoracique de 10 centimètres.

M. Lagneau relit, après cela, son premier rapport, à peine modifié, et la conclusion déjà lue dans la dernière séance, au nom de la commission.

M. PETER s'étonne que M. Féréol ait dit que le surmenage n'existe pas dans l'enseignement actuel. Il a signalé, et il le rappelle, les conséquences pathologiques du surmenage cérébral dans un milieu confiné. Il a insisté à dessein sur ce fait que les victimes scolaires n'étaient ni des dégénérés, ni des prédisposés; que, par conséquent, c'était bien là de la pathologie expérimentale faite sur des êtres humains.

Aux documents qu'il a déjà mis en œuvre, l'orateur demande la permission d'en ajouter d'autres, plus récents, qui viennent de lui être adressés, pour appuyer les arguments et les conclusions de son précédent discours.

Il donne lecture d'une lettre de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), correspondant de l'Académie, d'une lettre de M. le docteur Marais (de Honfleur) et enfin d'une lettre écrite par une des victimes de ce surmenage que l'on prétend nier. Ces trois lettres, que l'orateur a choisies parmi une foule d'autres, confirment de tous points les idées qu'il avait émises devant l'Académie.

A M. Marc Sée, qui nie les mauvais résultats du régime scolaire, n'ayant pas vu plus de malades à l'infirmerie des lycées en mai, juin et juillet que dans les autres mois, M. Peter répond, avec M. Hardy, que les genres de maladies ainsi produites ne se voient pas dans les lycées, mais dans les familles; on n'entre pas à l'infirmerie pour la céphalalgie ni pour l'impotence cérébrale.

On a dit, ajoute l'orateur, que la discussion s'égarait et que l'Académie n'avait pas mission pour discuter des programmes d'études. C'est là du pur formalisme.

En effet, puisque ce sont les programmes trop touffus qui causent le mal, nous devons les en accuser, et comme ceux qui les rédigent ne sont pas sans entrailles, avertis par nous, ils les réformeront. L'Académie aura atteint son but et elle ne sera pas sortie de la mission qui lui incombe.

L'encombrement dans les écoles est chose fatale pour beaucoup.

M. Peter est persuadé qu'il serait mort, si l'état de fortune de ses parents, quand il était enfant, leur eût permis de le faire entrer dans un internat. Il n'a jamais pu supporter plus de deux heures de suite le confinement dans un milieu mal aéré. L'aîné de ses fils, qu'il avait mis dans un lycée, comme externe surveillé, y a contracté au bout de six mois une fièvre typhoïde si grave, qu'il a failli en mourir. Depuis lors, il se borne à suivre les cours comme simple externe. Le second ne va pas au lycée : il est instruit à la maison par un précepteur. De cette façon, eux aussi, ils pourront échapper aux effets désastreux du système actuel.

Il ne faudrait pas supprimer de la conclusion à voter le mot surmenage. Le surmenage n'existe que trop et il constitue l'une des causes actives des maladies qui frappent la jeunesse. L'Académie a le droit de le dire et de demander qu'on y mette fin.

Ce qu'il faut demander au même titre et avec la même énergie c'est la réforme de l'hygiène; c'est l'installation des lycées d'internes à la campagne, avec parcs comme en Angleterre — mais pas comme dans les environs de Paris, avec des parcs trompe-l'œil, dont la vue réjouit l'esprit des parents, et qui ne servent en réalité qu'au directeur et à sa famille; des enfants abîmeraient ces arbres, les préaux sont assez bons pour eux.

« Ce que nous voulons, s'écrie l'orateur en terminant, c'est l'air pur dans les salles et le plein air dans les champs. Ce que nous voulons encore, c'est la diminution des heures de travail et l'*élagation* des programmes scolaires. Il ne faut pas qu'à la gehenne physique s'ajoute la gehenne morale : nos enfants n'ont pas mérité ces tortures. »

M. LUYS ne croit pas que l'on puisse accuser le surmenage cérébral des méfaits qu'on lui reproche. Ainsi, M. Peter en fait un facteur important dans la production de la phthisie. Or, s'il en était réellement ainsi, chez les individus atteints de la folie des grandeurs, par exemple, la phthisie devrait être extrêmement commune, puisque leurs cellules cérébrales, sous l'impulsion d'un mouvement congestif continuel, sont plus excitées, travaillent plus sans repos ni trêve, que les cellules cérébrales de ceux qui travaillent le plus intellectuellement. Or, sur 1086 aliénés, dont M. Luys a relevé les observations, six seulement ont été atteints de tuberculose pulmonaire. Et encore faut-il ajouter que, chez tous les six, le délire revêtait la forme dépressive, c'étaient tous des mélancoliques, que l'on était obligé de nourrir avec la sonde œsophagienne depuis longtemps, et par conséquent qui, graduellement, s'étaient affaiblis.

Le surmenage, en admettant qu'il soit poussé loin, n'aurait donc pas ce genre de conséquences. Mais est-il vrai qu'on surmène les enfants? M. Luys ne le croit pas. En effet, suivant lui, le cerveau est, de tous les organes, un de ceux qui acquièrent le plus tôt la totalité de leur volume et de leur puissance fonctionnelle. Sommering a dit que le cerveau d'un enfant de six ans pesait 1087 grammes et celui d'un adulte 1323 grammes, différence 236 grammes. Ce n'est pas beaucoup. M. Luys, dans le même ordre d'idées, fait passer, sous les yeux de ses collègues, le cerveau d'un jeune homme de seize ans et celui d'un adulte de trente-six ans, conservés l'un et l'autre par les mêmes procédés. Ils paraissent d'un volume égal.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 674.

Le cerveau de l'enfant est donc capable de travail, il faut le mettre en œuvre et se bien garder, sous prétexte de travaux forcés et de surmenage, d'en arriver à encourager la paresse native. M. Broca croyait que le cerveau des Parisiens, en particulier, es en progression constante, depuis des siècles, comme masse et comme volume. Ce serait une preuve évidente de l'influence de la culture intellectuelle progressive.

M. Luys insiste pourtant sur un point de grande importance. Les programmes d'études scolaires ne s'adressent qu'à des régions isolées du cerveau des enfants et des jeunes gens. C'est principalement à la mémoire et à l'imagination : et l'on sait combien, par la culture intensive, la mémoire est mise en activité.

C'est une manière de faire défectueuse, et qui offre de grands inconvénients pour l'exercice de l'instrument en général. Elle n'exerce en effet son activité que suivant une direction donnée, et l'esprit s'habitue passivement à recevoir par une sorte d'imbibition les impressions qu'on lui donne et qu'il retient pour les exprimer au dehors, machinalement, comme par une action réflexe inconsciente. Il en résulte que la personnalité consciente n'est pas partie prenante et que les opérations qui consistent à juger, à discerner, sont la plupart du temps laissées inactives. « Permettez-moi, ajoute M. Luys, à l'appui de cette opinion que je viens d'émettre sur l'autonomie et l'indépendance de la mémoire proprement dite par rapport aux opérations du jugement, de vous présenter le fait, très curieux, d'une jeune dame à laquelle je donne actuellement des soins et qui est douée d'une mémoire véritablement extraordinaire. Elle retient des pages entières de poésie, après les avoir lues une ou deux fois, et elle les récite comme une actrice avec des intonations appropriées. Et à côté de cela, elle est délirante, elle est incapable de raisonner juste sur sa situation, de se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle, et elle montre ainsi l'exemple d'une mémoire excessivement brillante et de la déraison concomitante. »

Les réformes à faire doivent donc avoir pour but de développer davantage l'intelligence et moins la mémoire. Quant au surmenage intellectuel proprement dit, il ne s'observe que chez les dégénérés, les fils de paralytiques généraux, etc.

M. JAVAL ne croit pas plus que M. Luys et que la grande majorité de l'Académie, ainsi qu'on a pu le constater à la dernière séance, alors que, les vacances n'étant pas commencées, on se trouvait encore en nombre — à la réalité des funestes effets que certaines personnes voudraient attribuer à l'application de l'intelligence.

Les céphalalgies sont fréquentes chez les jeunes gens, mais, sauf peut-être en cas d'hérédité morbide, elles ne se rattachent pas directement aux excès de travail. Depuis longtemps, M. Javal examine à ce point de vue un très grand nombre de jeunes gens, et il peut affirmer que la plupart du temps cette céphalalgie provient de quelque trouble de la vision. Une fois pourtant, après avoir examiné avec le plus grand soin les yeux de la fille d'un savant confrère, atteinte de céphalalgie, il s'étonna vivement de ne pas y trouver la cause du mal. Mais son étonnement cessa bientôt, quand il apprit que cette cause était la présence d'un ver solitaire.

Quant à la myopie qui serait due à des lectures trop prolongées, on en parle fort ; mais le fait est que ceux qui en parlent le plus, n'en ont pas la première idée.

Dans deux grandes institutions libres, M. Javal a suivi des enfants durant plusieurs années, les examinant avec soin à diverses reprises, afin de voir s'ils deviendraient myopes. Eh bien il n'en a rien été, et M. Javal s'est convaincu que la myopie par surmenage n'existait pas. Ce qui cause souvent cette affection, c'est le mauvais éclairage ou d'autres circonstances tout à fait distinctes des excès de lecture. Ainsi c'est un grief à rayer de la liste, et il en est de même de tous les autres. Le surmenage de l'intelligence, comme cause de maladie, est un rêve.

M. FÉRÉOL n'a jamais nié qu'il puisse y avoir, dans les écoles, des enfants surmenés ; mais c'est une exception, et souvent l'origine des maux qu'on attribue au surmenage est à chercher ailleurs. Les mauvaises habitudes, si fréquentes dans les collèges et dans toutes les pensions, jouent un rôle bien plus grand que le travail intellectuel dans tout ce qu'on voudrait rejeter sur celui-ci. Quant à la fièvre typhoïde, avec la théorie bacillaire on ne comprend pas comment le surmenage pourrait la donner.

M. PETER. Si, comme le suppose M. Javal, les céphalalgies des adolescents se rattachaient surtout à l'état de leurs yeux, elles ne les empêcheraient pas de suivre des leçons orales : de philosophie, par exemple. Or, un de mes correspondants se plaint de ne pouvoir le faire.

M. JAVAL. *Nego consequentiam.*

M. HÉRARD ne veut que répondre deux mots au dernier argument de M. Féréol. Cet orateur a dit que la fièvre typhoïde ne pourrait pas être causée par le surmenage s'il était prouvé que c'était une maladie bacillaire. C'est une erreur : on voit journellement des individus débilités devenir inaptes à se défendre contre l'invasion des microbes et contracter des maladies spécifiques et bacillaires auxquelles ils auraient résisté sans cela. Le surmenage pourrait donc agir comme cause de débilitation.

M. TRÉLAT avait proposé à la dernière séance, et l'immense majorité des membres nombreux alors présents avait paru se rallier à cette proposition, que la commission modifiât ou au moins scindât sa proposition. Or, en qualité de rapporteur, M. Lagneau a relu cette proposition, qui est maintenue identique. Il est impossible de la voter ainsi. Il est impossible que l'Académie se prononce contre le surmenage intellectuel et demande pour cette raison la refonte des programmes.

Un vœu de ce genre n'aurait aucun poids, car ce n'est pas là ce qui regarde l'Académie. Son devoir est d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur l'hygiène de la vie scolaire : l'installation des classes, leur durée, l'exercice nécessaire à donner aux enfants, la liberté de mouvements à leur laisser dans de grands espaces au moment des récréations, etc. Tout cela serait juste, pratique et appellerait l'attention. Mais la conclusion de la commission, précédée ou non du rapport de M. Lagneau, telle qu'elle est, doit être repoussée.

M. LE PRÉSIDENT. M. Trélat veut-il rédiger une contre-proposition pour la prochaine séance ?

M. TRÉLAT. Soit !

La clôture de la discussion générale est mise aux voix et adoptée.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ.

Grattage d'un abcès tuberculeux du médiastin antérieur, après résection de plus de la moitié du sternum et des portions voisines des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes côtes. — M. Le Dentu présente un homme de quarante-sept ans, entré à Saint-Louis, le 13 avril 1886, pour une arthrite fongueuse de l'articulation de la première avec la deuxième pièce du sternum, et qui est actuellement guéri après avoir subi l'opération suivante :

Comme il existait deux fistules en avant de l'articulation, M. Le Dentu réséqua avec la gouge et le maillet la moitié inférieure de la première pièce du sternum, les deux tiers supérieurs de la deuxième pièce, et latéralement cinq centimètres de chacune des deuxièmes côtes, quatre des troisièmes, trois des secondes. Les deux artères mammaires internes furent coupées et liées. Pour mettre à découvert le foyer de l'abcès, il fallut sectionner le périoste postérieur du sternum.

Après grattage des fongosités du foyer, dont il ne restait que la paroi postérieure, celle-ci se présentait sous l'aspect d'une membrane fibreuse lisse et assez ferme, sous laquelle se trouvaient immédiatement la veine cave supérieure, la crosse de l'aorte, la base du cœur.

La cicatrisation se fit par bourgeonnement de la membrane susdite. Elle fut lente ; mais au bout de six mois elle était complète.

A cinq heures et demie la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Étiologie de la fièvre typhoïde. — M. **FÉRÉOL** lit, au nom de M. Devalz, médecin aux Eaux-Bonnes, la relation d'une petite épidémie de fièvre typhoïde, qui semble démontrer que la propagation de cette affection ne se fait pas toujours par l'eau, mais qu'elle peut aussi, quelquefois, se faire par l'air inspiré.

Une dame de Paris, qui présentait déjà les premiers symptômes de la fièvre typhoïde, arrivait dans un hôtel situé dans la partie la plus élevée de la ville; quatre semaines après, elle était guérie. Trois des filles du propriétaire de l'hôtel furent atteintes de la même affection.

Avant l'arrivée de cette dame aux Eaux-Bonnes, on n'y avait constaté aucun cas de fièvre typhoïde et c'est bien elle qui l'a importée dans le pays. L'examen le plus attentif des faits a démontré que l'eau n'a été pour rien dans la propagation de la maladie.

Ces jeunes filles respiraient un air confiné, difficilement renouvelable, en rapport constant avec celui des cabinets dans lesquels étaient jetées des matières fécales typhiques, et l'on conçoit facilement que quelques germes aient pu être transportés par cet air vicié et être cause de cette petite épidémie de fièvre typhoïde. C'est du moins l'étiologie qui paraît la plus vraisemblable.

L'urobilinurie. — M. **HAYEM** fait une communication sur ce sujet. Lorsqu'on étudie le sérum du sang au point de vue de ses qualités optiques, on voit qu'il est facile d'y reconnaître, dans les maladies, diverses matières colorantes, dérivées du pigment sanguin, et parmi lesquelles l'urobiline paraît une des plus intéressantes.

C'est à l'aide du spectroscope de Dubosc que M. Hayem recherche l'urobiline dans le sérum du sang et dans l'urine. Il fait connaître en détails la technique de cette recherche, et passe ensuite à l'exposé des résultats cliniques.

L'urobilinurie peut n'être qu'un phénomène passager, ou bien se reproduire d'une façon intermittente avec plus ou moins de régularité, ou bien enfin se présenter d'une façon durable.

D'une intensité très variable, elle change à peine, lorsqu'elle est peu marquée, la coloration de l'urine; mais cette dernière est d'autant plus foncée, d'autant plus rouge, surtout à la lumière réfléchie, que l'urobiline est plus abondante : c'est alors l'urine hémaphéique de Gubler. Il semble, en effet, que l'urobiline soit le pigment le plus important de ceux auxquels Gubler donnait le nom de génésique d'hémaphéine.

Dans quelles circonstances pathologiques, dans quelles affections observe-t-on l'urobiline? Gubler et ses élèves l'ont très bien indiqué à propos de l'ictère hémaphéique. Parmi les maladies aiguës nous citerons le rhumatisme, la goutte aiguë, la pneumonie, plus rarement la pleurésie, l'embarras gastrique, les angines intenses et en particulier l'angine diphthérique, plus rarement encore la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, et enfin la fièvre intermittente où l'on trouve en général de l'urobilinurie après chaque accès; dans ces affections, elle est ordinairement passagère et existe sans ictère, excepté dans la pneumonie qui s'accompagne assez souvent d'ictère hémaphéique. Elle est constante dans les maladies du cœur, à la période d'asystolie, avec ou sans ictère, se rencontre fréquemment dans les intoxications (plomb, phosphore, alcool), dans toutes les maladies du foie et surtout les diverses variétés de cirrhose de l'encéphale (hémiplégie par hémorrhagie ou ramollissement) et dans diverses maladies chroniqnes (tuberculose, dyspepsie, diarrhée chronique et particulièrement celle des pays chauds, chlorose, anémie dite pernicieuse progressive, leucocythémie).

L'urobiline seule peut-elle produire l'ictère? M. Hayem ne le croit pas. L'urobiline possède, en effet, un pouvoir colorant assez faible, son accumulation dans le sang ne change pas sensiblement la coloration normale du sérum, elle peut exister dans le sang et dans l'urine en assez forte proportion sans que la peau et les muqueuses présentent la moindre coloration ictérique.

L'urobiline est-elle en rapport avec quelque lésion nécroscopique? Dans l'urobilinurie passagère, M. Hayem a ordinairement trouvé de la stase veineuse du foie et souvent aussi un léger catarrhe des voies biliaires; dans l'urobilinurie habituelle, persistante, le foie est toujours gravement altéré (cirrhose, cancer, dégénérescence graisseuse avec ou sans hypertrophie, etc.); dans tous les cas il y a une infiltration ou une dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique. Enfin la bile est peu abondante, plus ou moins muqueuse, en partie décolorée et chimiquement altérée.

Quelle est l'origine de l'urobiline et de l'urobilinurie? L'urobiline, comme tous les pigments normaux ou pathologiques, doit provenir de la matière colorante du sang, mais est-elle formée directement dans le sang, ou bien vient-elle indirectement?

Certains faits cliniques plaident en faveur du passage direct de l'urobiline des voies biliaires dans le sang.

L'urobiline peut-elle se former directement dans le sang par transformation de l'hémoglobine mise en liberté par destruction des globules? C'est un point sur lequel M. Hayem ne peut encore avoir d'opinion définitive et sur lequel il reviendra plus tard.

Quoi qu'il en soit, l'urobiline paraît être le pigment du foie torpide ou altéré.

Enfin, quelle peut être la valeur pronostique de l'urobilinurie? Lorsque c'est un phénomène passager, peu intense, il peut être lié simplement à des modifications temporaires de la sécrétion et de la circulation du foie et par suite le pronostic est peu grave. Mais lorsqu'il est permanent, en quelque sorte habituel, il indique une grave lésion viscérale, l'infiltration ou la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

La société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Rouffet, aide-médecin de la marine, démissionnaire, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 1er août 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Ilbert et Boullangier, aides-médecins, docteurs en médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances scolaires, du 1er août au 8 octobre 1887 inclus, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de une heure à trois heures. Pendant ce temps, M. le secrétaire de la Faculté recevra tous les mercredis de deux heures à trois heures.

— Les élèves docteurs en médecine de première année et les aspirants à l'officiat qui ont été ajournés au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, sont prévenus qu'ils peuvent se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai.

Les consignations pour tous les autres examens seront reçues les lundis et mardis à partir du 10 octobre prochain. Quelques séries d'examens pourront être constituées dans la dernière semaine d'octobre; toutefois le service des examens ne deviendra régulier qu'à partir du jeudi 3 novembre 1887.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Morelle, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chez des travaux pratiques de chimie.

M. Doumer, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

M. Demon, agrégé, est chargé, du 1er novembre au 31 décembre 1887, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

M. Tavernier est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Havrez est maintenu aide-préparateur à la même chaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Jeannel est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Girou, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1887-1888, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Schmitt, clinique des maladies syphilitiques et cutanées, et Simon, clinique des maladies des enfants.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Villiers-Moriamé, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de chimie analytique.

— M. Debierre, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire.

— Des concours s'ouvriront à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir :

Le lundi 3 octobre 1887, pour un emploi de chef de clinique médicale;

Le lundi 6 mars 1888, pour un emploi de chef de clinique médicale, pour deux emplois de chef de clinique chirurgicale et un emploi de chef de clinique obstétricale.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École, un mois avant l'ouverture des concours.

— Le jury du concours pour deux places d'internes à l'hôpital Saint-André de Bordeaux vient de désigner à l'administration pour remplir ces fonctions MM. Cheminade et Rougier.

— M. Henry Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Italie, pour y étudier l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie.

— M. le docteur Jegun a été élu, dimanche dernier, conseiller général du canton de Montréal (Gers).

— M. le docteur Thomas a été élu, le 31 juillet 1887, conseiller général du canton de la Suze (Sarthe).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Kirmisson, agrégé, remplaçant, pendant les vacances scolaires, M. le professeur Le Fort, commencera mardi prochain, 9 août 1887, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, son cours de clinique chirurgicale, et le continuera les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21506

11

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

57

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chroniques de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédalif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(**Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.**)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau e. Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

111

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris

11

LES CAPSULES DE ROUSSEAU
AU VALERIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris.

39

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.*

« Professeur BOUCHARDAT. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

85

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phics.

77

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* n° 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt: Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

46

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

910

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

51

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la **syphilis constitutionnelle**, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau*, *des muqueuses*, *articulations*, etc. Établissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon ADAM, 31, boulevard des Italiens, Paris

16

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phie

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

25

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop } créosotées.
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

49

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du Rempart.

N° 95. — SAMEDI 6 AOUT 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 6 AOUT 1887. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	6 mois : 16 fr.	1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

L'hystéro-traumatisme.

Par le Dr Paul BERBEZ

Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique, adjoint de la Faculté.

I

Un mot nouveau : l'hystéro-traumatisme, a, dans les deux années qui viennent de s'écouler, pénétré dans la nomenclature médicale. A quelle série de faits nouvellement mis en lumière s'adressait donc cette dénomination bizarre ? la nécessité d'un nouveau vocable s'imposait donc d'une façon absolue ?... Nous ne saurions nier qu'il en fût ainsi, et nous allons nous efforcer de prouver la légitimité d'un mot, mauvais évidemment à cause de son acception encore étroite, mal limitée, mais seul capable, jusqu'à maintenant du moins, d'exprimer la pensée des auteurs qui se sont occupés de la question.

Jusqu'à aujourd'hui on a, dans le vulgaire, englobé, sous le nom de *phénomènes hystériques*, une série de faits disparates, souvent contradictoires, paraissant obéir au seul hasard, et n'ayant comme lien commun que cette seule constatation, répétée il est vrai : l'absence de lésion anatomique. On comprend facilement la faveur qu'obtint cette dénomination commode, d'autant plus fréquemment employée qu'elle était plus vague et plus *élastique*. Quand les données habituelles du diagnostic rationnel et pour ainsi dire classique étaient en défaut, on disait : phénomène hystérique ou phénomène hystériforme. Cette formule satisfaisait les plus difficiles.

Grâce à M. le professeur Charcot, on n'est plus aussi accommodant que par le passé : les phénomènes hystériques ne doivent pas être abandonnés au hasard, ils doivent, comme tous les faits de la pathologie, obéir à des lois dont nous saisissons souvent fort mal l'application ; ils n'en sont pas pour cela moins réglés et moins semblables à eux-mêmes.

M. Charcot a fouillé dans ce grand terrain vague du nervosisme encore indéterminé, il a mis d'un côté la neurasthénie, terme atténué, et quelquefois phénomène initial des grandes déchéances nerveuses, de l'autre la grande hystérie, aujourd'hui établie sur des caractères tranchés ; il a montré combien les hystériques différaient des épileptiques même larvés en dressant la liste des stigmates hystériques.

Enfin, depuis tantôt trois ans, il vient de faire rentrer, dans la grande série des symptômes hystériques, des affections produites en apparence par le traumatisme au milieu de circonstances spéciales, dont il a mis en relief l'importance pathogénique, affections que connaissaient déjà certains chirurgiens et médecins, mais qui n'avaient encore été bien étudiées ni par les uns ni par les autres.

En somme, jusqu'à M. Charcot, l'hystéro-traumatisme, connu de quelques cliniciens, était ignoré du plus grand nombre des, médecins qui étaient tentés d'en rapporter les manifestations, soit à la supercherie, soit à des troubles mentaux confinant à l'aliénation. Il est évident que, compris comme il doit l'être, l'hystéro-traumatisme, appuyé sur des faits rigoureux, sur des symptômes aussi accusés que ceux de la pneumonie la plus franche, est l'effet d'un trouble mental. Le cerveau ne se relève pas intact à la suite du choc nerveux qui inhibe une ou plusieurs de ses parties ; mais, comme nous le disions plus haut, ces troubles ne sont pas abandonnés au hasard, et c'est à notre maître que revient l'honneur d'avoir réuni en corps de doctrine tous les faits épars, de les avoir soumis à une observation minutieuse, et de les avoir décrits comme des symptômes hystériques d'emblée.

La connaissance de l'hystérie masculine a singulièrement étendu la question. Depuis que l'on sait que les hommes peuvent, eux aussi, présenter les symptômes les plus accusés de cette névrose, on s'est habitué, grâce à la répétition fréquente des faits, à voir dans les services hospitaliers des paralysies, des contractures, des douleurs plus ou moins localisées, qui, quelques années auparavant, eussent singulièrement embarrassé les nosographes.

La manière dont se produisaient les accidents, était bien faite aussi pour égarer l'opinion des médecins. Qu'une femme bien convaincue de nervosisme hystérique, hémianesthésique ovarienne, eût un beau jour, à la suite d'un léger choc, une paralysie ou une contracture, cela n'étonnait plus depuis Briquet et surtout depuis les travaux de MM. Charcot et Richer. Mais qu'un homme indemne jusque-là de tout nervosisme antérieur, qu'un soldat, qu'un terrassier, qu'un forgeron fût atteint d'accidents pareils à ceux que présentent les femmes, voilà qui était bien fait pour jeter le trouble dans les esprits.

Une émotion violente aidée d'un traumatisme léger, une grande frayeur pouvait créer de toutes pièces un hystérique.

Les deux sexes devenaient égaux devant l'hystérie, si longtemps considérée comme l'apanage exclusif du sexe féminin. On devait se demander, après de pareilles constatations, si on ne se trouvait pas en présence d'un état nouveau créé par le choc cérébral. Pourquoi l'hystéro-traumatisme ne serait-il pas une entité, pourquoi le rattacher à l'hystérie plutôt qu'à l'épilepsie ? Ces hommes traumatisés ont des attaques, disent les Allemands, ils doivent forcément avoir le caractère mobile, un état cérébral spécial qui doit les rapprocher autant des aliénés (*lisez paranoïques*) que des hystériques, malades dont l'histoire pathologique ne paraît pas toujours très claire aux neuro-pathologistes d'outre-Rhin.

D'un autre côté on disait : le traumatisme que vous négligez est peut-être la vraie raison des paralysies et des contractures, et voilà la question ramenée sur le terrain chirurgical où elle n'a que faire. Il était donc indispensable d'étudier le sujet à fond, d'établir l'existence de points de repère, autrement dits stigmates, de rechercher la fréquence de ces signes révélateurs, enfin de se rendre un compte exact de la manière dont se produisaient les accidents, puis, en possession de la méthode d'investigation si puissante du professeur Charcot, d'étudier le phénomène en lui-même, dégagé de tout ce qui l'entoure, et d'y trouver une *constante* qui permette d'établir son individualité.

En termes aussi succincts et aussi clairs que possible, nous allons exposer ce qu'est l'hystéro-traumatisme.

II

Histoire de l'hystéro-traumatisme. — Nous serons bref sur ce sujet qui a du reste été exposé dans plusieurs monographies, nous voulons cependant prouver que, bien que la théorie n'en fût pas encore établie, des faits analogues à ceux que nous allons rapporter ont été observés par un grand nombre d'auteurs.

Des chirurgiens ont remarqué que, chez des sujets nerveux, après des réductions de luxation ou bien après un simple choc articulaire, on voyait se produire des troubles consistant en paralysies du mouvement et de la sensibilité, ou bien encore en raideurs plus ou moins douloureuses s'accompagnant parfois d'hyperesthésies cutanées.

Ces phénomènes étaient toujours plus ou moins limités à un membre ou un segment de membre, quelquefois aux muscles extenseurs ou aux muscles fléchisseurs de la jointure contusionnée. Ils disparaissaient seuls ou après quelques séances d'électrisation, et étaient communément rapportés à des lésions nerveuses périphériques.

C'est sir Brodie qui, le premier (1837), décrit les arthralgies douloureuses de la hanche et les rapporte à l'hystérie.

Abercrombie, Braid accusent l'élément psychique d'être la seule cause de ces accidents ; ce sont pour eux des troubles dépendant de l'idée, capables d'être produits par le traumatisme, mais pouvant très bien se produire seuls, ou sous l'influence d'une émotion.

Russel Reynolds, si nous nous en rapportons à ses conclusions, incrimine aussi l'idée, mais il fait des accidents psychiques qu'il a observés une maladie *sui generis* dont les manifestations ne peuvent être rapportées ni à l'aliénation mentale, ni à l'hypochondrie, *ni à l'hystérie*.

Il est évident que Reynolds n'a pas recherché les stigmates révélateurs de la névrose.

Weir Mitchell, dans son livre, décrit, au milieu de faits de lésions périphériques, des accidents qui ne peuvent être rapportés qu'à l'hystérie.

Erichsen, Page décrivent les accidents observés chez des malades soumis à des chocs violents sans lésions apparentes.

Oppenheim, Kalliefe insistent sur l'influence des émotions ressenties par les victimes des accidents de chemin de fer.

En France les travaux ne sont pas moins nombreux, médecins et chirurgiens ont observé des cas d'hystéro-traumatisme. Le nom lui-même est créé par M. Joffroy dans une des séances de la Société médicale des hôpitaux.

MM. Troisier, Rendu, Féréol, Terrillon rapportent des faits qui confirment la nouvelle doctrine. Enfin M. le professeur Charcot fait ses belles leçons sur l'hystérie traumatique et en établit magistralement la théorie.

Depuis, de nouveaux faits, observés à l'étranger, sont venus s'ajouter à ceux que nous avions déjà.

Burckart (Suisse romande, 1886), Dreschfeld (de Manchester), Lambroso publient des observations intéressantes de paralysies et de contractures hystéro-traumatiques.

Désormais la cause est entendue, l'hystéro-traumatisme pour tous les auteurs n'est plus qu'un nouvel aspect de l'hystérie : cette constatation simplifie les choses et fait qu'on n'est plus tenté d'en rapporter les manifestations à quelque névrose indéterminée.

III

Causes des accidents hystéro-traumatiques. — Le *sexe* est indifférent, cependant le sexe masculin, plus exposé que le sexe féminin au traumatisme, présente plus souvent que ce dernier des accidents de ce genre. Sur les vingt et un cas rapportés dans notre thèse inaugurale, nous avions quatorze hommes et sept femmes. Remarquons que, chez les hommes, les accidents hystéro-traumatiques sont plus durables, plus fixes que chez les femmes.

L'*âge* a son importance : presque tous nos malades étaient jeunes, l'âge moyen a été de vingt-cinq ans.

La *profession*, le *genre de vie* jouent un rôle effacé.

La *race juive* a paru plus souvent atteinte, toutes proportions gardées.

Les Anglais, quoi qu'ils en disent, sont, malgré le self-control dont ils sont si fiers, soumis aux accidents hystériques, les récents tremblements de terre de Nice l'ont prouvé surabondamment.

L'*hérédité* joue, là comme ailleurs, un rôle capital. Les prédisposés sont atteints les premiers, mais il est bon de savoir aussi qu'un homme indemne de tout nervosisme antérieur, fils de parents sans tare nerveuse, peut très bien devenir un hystérique après un traumatisme léger, pourvu toutefois que le choc nerveux ait lieu.

Quant à ce traumatisme d'où, d'après certains auteurs, devait venir tout le mal, il peut être tout ce qu'on peut imaginer dans ce genre : *coups*, *chutes*, coupures, brûlures, tamponnements. L'intensité peut varier. Remarquons seulement qu'au milieu des émotions violentes qui tendraient à tout paralyser, grâce à une sorte d'asthénie générale, le traumatisme agit comme agent localisateur. Si c'est un bras qui est atteint, si légèrement que ce soit, c'est ce bras qui se paralyse. Si, au contraire, le choc atteint la tête, le plus souvent c'est une hémiplégie qui se produit.

IV

Caractères des accidents hystéro-traumatiques. — Ces accidents consistent en paralysies flasques, paralysies avec contractures, contractures douloureuses ou arthralgies.

Ces trois sortes de manifestations ont les caractères communs suivants :

1° *La disposition segmentaire*, le rayonnement autour d'une ou de plusieurs articulations;

2° *La constance des troubles sensitifs* (anesthésies ou hyperesthésies);

3° *La fréquence des troubles trophiques* (atrophie musculaire, dégénérescences fibreuses des muscles);

4° *La production sous l'influence des mêmes causes;*

5° *La même durée habituelle;*

6° *La facilité à se remplacer l'une par l'autre;*

7° *La coexistence des mêmes stigmates hystériques.*

La paralysie flasque est la forme la plus fréquente des paralysies hystériques, éveillées par le traumatisme. Elle atteint, comme nous l'avons dit, un membre ou un segment de membre. Dans les deux ou trois jours qui suivent le choc, rarement d'une façon brusque, le mouvement et la sensibilité abandonnent le membre contusionné. Il semble que ce soit d'abord la sensibilité; le membre paraît engourdi, puis il devient lourd et présente bientôt le type de la paralysie flasque la plus complète que l'on puisse imaginer.

Tout mouvement est aboli; le bras, s'il s'agit d'un bras, pend inerte comme la manche d'habit d'un amputé. Les réflexes tendineux sont un peu diminués ou bien conservés. La contractilité électrique est absolument intacte; la résistance au passage du courant électrique est augmentée du fait de l'anesthésie.

La suppression de la motilité est accompagnée d'une disparition complète de la sensibilité cutanée et profonde. Le chaud, le froid, la piqûre, ne sont pas sentis; on peut tordre les jointures sans éveiller de douleur. Le sens musculaire est également aboli; le malade perd le membre anesthésié dans son lit, il ne peut le retrouver les yeux fermés.

Comme troubles trophiques, on note parfois un refroidissement ou un léger changement de coloration de la peau. Ajoutons à cela l'atrophie musculaire, récemment signalée par Babinski. Voilà quels sont les *caractères* les plus massifs de la paralysie flasque hystéro-traumatique. Sa *distribution* n'est pas moins intéressante.

Si c'est le poignet qui a été atteint par le traumatisme, on a une paralysie motrice qui amène l'impossibilité de fléchir, d'étendre ou de mouvoir latéralement la main.

Cette main, qui offre l'aspect d'une main de saturnin, est insensible dans son ensemble, et la limite de l'insensibilité est fournie par une ligne circulaire qui passe à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du poignet : au-dessus, sensibilité normale; au-dessous, anesthésie profonde et superficielle.

Que la jointure du coude soit prise, et l'avant-bras retombe paralysé complètement; l'anesthésie, dans ce cas, remonte jusqu'à la partie moyenne du bras environ.

Si l'épaule est atteinte, on a alors, en même temps que l'impuissance totale indiquée plus haut, une paralysie de la sensibilité, qui dessine ce que M. Charcot appelle le *gigot brachial*. L'insensibilité, dans ce cas, suit une ligne coupant la clavicule à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, le grand pectoral dans son tiers externe, traversant en diagonale le creux axillaire et allant rejoindre la clavicule, en suivant à peu près le bord axillaire de l'omoplate.

Le membre inférieur ayant son pendant philosophique dans le membre supérieur, on peut facilement se représenter les paralysies segmentaires ou totales de ce membre inférieur.

On comprend alors la fréquence de ces formes de paralysie :

Paralysies segmentaires;

Monoplégie totale du membre supérieur;

Monoplégie totale du membre inférieur;

Paraplégie;

Hémiplégie hystéro-traumatique.

Remarquons, dans la paralysie des membres inférieurs, la distribution de l'insensibilité.

La ligne limitant l'anesthésie suit le pli de l'aine, la crête iliaque, les attaches du grand fessier, le raphé périnéal, et regagne le pli de l'aine : c'est le gigot crural. Les organes génitaux sont toujours respectés.

Même quand un malade est atteint d'hémiplégie hystérique d'origine traumatique, avec anesthésie, on peut se convaincre de ce fait qu'il s'agit plutôt de deux monoplégies brachiale et crurale associées, que d'une véritable hémianesthésie. En effet, dans la bande de peau thoraco-abdominale qui sépare le bras de la cuisse, la sensibilité est plutôt diminuée que réellement abolie. La comparaison avec les zones signalées plus haut établit ce fait d'une façon indiscutable.

Voilà une paralysie bien particulière; les symptômes en sont massifs : abolition complète du mouvement et de la sensibilité, anesthésie déterminée sans aucun égard pour la distribution nerveuse, par une limite circulaire analogue, avons-nous dit, à une ligne d'amputation.

Abandonnée à elle-même, cette paralysie va rester dans le même état pendant des mois et des années; un jour elle disparaîtra comme elle est venue, c'est-à-dire en quelques jours, quelquefois brusquement.

Un des malades de M. Charcot a guéri brusquement de sa monoplégie brachiale, indigné qu'il était de voir l'individu avec qui il jouait aux cartes tricher ouvertement. Il put esquisser un soufflet de son bras, encore faible il est vrai; le lendemain, le mouvement était revenu.

Beaucoup de malades ont pu être guéris par suggestion.

Disons aussi que, de paralytique flasque, l'hystéro-traumatique peut très bien, dans des conditions déterminées, devenir un malade contracturé. Quelquefois on peut prévoir cette transformation de la paralysie flasque en paralysie rigide, par l'apparition de quelques phénomènes spasmodiques, tels qu'exaltation des réflexes, ou bien quelques secousses musculaires analogues à la trépidation épileptoïde des hémiplégiques, avec contracture.

La paralysie hystéro-traumatique avec contracture, que nous définirons, avec M. Richer : une impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle, sans modification notable des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire elle-même, malgré des différences considérables, appartient donc à la même série que la paralysie flasque. M. Charcot a l'habitude de les considérer comme les deux termes extrêmes d'une même série. La paralysie avec contracture est toujours précédée d'un affaiblissement musculaire de plus ou moins longue durée. La paralysie flasque, de son côté, peut, grâce à la diathèse de contracture, toujours en éveil, être transformée facilement en paralysie rigide.

Tout ce que nous venons de dire de la paralysie flasque peut être dit de la paralysie rigide. Même distribution de l'impotence : d'un côté, immobilisation d'une jointure par asthénie, de l'autre, immobilisation par tonus exagéré. Le trouble peut, dans l'un et dans l'autre cas, se limiter à une

ou deux jointures. Comme dans la forme que nous venons d'étudier, il y a de l'anesthésie limitée de la même manière.

Le type général de ces contractures est le type de flexion, comme cela se produit chez les hémiplégiques organiques. Quelquefois cependant les doigts se maintiennent dans l'extension. Au pied, attitude du pied-bot varus équin. Au genou, flexion à tous les degrés, extension plus rare.

Insistons ici sur le caractère spasmodique de la contracture; il est presque aussi difficile de diminuer la contracture que de l'exagérer. Les deux groupes de muscles antagonistes sont atteints, et c'est la prédominance du tonus dans l'un d'eux qui commande le sens de la déformation.

Les réactions électriques sont à peu près normales. Les troubles trophiques se rencontrent dans cette forme comme dans la forme flasque.

Arthralgies. — La paralysie avec contracture présente souvent un élément surajouté : *la douleur*. D'après Brodie, on a appelé cette nouvelle forme du nervosisme, affection douloureuse, locale, arthralgie, quand c'est de la jointure qu'a l'air de partir l'excitation douloureuse.

Ces douleurs locales, qui se produisent souvent sans cause appréciable, sont souvent causées par le traumatisme ; elles ont donc droit de cité dans cette revue.

La contracture douloureuse se lie d'une façon assez étroite aux deux formes que nous avons étudiées. Jusqu'ici l'élément douleur était nul ou placé tout à fait au second plan, cependant il perçait déjà dans certaines paralysies rigides; chez un malade de M. Charcot, on ne pouvait étendre les doigts sans éveiller de douleurs vives.

M. Terrillon, que sa position de chirurgien de Sainte-Barbe met à même de voir beaucoup de malades jeunes et plus ou moins nerveux, nous a parlé bien souvent d'enfants qui, à la suite d'un léger traumatisme, du coude par exemple, avaient une contracture qui durait plus ou moins longtemps et atteignait le plus souvent le biceps. C'est là l'esquisse de la contracture hystéro-traumatique douloureuse.

Si le traumatisme atteint un sujet plus disposé héréditairement à réaliser les troubles nerveux que nous décrivons, cette contracture issue du traumatisme, diffuse pour ainsi dire, tous les muscles avoisinant et faisant mouvoir l'articulation malade se mettent de la partie, et l'on a ces contractures douloureuses à point de départ articulaire, capables de simuler les affections organiques les plus graves.

Chacun connaît l'attitude d'un membre contracturé, nous devons insister seulement sur certains faits observés récemment, et dont M. Charcot a été le vulgarisateur le plus autorisé. Dans ces contractures, au lieu des anesthésies si bien limitées des paralysies flasques, nous avons des hyperesthésies distribuées à peu près comme les anesthésies : la peau devient douloureuse au frôlement, à la piqûre, au chaud et au froid. Les hyperesthésies limitées attestent l'identité de la cause qui provoque tous les faits de cet ordre : en hystéro-traumatisme les extrêmes se touchent, la distribution est la même, seuls les phénomènes changent d'aspect ; le cadre reste le même, mais dans ce cadre, dans ce moule uniforme se suivent, se substituent les symptômes les plus dissemblables.

Rappelons, en terminant ce chapitre, l'adjonction si précieuse des stigmates hystériques, la marche de l'affection, les rémissions, les guérisons subites et quasi-miraculeuses de certaines infirmités de ce genre.

V

Diagnostic. — Le diagnostic des accidents hystéro-traumatiques s'établit à l'aide de deux facteurs : d'un côté l'étude minutieuse du symptôme en litige, de l'autre la constatation de signes surajoutés qu'on appelle stigmates. Ces stigmates, tout le monde les connaît aujourd'hui, ils sont pris dans les phénomènes moteurs, sensitifs, psychiques. Disons de suite qu'ils manquent souvent, et qu'on n'a pour se guider que le symptôme lui-même. Disons aussi que les stigmates peuvent manquer au début des accidents et apparaître ensuite.

Quoi qu'il en soit, que le symptôme contesté soit une monoplégie, une paraplégie ou une contracture douloureuse, nous sommes sûr de trouver en lui les éléments du diagnostic. Les paralysies flasques hystéro-traumatiques se différencient par les caractères si tranchés que nous avons indiqués.

a. Des contusions simples qui laissent des traces, qui durent peu de temps ou durent en s'accompagnant de symptômes organiques positifs.

b. Des traumatismes des plexus nerveux, du plexus brachial, par exemple, qui présentent des changements de coloration de la peau, des douleurs spéciales, des anesthésies à distribution différente, la réaction de dégénérescence, l'abolition des réflexes, les troubles oculo-pupillaires de Miss Klumpke, la marche fatale des accidents, etc.

c. Des lésions cérébro-spinales.

Par l'âge du sujet, la manière dont se sont produits les phénomènes, les caractères de l'hémianesthésie organique, qui, rare, n'atteint pas le sens musculaire, touche peu les sens, et est en somme assez mobile ; la participation de la face qui ne se voit jamais dans l'hémiplégie hystérique, l'apparition plus ou moins rapide des signes de dégénérescence du faisceau pyramidal.

d. Des monoplégies d'origine centrale caractérisées par l'absence d'anesthésie.

e. Des paralysies consécutives aux maladies aiguës, des paralysies syphilitiques, rhumatismales, etc.

Les contractures hystéro-traumatiques, avec ou sans douleur, se différencient assez facilement des contractures par myosites qui surviennent après les traumatismes violents, des contractures ischémiques qui n'ont ni l'intensité, ni la durée des contractures hystériques. Les contractures par myosite de Volkmann, survenant sous les appareils à fracture, ne cèdent pas sous l'influence du chloroforme ; elles n'ont pas le caractère spasmodique ; elles s'accompagnent de réactions électriques modifiées par la production du tissu fibreux.

Les arthralgies hystéro-traumatiques proprement dites se distinguent des arthrites vraies :

Par la marche de la maladie, qui, consécutive à un traumatisme quelquefois insignifiant, se développe dans un temps assez court, et qui se termine par une guérison complète, quelquefois même assez rapide ;

Par la distribution de la douleur profonde et de l'hyperesthésie cutanée éveillée par le simple frôlement aussi bien que par les grands mouvements imprimés à la jointure malade ;

Par la résolution complète de la contracture dans le sommeil chloroformique ;

Par une série de symptômes objectifs, relatifs à l'attitude et à l'aspect physique du malade atteint.

En résumé, nous trouvons, dans le diagnostic des hystéries locales éveillées par le traumatisme, des nuances fort délicates. Nous croyons cependant qu'il est toujours possible, aidé qu'on est des stigmates et après une étude attentive du symptôme en lui-même, d'en faire le diagnostic.

VI

Pathogénie. — Il est bien difficile d'expliquer les phénomènes de dynamogénie et d'inhibition. Ce sont là des faits que l'on constate, dont on saisit parfois les relations, mais dont le terme ultime échappe toujours. Quoi qu'il en soit, nous dirons à propos de l'hystéro-traumatisme : un sujet hystérique avéré, un névropathe héréditaire, peut-être même tout individu placé dans des conditions déterminées d'épouvante et d'angoisse, peut réaliser toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme que nous venons de passer en revue.

Un sujet indemne de tout nervosisme antérieur peut, grâce à la frayeur aidée d'un traumatisme insignifiant, devenir hémiplégique, paraplégique, par suite de l'inhibition d'un centre fonctionnel, chargé de présider aux mouvements d'un ou plusieurs membres. On peut objecter que ce sujet, qui nous paraît sans tare nerveuse personnelle ou héréditaire n'est peut-être pas aussi indemne que nous le pensons au point de vue héréditaire. Il faut répondre à cela que nous ne devons pas faire en pathologie de lois de suspects et que, jusqu'à plus ample informé, tout homme sain placé dans des conditions spéciales, peut, grâce au choc nerveux, être mis dans la même catégorie que les hystériques hypnotiques. Tout sujet peut donc réaliser les symptômes hystéro-traumatiques, grâce à une double aptitude possédée depuis longtemps ou acquise soudainement : 1° *l'aptitude à la paralysie; 2° l'aptitude à la contracture.*

Chacun sait qu'une émotion violente paralyse les jambes. Nombre d'animaux sauvages paralysés par la frayeur, cessent de pouvoir fuir. Mosso raconte dans son livre : *La Peur*, que, dans les chasses au tigre, il n'est pas rare de voir les chevaux tomber de frayeur et ne plus pouvoir se relever. Leyden cite des faits analogues. M. Luys a décrit les paralysies émotives, souvent plus intenses d'aspect que les paralysies organiques. L'appareil locomoteur, les organes qui doivent exécuter les mouvements sont indemnes, c'est l'incitation volontaire qui manque, le centre supérieur est frappé d'inhibition. L'être a perdu son *mental power*, comme disent les Anglais; la volonté devient impuissante à remettre les rouages en mouvement.

Les locutions populaires : Je ne sentais plus mes jambes, mes jambes pliaient sous moi, je n'avais plus de jambes..... rendent bien, comme esquisse, les phénomènes de l'hystéro-traumatisme qui porte, lui, au summum ces idées de manque ou d'absence d'un ou de plusieurs membres.

D'un autre côté, les hystériques ou les gens qui le sont devenus à la suite de grands chocs nerveux moraux ou physiques, ces hystériques, disons-nous, ont la singulière facilité de se contracturer en frappant leurs muscles, en les comprimant ou tout simplement en tirant sur un pied ou une main par exemple. Nous avons étudié cette diathèse de contracture spéciale aux hystériques dans le *Progrès médical* de 1886 (p. 835). Les malades ignorent souvent qu'ils la possèdent et ils sont tout étonnés, quand, après avoir lancé une pierre par exemple, ils voient leur bras demeurer raide. Le même phénomène se produit quand le bras a été serré dans une ligature. On comprend alors qu'un appareil à fracture ou même un simple appareil inamovible appliqué pour une entorse, amène en peu de temps une contracture du pied ou du poignet.

Nous avons vu combien singulière était la distribution des paralysies hystéro-traumatiques que nous fournit assez souvent la clinique. Cette singularité se retrouve absolument chez les hystériques hypnotiques. Un coup léger sur le poignet paralyse, du mouvement et de la sensibilité, le segment du poignet. Un coup sur l'épaule paralyse tout le membre supérieur et réalise absolument la paralysie hystéro-traumatique. Par suggestion on arrive tout à fait aux mêmes résultats. Grâce à ce moyen on peut même se rendre compte de l'indépendance absolue des différents segments de membre entre eux; c'est ainsi qu'on paralyse des segments de l'épaule et du poignet en laissant libre le segment dont l'articulation du coude est le centre. Une fois de plus on voit donc bien que la distribution de cette paralysie n'a rien à voir avec la distribution nerveuse.

Qu'est-ce donc que cette facilité qu'a le cerveau et, pour être plus précis, l'écorce cérébrale, théâtre des opérations psychiques, à se laisser inhiber par un choc reçu à la périphérie? Pourquoi la moelle répond-elle par une contracture à une excitation de la peau ou un pétrissement du muscle?

A quelle bizarre géographie correspond donc ce morcellement segmentaire de tout le corps?

Voici, d'après M. le professeur Charcot, comment on peut expliquer les choses : dès que l'enfant se sert de ses membres, d'une façon instinctive et sans que la volonté ou plutôt le contrôle intelligent paraisse s'exercer, il se développe une sorte de rouleau d'orgue, intéressant en avant le centre moteur, en arrière le centre sensitif (encore à trouver du reste), et associant ces deux centres d'une façon étroite. Quand l'intelligence et la volonté se sont développées dans un âge plus avancé, elles se trouvent en présence d'un organisme à caractère automatique exercé déjà et capable d'obéir aux incitations intelligentes, comme il obéissait naguère aux seules excitations réflexes ou inconscientes.

C'est ce mécanisme si délicat qui va être atteint : une lésion dynamique inaccessible à nos moyens d'investigation va se produire et la suppression pure et simple du rouleau dévolu au bras, à la jambe, ou plus encore à un simple segment de membre, suivra fatalement.

Il semble, en effet, y avoir un centre fonctionnel pour chaque jointure. Il y a aussi des centres bien curieux, tels que ceux de la marche, de la natation, du saut, etc., qui peuvent être détruits, *détraqués*, si j'ose parler ainsi, séparément.

Or, ces centres peuvent être inhibés de deux manières différentes en apparence, identiques dans le fond; qu'on en juge plutôt. On paralyse par suggestion, chez une hypnotique, le membre supérieur droit. Aussitôt tous les signes de la paralysie hystérique se révèlent. D'un autre côté on amène un homme, qui, au milieu de circonstances plus ou moins dramatiques, est tombé sur l'épaule et a une paralysie en tout semblable à la paralysie de l'hypnotique. Nous expliquerons ce fait en disant :

Dans le premier cas, agissant sur un cerveau à perception troublée, on a fait naître l'idée d'impuissance et la paralysie s'est produite.

Dans le second cas, le cerveau vidé de toute sensation antérieure, par suite de l'effroi, a centuplé l'importance du choc reçu sur l'épaule et a interrompu le jeu du rouleau dévolu au membre en question.

Donc, dans le premier cas, suggestion venue d'autrui (*voie cérébrale*), dans le second, suggestion venue du sujet lui-même (*voie périphérique*), auto-suggestion.

Un homme, un ouvrier, traînant une petite charrette à bras, est renversé par une grosse voiture. Il a le temps de voir arriver le danger, mais il lui est impossible de se garer à temps, il éprouve une frayeur épouvantable et perd connaissance, quand il est renversé et jeté sur le sol. Le choc physique est peu de choses, la charrette à bras n'est pas brisée, l'ouvrier lui-même n'a pas même de plaie, c'est à peine si le heurt des brancards de sa voiture lui a fait une légère ecchymose à la partie antérieure des cuisses, il peut gagner à pied l'hôpital le plus voisin, distant cependant de 2 ou 3 kilomètres. Mais il est sous le coup du choc nerveux, il n'est pas *remis* de sa frayeur, il est faible, anxieux, une fois à l'hôpital, il va rêver toutes les nuits, revoir la scène terrible de l'accident, il va crier : « Arrêtez le cheval. — Je suis écrasé. » Peu à peu cette idée erronée d'absence des jambes s'installe, les jambes s'engourdissent, l'anesthésie dessine un double gigot crural et vingt-quatre heures après l'accident, la paralysie sensitive et motrice est complète.

Depuis le malade a eu des attaques, du rétrécissement du champ visuel, il s'est produit des zones hystérogènes.

Voilà donc les résultats de ce choc nerveux, que l'on peut voir chez un homme qui s'est tiré un coup de revolver et n'a fait que s'effleurer la peau, chez tous les gens traumatisés au milieu d'un appareil imposant. On le connaît, ce choc nerveux, ce n'est pas la stupeur locale de M. le professeur Verneuil. C'est le *nervous shok* des Anglais, le *localen shock* des Allemands, il vide le cerveau des faits qui le meublaient au moment de l'accident, il produit une amnésie qui remonte assez haut dans le passé. On comprend alors quel chemin fait l'idée fausse que produit le choc, le malade a un multiplicateur dans le sensorium, une chiquenaude fait l'effet d'un coup de massue. Comme chez tout le monde le traumatisme éveille l'idée d'absence du membre, on ne sent plus le bras contusionné ; chez l'homme sain, l'intelligence redresse bien vite cette erreur, mais chez l'hystéro-traumatique l'idée réalise bien vite la paralysie.

Pour que cette paralysie se produise, il ne faut donc pas absolument que le choc soit violent, il suffit que le malade se figure qu'il est tel.

La paralysie rigide, douloureuse ou non, a, comme nous l'avons déjà dit, sa raison d'être dans cette propriété bizarre que possèdent seuls certains sujets nerveux : *la diathèse de contracture*. Cette aptitude curieuse à se contracturer répond à deux types : d'une part, la contracture dont le point de départ est profond (c'est celle qui s'obtient par le massage, la percussion, la traction sur les masses musculaires ou les tendons); le second type comprend la contracture à point de départ superficiel ou cutané. C'est la contracture qui est consécutive aux brûlures, aux coupures, aux altérations cutanées en général. Ces deux types se rencontrent dans l'hypnotisme et correspondent à deux phases du sommeil hypnotique.

Leur différenciation n'est pas arbitraire, car M. le professeur Charcot en a fait un des signes distinctifs des deux phases de l'hypnotisme, la léthargie (contracture profonde), le somnambulisme (contracture à point de départ superficiel). Sans entrer dans de grands détails sur ce sujet, nous dirons que la première contracture a surtout sa cause dans la moelle sans participation cérébrale, la seconde au contraire exige l'intervention du cerveau.

Cette distinction a son importance : prise jeune, la contracture léthargique peut être guérie par le massage direct des masses musculaires antagonistes. La contracture somnambulique, au contraire, née à la suite d'excitations cutanées, ne peut être guérie que par les moyens que j'appellerais volontiers cérébraux, c'est-à-dire la suggestion, la persuasion si l'on veut. Dans l'un et l'autre cas, la moelle est en jeu. Mais dans le premier cas (contracture léthargique), on a mis en éveil l'excitabilité spinale, sans que le cerveau en ait conscience ; dans le deuxième cas, c'est du cerveau même qu'est venue l'incitation motrice qui a mis la moelle en émoi.

Toutes subtiles que soient ces différences, on les doit mettre en lumière, car elles ont dans l'espèce une importance considérable.

Les arthralgies ne sont que des contractures dont le point de départ est une névralgie articulaire ; elles n'offrent pas lieu à des discussions aussi intéressantes que les manifestations que nous venons de passer en revue.

VII

Pronostic et traitement. — L'hystéro-traumatisme peut donc maintenant être considéré comme une des portes d'entrée fréquentes de l'hystérie commune ou hystérie à stigmates. Le sujet traumatisé dans des conditions déterminées ne tarde pas à être un hystérique vulgaire, mais il paraît pendant un certain temps incuber la névrose complète dans une sorte d'état intermédiaire, qu'éveille le traumatisme. Le choc nerveux a mis en germe chez lui tout ce qui doit constituer plus tard un nerveux hystérique avec attaques et stigmates probants.

Quelle est maintenant la gravité de cet état prémonitoire? Doit-il aboutir fatalement à la grande hystérie?

Rappelons un fait tiré de la mécanique, si l'on veut, de l'horlogerie : il est parfois très difficile de réparer un mécanisme abandonné depuis longtemps à un fonctionnement troublé.

Il en est de même pour l'hystéro-traumatisme. Une paralysie flasque, une paralysie rigide peuvent durer indéfiniment. La contracture, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, peut amener des troubles trophiques, des productions fibreuses, intra et extra-musculaires, qui, l'élément spasmodique disparu, créeront, grâce aux attitudes vicieuses, longtemps prolongées, des infirmités auxquelles la chirurgie pourra seule remédier. On s'aperçoit de la disparition de l'élément spasmodique et de la production de brides fibreuses ou de dégénérescences fibreuses des muscles, à la facilité relative qu'on a d'exagérer ou de diminuer l'attitude vicieuse et à ce fait important que le sommeil chloroformique n'amène plus, comme autrefois, le redressement du segment de membre.

Il faut donc, autant qu'on le peut, attaquer les contractures pour ainsi dire *à l'état naissant*, s'abstenir des redressements violents et intempestifs qui irritent la moelle, mettre de côté tous les appareils contentifs, etc. Le repos imposé au malade, le massage sans fatigue des muscles antagonistes, l'hydrothérapie, tels sont les moyens auxquels on devra avoir recours.

Le même traitement sera appliqué aux paralysies flasques que l'on attaquera encore par l'électricité, la flagellation du crâne, la suggestion ; on répétera et on cherchera à faire répéter au patient les mouvements que l'on esquissera devant lui et qu'on lui fera faire du côté resté sain. La vue du mouvement pourra rappeler au malade la répétition mentale de ce mouvement.

Il s'agit de maladies *de l'idée*, c'est à l'idée qu'il faut s'adresser. Comme très souvent ces accidents nerveux sont liés à l'anémie, un régime tonique sera indiqué. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas trop s'avancer que de considérer leur pronostic comme infiniment moins grave que celui des affections organiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe (choix) : Linarès, en remplacement de M. Blavot, décédé ; maintenu en mission au Maroc;

(Ancienneté) : Dubois, en remplacement de M. de Bourilhon, retraité; désigné pour le 1er d'infanterie;

(Choix) : Brisset, en remplacement de M. Malaval, retraité; désigné pour le 128e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe (choix) : Courtois, en remplacement de M. Blot, décédé; désigné pour le 90e d'infanterie;

Premier tour (ancienneté) : Uffoltz, en remplacement de M. Linarès, promu; maintenu aux hôpitaux de la division du Tonkin et de l'Annam;

Deuxième tour (ancienneté) : Coindreau, en remplacement de M. Dubois, promu; désigné pour le 138e d'infanterie;

(Choix) : Strœbel, en remplacement de M. Brisset, promu; désigné pour le 137e d'infanterie.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Rietsch, suppléant des chaires de physique et de chimie, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Rousset, décédé.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Buffet-Delmas, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Lachaize, appelé à d'autres fonctions.

M. Lachaize, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie vacante par suite du décès de M. Delaunay.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21511

N° 96. — MARDI 9 AOUT 1887. 60e ANNÉE MARDI 9 AOUT 1887. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Viol et attentat à la pudeur : définition; statistique; étude de la victime et du coupable en général.

Il semble, en abordant l'étude du viol et de l'attentat à la pudeur, qu'on va assister à une lutte entre un jeune homme puissant et vigoureux et une belle et attrayante jeune fille. Eh! bien, c'est l'inverse qui a lieu. Vous croyiez arriver enfin à des actes physiologiques et nous ne sortons pas des irrégularités et des déviations pathologiques. Car, nous nous trouverons presque toujours, d'une part en présence d'un mâle affaibli, alcoolique, vieillard, etc., d'autre part, d'une fille petite, scrofuleuse, laide et sale.

Les crimes de viol et d'attentat à la pudeur sont visés par les articles 331, 332, 333 et 334 du code pénal.

Nous n'avons pas à intervenir sur la détermination de l'âge de l'enfant, mais nous avons seulement à répondre à cette question : y a-t-il eu, n'y a-t-il pas eu viol? Et d'abord, sachez bien que le mot viol ne doit pas être interprété comme traduisant une attaque brutale et violente. Presque jamais, ce n'est cela. Avant d'aller plus loin, il importe donc de définir ce qu'on doit entendre par viol, ce qu'on doit entendre par attentat à la pudeur.

Le viol est l'intromission de la verge dans le canal du vagin, sans le libre consentement de la femme qui la subit, qu'elle soit vierge ou non. Car, il a été jugé qu'un individu, qui avait forcé au coït une femme dans une maison publique, était coupable du crime de viol.

L'attentat à la pudeur est toute manœuvre impudique pratiquée sur les organes génitaux sans intromission. Nous avons déjà vu que ce mot comprenait aussi tous les actes lubriques commis devant témoins, malgré eux. Les attentats à la pudeur se commettent ordinairement entre personnes de sexes opposés, mais souvent aussi entre personnes de même sexe, avec ou sans violence.

Qu'est-ce que nous devons entendre par violence? D'abord, la violence proprement dite, violence physique qui consiste dans le terrassement de la victime. Mais en dehors de cette condition, tous les attentats accomplis sur des enfants au-dessous de treize ans sont assimilés à des attentats avec violence. D'autre part, la violence peut résulter d'une surprise et de l'impossibilité pour la femme de se défendre et de témoigner son consentement ou son refus. Rentre dans ce cas, cet individu qui, s'étant introduit chez la femme d'un mécanicien du chemin de fer, pendant son sommeil et en l'absence de son mari, profita de ce qu'elle crut avoir affaire à son mari pour accomplir sur elle le coït. Y rentrent encore ceux qui auraient recours à un sommeil anesthésique ou à un sommeil provoqué. Et, avec la vulgarisation toujours croissante des phénomènes d'hypnotisme et de suggestion, ces derniers faits peuvent devenir de plus en plus fréquents. Aussi, un certain nombre de médecins se sont demandé s'il n'y avait pas lieu d'ajouter au code un chapitre sur cette matière, comme on l'a fait déjà en Autriche et en Italie. Les magistrats ont répondu que c'était inutile, puisque les faits de ce genre rentraient tout naturellement dans des cas déjà prévus.

D'autre part, M. Fournier, dans une communication à l'Académie de médecine, sur la *simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants* (1), a émis cette opinion que tous les actes de cette nature devraient être assimilés au viol, la défloration morale pouvant être considérée comme aussi grave que la défloration physique. Mais nous sommes ici en présence d'une tradition qui remonte jusqu'aux Romains, à savoir que le viol est constitué par le fait de l'intromission, et il me paraît impossible de faire modifier là-dessus la théorie du code.

Autrefois, l'éjaculation était considérée comme une circonstance aggravante et l'expert avait à rechercher si elle avait eu lieu. Aujourd'hui, en Angleterre même, où il a persisté le plus longtemps, cet usage a complètement disparu.

Voyons maintenant dans quelles conditions s'accomplit le crime d'attentat à la pudeur et de viol.

Un premier point à noter, c'est son extrême fréquence. Ici, nous n'avons pas à être très fiers de notre époque, devant la statistique du ministère de la justice. En effet, tandis que les crimes contre les personnes en général ont diminué de un cinquième, depuis 1840, les crimes contre les mœurs ont augmenté dans des proportions considérables et je dois dire que l'importation étrangère semble y avoir contribué, car, où on trouvait autrefois deux étrangers dans la statis-

(1) Séance de l'Académie de médecine, 26 octobre 1880.

tique des attentats à la pudeur, on en trouve maintenant vingt. Je n'en tire du reste aucune conclusion, car le plus souvent c'est la lie de la société qui s'expatrie et les Français fournissent peut-être dans les autres pays le même contingent.

Je mets sous vos yeux le tableau comparatif du nombre des attentats à la pudeur de 1826 à 1880.

		Attentats sur des adultes.	Attentats sur des enfants au-dessous de 16 ans.
De 1826	à 1830	166	169
1830	1840	167	202
1840	1850	212	395
1850	1860	229	655
1860	1870	183	760
1870	1880	133	768

Vous voyez que, dans les dernières années, il y a eu six fois plus d'attentats commis sur les enfants que sur les adultes.

Il y a aussi des différences de chiffres tout à fait extraordinaires et incompréhensibles relativement aux saisons, dans les attentats à la pudeur. Voici ce que donne la statistique : de mai à juillet, 300; d'août à octobre, 200; de février à avril, 170; et dans les autres mois, 140.

C'est à la fin de mai que les viols sont le plus nombreux. Je sais bien qu'on pourrait faire intervenir à ce moment l'influence de ce qu'on appelle la montée de la sève, mais cela n'explique guère pourquoi les crimes sur les personnes en général sont aussi deux fois plus fréquents du 20 mars au mois de septembre et pourquoi, surtout, il y a deux fois plus de suicides en mai qu'en décembre. Il semble, au contraire, que la misère plus noire en hiver devrait pousser davantage au crime. Et ces proportions sont les mêmes dans tous les pays.

Mais ce qui change d'après les pays, c'est le chiffre général des crimes contre les mœurs. Ils sont très rares dans le plateau central. Ils sont au contraire très communs dans les départements de la Seine, du Finistère, du Morbihan, des Hautes-Alpes. Et, entre ces départements, il y a des différences curieuses au point de vue du nombre comparatif des attentats sur les adultes et sur les enfants. Dans la Seine, on trouve, parmi les victimes, 6 adultes contre 98 enfants; dans le Morbihan, 6 contre 8; dans les Hautes-Alpes, 8 contre 13. Il semble que ces chiffres s'expliquent dans les départements industriels et les cités ouvrières; pourtant si on fait la comparaison des attentats entre la population urbaine et la population rurale, on trouve presque le même chiffre. Cependant, retenez bien que, lorsque la femme n'est pas seulement ménagère mais va à l'atelier et laisse ses enfants à de vieux éclopés qui ne peuvent plus travailler, elle les laisse entre des mains dangereuses.

La victime est ordinairement une créature faible et sans défense. Tardieu fournit les chiffres suivants : enfants ayant moins de 13 ans, 435; enfants de 13 à 15 ans, 90; jeunes filles de 15 à 20, 84; femmes ayant plus de 20 ans, 9, et, parmi ces 9, sont comprises 5 femmes ayant plus de 50 ans.

Le docteur Brady (de Londres) cite le cas d'une petite fille déflorée à 11 mois; Tardieu en cite une à 2 ans et l'autre à 18 mois, et, moi-même j'en ai vu une qui avait été déflorée à 11 mois. Il est évident que toutes ces déflorations avaient été faites avec l'ongle, le vagin permettant à peine, à cet âge, l'entrée d'une plume d'oie.

Quand on examine l'ensemble des victimes, on les voit presque toutes frappées d'un arrêt de développement, souvent par la scrofule. Ce sont des filles rabougries, quelquefois avec des taies sur l'œil ou une blépharite ignoble, quelquefois sourdes, etc. Lorsque vous ferez des enquêtes, je vous engage à mettre en marge de vos rapports : « La petite fille a l'air — n'a pas l'air intelligent » et sur une cinquantaine, vous vous apercevrez plus tard que vous en aurez rencontré sept ou huit intelligentes, et toutes les autres à moitié idiotes et d'une saleté révoltante. En sorte que nous pouvons dire d'une façon générale, que, dans cette catégorie de filles, le niveau intellectuel est très abaissé.

J'ai fait une enquête au sujet de la fille d'un horloger du centre de Paris, qui avait quinze ans, mais qui en paraissait vingt et que son père avait l'habitude d'emmener avec lui dans un cabaret où il allait faire sa partie après déjeuner. Un de ses partenaires emmena un jour cette fille avec lui sous prétexte de l'abriter sous son parapluie. Elle rentra chez son père quarante-huit heures après, ne paraissant pas se douter de ce qu'elle s'était laissé faire et raconta les choses brutalement, sans aucune pudeur et sans aucun remords. Il y a là une lacune intellectuelle évidente.

Le coupable n'est pas non plus généralement un adulte vigoureux, mais un individu à l'une des deux extrémités de la vie, jeune homme ou vieillard. Voici une statistique : de 15 à 20 ans, 101; de 20 à 30 ans, 113; de 50 à 60, 152; après 60 ans, 214. Ces chiffres sont pris sur une moyenne d'un million d'individus à chaque âge.

On peut séparer les coupables en deux groupes : les coupables accidentels et les coupables habituels. Parmi les premiers, remarquez surtout les idiots, certains épileptiques, les alcooliques, qui, souvent, n'ont plus aucune notion du bien et du mal, enfin les vieillards, et, parmi ces derniers, fait étrange, beaucoup de jardiniers. Ils attirent les petites filles avec des fleurs et ils font ce qu'ils peuvent. Ordinairement, on ne leur arrache que des demi-aveux. Je me souviens d'un inculpé des environs de Paris qui racontait qu'il se frottait la barbe contre les fesses des petites filles, pour les faire rire. Ce sont des individus qui entrent dans la démence.

Avec les coupables habituels, nous arrivons à un groupe pour lequel l'enquête doit être plus sévère, car on trouve le plus souvent un ensemble de faits patents et graves à la charge de l'inculpé. Il arrive que des attentats soient commis par le père sur sa fille ou sur ses filles, ordinairement quand il est veuf, et c'est pourquoi Lorain avait demandé que le père ne pût pas vivre seul avec ses filles après la mort de la mère. Alors, la fille remplace la mère dans le lit conjugal et elle n'ose rien dire au dehors, maintenue tantôt par la terreur du père qui la menace de la tuer si elle parle, tantôt même par un sentiment affectueux. Quelquefois, ces incestes sont dévoilés lorsque surgit un nouvel amoureux qui fait renoncer la fille à son père. S'ils entraînent une grossesse, le produit peut être intéressant au point de vue anthropologique : généralement, ce sont des enfants qui ne vivent pas et meurent à la suite d'accidents épileptiformes et convulsifs, ou qui vivent idiots.

En seconde ligne, se trouvent les attentats du père sur sa fille, du vivant de la mère et parfois presque de son consentement. J'ai eu une expertise à faire chez un blanchisseur de Boulogne, qui entretenait un singulier ménage. Comme il avait rendu sa fille enceinte, on avait fait venir une sage-femme pour pratiquer l'avortement. Une fois l'opération faite, le père tout content prend la sage-femme devant sa

fille et sa femme et, sans désemparer, accomplit sur elle le coït. Or, ce fut sa fille qui, par dépit amoureux, le dénonça à la justice.

Après le père, viennent les frères, oncles, petits cousins, vous savez même que ces derniers ont une certaine réputation. Puis, en dehors de la famille, dans les ateliers, les ouvriers et les contre-maîtres qui seront toujours la plaie morale de l'apprentissage, puis les voisins, les instituteurs laïques et congréganistes : il y a de la part des maîtres une autorité qui influe vraiment sur les enfants, et, parmi ceux-ci, une sorte d'émulation; c'est à qui sera le favori du maître. De la part des domestiques, la séduction est souvent une affaire de calcul. On a vu des rois épouser des bergères : les domestiques espèrent toujours épouser la fille de la maison (affaire Lemoine, de Chinon).

Enfin, il faut nommer les médecins qui ont une autorité temporaire sur leurs clientes et qui ne sont qu'indirectement visés dans le code. Il y a un an ou deux, une affaire a été jugée, dans laquelle un médecin avait eu des relations avec une jeune fille dans son cabinet. Eh! bien, indépendamment de l'acte qui lui était reproché, ce médecin avait eu le tort grave de négliger cette règle médicale : « Il ne faut jamais laisser entrer dans son cabinet une jeune fille qui se présente seule, et, j'ajouterai même, une jeune femme qu'on doit examiner au spéculum. »

On a accusé aussi des domestiques d'avoir provoqué des actes génitaux chez de jeunes enfants. Dans une circonstance, le coït aurait été accompli par un petit garçon de cinq ans sur une petite fille de treize ans, et le juge d'instruction attachait une grande valeur à cette phrase du petit garçon disant à la petite fille : « Oui, oui, j'ai vu ton *œil à moustaches!* »

Dans les attentats à la pudeur, c'est l'homme qui est le coupable dans la majorité des cas. Sur 117 individus, coupables d'attentats sur des adultes, on ne trouve pas une seule femme, et sur 807, coupables d'attentats sur des enfants, on ne trouve que 12 femmes.

On a beaucoup accusé les célibataires : le chiffre qu'ils présentent est identique à celui des gens mariés.

Enfin, on a parlé de l'influence de l'instruction. Voici des chiffres déjà anciens : coupables ne sachant pas lire, 198; sachant lire, 513; ayant reçu une instruction supérieure (sont compris les instituteurs), 503.

NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR L'EXTRACTION DE CERTAINES TUMEURS DU LARYNX (CRICO-TRACHÉOTOMIE SANS CANULE).

Par M. le docteur J.-A. Fort.

L'opération que je vais décrire est inapplicable aux tumeurs occupant une large surface d'implantation. Elle ne pourrait servir que d'opération palliative pour quelques tumeurs malignes situées au-dessous de la glotte, en déblayant momentanément les voies respiratoires.

Cette opération, que j'appellerai *crico-trachéotomie sans canule*, est surtout destinée à l'extraction de tumeurs non malignes, plus ou moins pédiculées, situées au-dessous des cordes vocales inférieures, et ne pouvant être extraites par la voie bucco-pharyngo-laryngée. Elle convient parfaitement : 1° aux tumeurs polypeuses ou autres tumeurs non malignes ayant un volume assez grand pour ne pouvoir être extraites par la voie ordinaire; 2° aux tumeurs siégeant sur des malades ne pouvant habituer leur gorge au contact d'instruments, et dans d'autres cas encore.

Les avantages de la crico-trachéotomie sans canule sont : l'absence presque totale d'hémorrhagie, l'absence de chloroforme, l'absence de douleur, la sécurité de ne pas voir survenir d'accident, la sûreté d'arriver sur le pédicule de la tumeur, l'absence de la canule de la trachéotomie, et, par conséquent, des accidents qui en sont la conséquence; la réunion par première intention, le succès presque constant.

Avant de commencer l'opération, le chirurgien doit veiller à ce que tout soit bien préparé, pour ne pas perdre un temps précieux et pour assurer la réussite de l'opération.

Le malade sera placé sur une table, dans un lieu bien éclairé, la tête dans l'extension et dans une atmosphère de 22 degrés centigrade, rendue un peu humide par la vaporisation d'eau phéniquée au centième.

Les aides auront préparé plusieurs aiguilles courbes, très fines, avec du fil de catgut (le plus fin), et des aiguilles plus grosses, avec du fil d'argent. Une pile à galvano-cautère sera prête à fonctionner, et on aura essayé préalablement si elle est assez forte pour faire rougir un double fil de platine.

On placera en même temps, dans l'eau phéniquée au vingtième, l'extrémité d'une douzaine de pinces hémostatiques de Péan, de forme variée, deux bistouris, des pinces à disséquer, deux sondes cannelées assez fines, une paire de ciseaux courbes, et, pour plus de prudence, des ciseaux de Warlomont, plusieurs tenaculums à manche, deux petites pinces de Museux, quatre éponges fines et une spatule.

Du coton phéniqué sera placé également à la portée du chirurgien, ainsi qu'un flacon de solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième et un petit pinceau.

Dans un *premier* temps, on divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le *second* temps consiste à inciser les tissus aponévrotiques et à découvrir les veines. Dans un *troisième* temps, on divise les veines et l'isthme du corps thyroïde. La section du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée constitue le *quatrième* temps. Enfin, dans un *cinquième* temps, on excise la tumeur et on en cautérise le pédicule.

Premier temps. — Un quart d'heure avant le début de l'opération, le chirurgien recommande le calme au malade et l'avertit que l'opération est minutieuse mais sans douleur et sans danger. A ce moment, il fait une injection (seringue de Pravaz complète) de solution de cocaïne au vingtième, en avant de la pomme d'Adam, et une autre sur la ligne médiane antérieure du cou, à 5 centimètres au-dessous de la première. Entre ces deux points, après avoir soigneusement savonné et essuyé la peau, on place une traînée de coton phéniqué imbibé de la solution de cocaïne.

On incise ensuite la peau sur la ligne médiane, dans toute son épaisseur et dans une étendue de 7 centimètres, un peu plus ou un peu moins, selon la longueur du cou et l'embonpoint du sujet. Un pulvérisateur à vapeur, placé à distance, entoure le champ opératoire d'un léger spray phéniqué au centième.

Puis, au moyen de petits coups de bistouri et de sonde cannelée, on arrive rapidement sur l'aponévrose cervicale. Avec un peu d'adresse, on peut terminer ce temps de l'opération sans qu'il s'écoule du sang. On étanche celui-ci, au fur et à mesure qu'il se montre, avec une éponge ou un petit tampon de coton.

A ce moment, on saisit les lèvres de la plaie avec plusieurs pinces hémostatiques en T.

Deuxième temps. — Alors, feuillet par feuillet, on incise les divers plans fibreux, en se servant de la sonde cannelée; et, avec un peu d'adresse, on arrive à mettre les veines à nu.

Troisième temps. — On peut diviser les veines, ainsi que l'isthme du corps thyroïde, puis lier les vaisseaux; mais il s'écoule du sang et je préfère faire passer deux sondes cannelées longitudinalement et de bas en haut, de chaque côté de la ligne médiane, pour les remplacer ensuite par deux pinces hémostatiques fines et allongées. J'incise ensuite les veines entre les deux pinces, à blanc,

pour ainsi dire, et je découvre l'isthme du corps thyroïde, que je divise, et dont je saisis aussitôt les lèvres avec deux pinces en T.

Avant de commencer le deuxième et le troisième temps, je badigeonne le champ opératoire avec la solution de cocaïne et en me servant du pinceau.

A la fin du troisième temps, on peut retirer les pinces de la peau, pour éviter l'encombrement par les instruments.

Quatrième temps. — Pour éviter l'hémorrhagie, je me sers du bistouri et du galvano-cautère, que je préfère ici au thermo-cautère.

Au moyen du bistouri, je divise la substance cartilagineuse du cricoïde et de la trachée. Comme il est difficile d'être fixé sur le moment précis où les cartilages sont divisés, j'ai l'habitude de presser chaque cartilage avec la pointe d'une longue aiguille qui forme une dépression au moment où la substance cartilagineuse est incisée.

Puis, au moyen d'un fil de platine que je double et dont je place les fils parallèles et en contact, de manière à former un petit couteau, je divise les parties membraneuses et la membrane muqueuse.

Cinquième temps. — Jusqu'à présent, nous avons pratiqué les quatre premiers temps de l'opération, qui a été faite *à blanc*, sans hémorrhagie.

Il faut, à ce moment, écarter les lèvres de la plaie crico-trachéale et s'orienter. La profondeur de la cavité étant bien éclairée, par une lumière artificielle, au besoin, on se rend compte du volume de la tumeur, de sa vascularité, de son point d'implantation, etc. De la connaissance de ces diverses conditions dépendra la conduite du chirurgien pendant le cinquième temps.

Dans les deux cas que j'ai opérés avec succès dans l'Amérique du Sud, les tumeurs étaient pédiculées, et je présume qu'il en est ainsi dans la majorité des cas.

Voici ce que j'ai fait.

Dans un cas, la tumeur avait le volume d'une petite fraise franchement pédiculée, au-dessous de la corde vocale inférieure gauche, un peu en arrière. Pendant qu'un seul aide écartait les deux lèvres du conduit membrano-cartilagineux, j'ai pu me rendre un compte exact du siège et du volume de la tumeur. Saisissant la tumeur avec une pince de Museux, pour éviter sa pénétration dans les voies aériennes, et confiant cette pince à un aide, j'ai sectionné le pédicule au moyen des ciseaux courbes. Puis recourbant légèrement, en forme de crochet, l'extrémité du platine du galvano-cautère, j'ai cautérisé le point d'implantation avec le côté convexe.

L'autre cas était moins simple : la tumeur, allongée comme un haricot, était implantée au-dessous de la corde vocale inférieure, mais en avant. J'ai été obligé de séparer, au moyen du bistouri, de la spatule et du galvano-cautère, la membrane crico-thyroïdienne du cricoïde, dans une certaine étendue. Relevant ensuite en haut la membrane crico-thyroïdienne, au moyen d'un petit tenaculum, j'ai pu enlever la petite tumeur et cautériser son point d'implantation. Les ciseaux de Warlomont seraient utiles pour le pédicule d'une tumeur ayant beaucoup de vaisseaux.

Cette opération peut être faite sans qu'il tombe une seule goutte de sang dans la trachée.

Pansement. — La plaie étant bien étanchée, il faut d'abord s'occuper de la plaie crico-trachéale. Au moyen de pinces et de la sonde cannelée, les cartilages, la muqueuse et les parties membraneuses sont affrontées. Les parties membraneuses sont réunies, sur la ligne médiane, avec le catgut. Dans un cas, j'en ai employé trois, dans l'autre, quatre. Je noue solidement, sans serrer, et je laisse pendre un seul bout de fil par la partie inférieure de la plaie. Je tords les extrémités des vaisseaux sous-aponévrotiques qui pourraient donner du sang, et j'ai soin de ne faire aucune ligature.

Je place ensuite un tube à drainage très fin, de 2 millimètres de lumière, et j'unis les parties molles par une suture à points séparés, au fil d'argent.

Le pansement est renouvelé le lendemain; on retire le tube à drainage. Le nouveau pansement est laissé en place pendant six jours. Au bout de ce temps, on ôte les fils d'argent. Vers le huitième ou le neuvième jour, les fils de catgut cèdent à une légère traction. Deux jours après, la réunion est complète, absolue.

Les pansements doivent être rigoureusement antiseptiques.

Pendant toute la durée de l'opération, la température de l'air doit être de 22 degrés, pour éviter la fâcheuse influence de l'air froid affluant par la large plaie crico-trachéale.

Il faut avoir soin d'éviter l'accès de l'air jusqu'à la plaie pendant toute la durée du traitement. Il faut aussi placer des morceaux de carton entre les tours de bandes qui entourent le cou, afin d'éviter les mouvements de flexion du cou.

Pendant les cinq premiers jours, le malade sera nourri avec des lavements nutritifs et avec des aliments liquides introduits dans l'estomac au moyen d'une sonde.

Les deux sujets que j'ai opérés ont recouvré la voix. On ne leur a permis de parler qu'au bout de huit jours. Chez l'un d'eux il est resté un enrouement assez léger, qui disparut au bout de quelques mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Extraction d'un calcul vésical. — **M. Pozzi** fait un rapport sur une observation de M. Cauchois (de Rouen), relative à l'extraction d'un calcul vésical chez la femme, par simple dilatation de l'urèthre.

M. Cauchois, pour dilater l'urèthre, s'est servi de six canules graduées, en caoutchouc durci; le calcul est saisi entre les mors d'une tenette spéciale. Il fit un lavage abondant de la vessie. Les suites furent des plus simples; il n'y eut pas d'incontinence d'urine. Le calcul mesurait 38 millimètres sur 44 millimètres.

Morsure de lion; amputation interscapulo-thoracique. — **M. Berger** fait un rapport sur une observation de M. Jeannel, relative à un cas d'amputation interscapulo-thoracique, chez un homme dont le bras avait été déchiré par un lion. Dès le lendemain de l'accident, fièvre intense, emphysème considérable, suintement infect. M. Jeannel désinfecta le membre et pratiqua l'amputation interscapulo-thoracique, selon les préceptes qu'a fait connaître M. Berger. L'opération se passa bien; cependant, le malade succombait deux heures après.

Il faut distinguer les faits d'arrachement de ceux de broiement du membre. Dans les premiers, l'opération a presque toujours été suivie de guérison; dans la seconde, elle a presque toujours été suivie de mort. Or, le fait de M. Jeannel doit plutôt être rapproché des cas de broiement. Le membre avait été véritablement broyé et probablement infecté par les dents du lion.

L'opération était formellement indiquée et ne pouvait être pratiquée plus tard. C'était la seule chance de sauver ce malade.

M. Polaillon communique l'observation d'un individu qui s'était amusé à agacer un lion dans une ménagerie; le lion saisit l'avant-bras. Il en résulta une plaie contuse de l'avant-bras, sans déchirement des tissus; les os n'étaient pas brisés. M. Polaillon vit le malade deux jours après; il y avait de la tuméfaction. Il fit continuer les bains antiseptiques. Mais cet individu était alcoolique; l'épaule se prit; il y eut du délire. M. Polaillon fit la désarticulation de l'épaule. La fièvre traumatique continua et le malade succomba vingt-quatre heures après.

M. Polaillon pense que, dans ce cas, il vaudrait mieux amputer de suite.

M. Lucas-Championnière ne comprend pas très bien la différence qu'établit M. Berger entre le broiement et l'arrachement. Il rappelle un cas d'arrachement par machine dans lequel, malgré des hémorrhagies, il attendit, pour opérer, que le shock fût passé. Il croit qu'il y a tout avantage à assainir, pour ainsi dire, les

membres ainsi broyés, et à n'opérer que lorsque la plaie est bien désinfectée.

M. VERNEUIL rappelle qu'il a été professé et dit depuis bien longtemps que tous ces blessés en état de shock ou d'abaissement excessif de température ne doivent pas être opérés tant qu'ils présentent cet abaissement de température. Quant à l'hémostase, elle peut être obtenue sur un membre, par un simple lien de caoutchouc. En résumé, il ne faut jamais opérer ces malades en hypothermie.

M. TRÉLAT partage la même opinion que M. Verneuil, sur la contre-indication formelle de l'intervention pendant la période d'hypothermie ou de shock.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, dans le cas dont il a parlé, est intervenu dans la période intermédiaire, c'est-à-dire pendant la fièvre, son malade ayant 39°.

M. BERGER croit que la gravité de ces morsures de lion tient surtout à l'infection de la plaie par les dents de l'animal, chargées de matières septiques, c'est-à-dire de viande pourrie.

Rétention des règles dans la cavité interne. — M. BERGER fait un rapport sur une seconde observation de M. Jeannel, relative à un cas de tumeur par rétention des règles. La malade souffrant beaucoup, M. Jeannel fit une ponction, puis le grattage de la cavité interne avec une curette. La malade a succombé aux suites de cette intervention.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'accepte pas le diagnostic porté par M. Jeannel. Et d'abord cette observation ne rappelle en rien ce que l'on observe dans le cas de rétention des règles dans la cavité interne.

Pour lui, il y a eu là une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une hématocèle du ligament large. Et puis, est-ce une bonne opération que de gratter l'intérieur d'une poche avec les doigts et avec une curette? Je n'ai jamais dit que l'on pouvait opérer imprudemment, mais je maintiens que, bien conduite, l'intervention est sans danger.

M. BERGER demande à M. Lucas-Championnière sur quoi il s'appuie pour dire qu'il y a là une erreur de diagnostic? Il ne s'agit pas d'hématocèle, car dans les hématocèles, la paroi de la poche sanguine n'est pas formée par un tissu de fibres musculaires lisses, comme c'est le cas ici. Il ne s'agit pas non plus d'une dilatation kystique de la trompe pour les mêmes raisons.

L'hématocèle ne rend aucun compte, du reste, des malformations qui ont été signalées dans cette observation. Le professeur d'anatomie pathologique de Toulon, qui a examiné les pièces, a été de l'avis de M. Jeannel. M. Berger maintient que l'intervention dans ce cas est dangereuse; même avec la laparotomie, le malade n'a pas plus de chance de guérir.

Ablation d'un testicule ectopié. — M. MONOD a enlevé récemment un testicule ectopié, douloureux. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, qui portait dans l'aine gauche une tumeur volumineuse dans laquelle on sentait très nettement un testicule que était absent de la bourse du côté correspondant.

L'opération a été très simple. Il a incisé la peau, les tissus sous-jacents et la séreuse vaginale; il s'est écoulé une certaine quantité de liquide, et il a trouvé, au-dessous d'une volumineuse hernie épiploïque, le testicule petit et atrophié.

Il a réséqué l'épiploon hernié après l'avoir séparé par deux fils de catgut fort, il a ensuite enlevé le testicule, puis réséqué tout le sac séreux et fermé l'orifice herniaire.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le huitième jour tout était terminé.

La résection du sac a un immense avantage : elle empêche la hernie de se produire de nouveau.

M. Monod s'est demandé quelle pouvait être la cause des crises douloureuses observées chez ce malade. Les froissements, l'étranglement du testicule par les anneaux, ont été incriminés par beaucoup de chirurgiens; mais ici rien de semblable ne pouvait se produire et il est porté à croire que la douleur était causée par la pression exercée sur le testicule par le liquide contenu dans le sac.

Il est bien démontré que le testicule ectopié ne fournit pas de spermatozoïdes et est atrophié.

M. Monod a fait des recherches qui ont porté sur trois de ces organes ectopiés, et qui ont montré que les lésions anatomiques varient avec l'âge de l'ectopie, c'est-à-dire avec l'âge du malade. Chez les jeunes sujets on peut trouver un testicule normal contenant des spermatozoïdes dans ses tubes et dans lequel la spermatogénèse s'accomplit normalement, mais bientôt survient une sclérose péri-canaliculaire. L'épithélium des tubes subit la dégénérescence graisseuse et la sécrétion ne se fait plus.

Aussi quand un testicule ectopié devient douloureux, il ne faut pas hésiter à en faire le sacrifice.

Genu valgum. — M. KIRMISSON présente l'articulation du genou d'un jeune enfant, atteint de genu valgum pour lequel on lui avait fait, deux ans auparavant, l'ostéoclasie avec l'appareil de Robin de Lyon. Trois mois après l'opération il sortait de l'hôpital très bien guéri, la jambe dans la rectitude normale. Mais bientôt il voyait la déformation se reproduire.

Cet enfant a succombé à une tuberculose pulmonaire. L'examen du squelette du membre inférieur montre que la déformation reconnaît pour cause principale une courbure vicieuse de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur. Il y a bien en même temps une légère hypertrophie du condyle interne, mais elle ne joue qu'un rôle peu important dans la déviation du membre.

M. LANNELONGUE dit que toutes les fois que l'on fait l'ostéoclasie pour un genu valgum la déformation se reproduit.

Hydarthrose chronique. — M. TERRILLON présente une malade guérie d'une hydarthrose chronique du genou, par ponction et injection dans l'articulation d'une solution phéniquée à 3 centièmes. On a fait passer dans l'articulation deux litres et demi de liquide, puis le genou a été comprimé et immobilisé pendant dix-huit jours.

Non seulement l'hydarthrose est très bien guérie, mais l'épaississement sous-trécipital qui existait au moment de la ponction a disparu. M. Terrillon lave l'articulation jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

M. RECLUS a fait avec succès cette opération dans un cas d'hydarthrose aiguë, consécutive à la pénétration d'une longue aiguille dans l'articulation du genou.

M. RICHELOT a obtenu de très bons résultats par le procédé dont parle M. Terrillon. Il emploie la solution phéniquée à 1 vingtième, mais jamais il n'a vu le liquide ressortir clair.

M. BOUILLY a échoué dans un cas d'hydarthrose chronique du genou, où il a fait des lavages avec la solution phéniquée. Cela tient, selon lui, à la présence de corps étrangers articulaires.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique (1), par M. H. Hallopeau.

L'ouvrage de M. Hallopeau est arrivé rapidement à sa seconde édition. Ce succès montre bien qu'il a reçu du public médical l'accueil qu'il méritait. Cette seconde édition a été revue, augmentée et mise avec soin au courant des publications les plus récentes.

Par ce temps de communication rapide entre les écoles et les nations, par ce temps de production abondante, il est particulièrement précieux d'avoir, à un moment donné, un résumé clair, fidèle et précis de l'état de la science et surtout de la pathologie générale, qui est la philosophie de la médecine. A ce point de vue, le livre de M. Hallopeau, pour élémentaire qu'il soit, a comblé une véritable lacune. Les médecins et les étudiants sauront où trouver réunies, condensées, mais clairement exposées, les données de pathologie générale, qui sont plus que jamais indis-

(1) Deuxième édition, 1887. In-8° de 836 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

pensables à tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine.

Nous ne pouvons faire une analyse complète d'un ouvrage de ce genre, et nous devons nous contenter de donner un aperçu d'ensemble de ce qu'il renferme. La division, à ce point de vue, est significative. M. Hallopeau étudie successivement l'étiologie, les processus morbides, les troubles fonctionnels ou symptômes. Une quatrième partie traite de l'affection et de la maladie; une cinquième est consacrée à l'étude générale de l'art médical, de la thérapeutique.

On sait combien l'étiologie et la pathogénie ont pris d'importance dans les préoccupations des médecins. Les découvertes microbiennes ont, sur bien des points, changé, du tout au tout, la face des choses. Il ne faut donc pas s'étonner de voir la bactériologie tenir une large place dans un traité de pathologie générale. On trouvera, dans le livre de M. Hallopeau, en un résumé succinct, l'exposé des notions acquises et des problèmes nombreux qui se posent, à l'heure actuelle, aux recherches des travailleurs. Cet exposé est même, à notre avis, une des meilleures parties de l'œuvre tout entière; c'est une de celles qui ont été le plus remaniées dans la seconde édition.

Les processus morbides étudiés dans la seconde partie représentent la réaction des tissus et des organes en présence des causes pathogènes : ainsi l'inflammation, la thrombose, l'embolie, la mortification, les hypertrophies, les tumeurs, etc. Signalons, en particulier, le chapitre consacré à l'inflammation.

Dans la troisième partie, sont passés en revue les complexus symptomatiques, les syndromes, les troubles fonctionnels par lesquels se traduisent, à l'observation, les lésions en voie d'évolution provoquées par les causes pathogéniques; les divers appareils, les diverses fonctions sont successivement passées en revue.

Un appendice donne le résumé des publications faites alors que le livre était déjà composé; il témoigne du souci très grand qu'a l'auteur d'être au courant des travaux contemporains. Il montre aussi que nous avons droit d'espérer, dans un avenir prochain, une troisième édition que rendra bientôt nécessaire, nous l'espérons, le succès légitime de la seconde.

Albert Mathieu.

CIRCULAIRE

RELATIVE AUX DISPENSES DES DROITS D'INSCRIPTION. — RÉPARTITION DU DIXIÈME.

Paris, 4 août 1887.

Monsieur le Recteur,

La première application de la loi du 26 février 1887, qui a rétabli les droits d'inscription dans les Facultés, et du décret du 31 mars dernier qui a déterminé les formes dans lesquelles la dispense de ces droits pourrait être accordée à un dixième des étudiants, a permis de constater que, dans certains ordres d'établissements, le nombre des demandes de dispense avait été sensiblement inférieur au nombre des dispenses qui pouvaient être accordées, alors que, dans d'autres établissements, il avait été impossible d'accueillir toutes les demandes justifiées, en restant dans la limite du dixième fixé par la loi.

Dans ces conditions, je crois être l'interprète fidèle de la pensée du législateur, en modifiant, sur un point, la procédure précédemment suivie pour fixer le chiffre des dispenses facultatives. On l'avait, jusqu'ici, fixé par établissement en prenant pour base de calcul le nombre des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement : il sera encore fixé par établissement, mais il pourra, suivant les besoins, être inférieur ou supérieur au dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque Faculté ou École. Le total des dispenses possibles ne devra pas dépasser, dans chaque Académie, le dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans l'ensemble des Facultés et Écoles d'enseignement supérieur de cette Académie.

Vous voudrez bien inviter le Conseil général des Facultés à me proposer, dès les premiers jours de l'année scolaire, une répartition de ce chiffre entre les différentes Facultés et Écoles.

Dans les Académies où se trouvent des Facultés entretenues par les villes, des Écoles préparatoires ou de plein exercice de médecine et de pharmacie, le dixième continuera d'être fixé, pour chacun de ces établissements, conformément aux instructions du 1er avril 1887, et la répartition que le Conseil général aura à me proposer ne pourra porter que sur les établissements entretenus aux frais de l'État.

En ce qui concerne les Écoles préparatoires et de plein exercice de médecine et de pharmacie, je vous prie de rappeler aux directeurs que la concession des dispenses est subordonnée à un vote préalable du Conseil municipal.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique,
des Cultes et des Beaux-Arts.

E. SPULLER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 août 1887 :

M. Charles Richet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1887.

M. Hamelin, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, à partir du 1er novembre 1887.

M. Dastre, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1887.

— Par décrets, en date des 3 et 5 août, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Fougère, de Boyer de Camprieu et Duchesne.

— Par décret, en date du 3 août 1887, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Par décret, en date du 4 août 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Cuinet, Coullaud, Brocard, Collas, Higuères, Gautier, Levi-Valensi, Adoue et Crocy.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 août 1887, la limite d'âge pour l'admission à la retraite des membres du corps de santé de la marine, est fixée comme suit :

Directeurs, soixante-cinq ans. — Médecins et pharmaciens en chef, soixante-deux ans. — Médecins et pharmaciens principaux, cinquante-huit ans. — Médecins et pharmaciens de première classe et de deuxième classe, cinquante-six ans.

— Par décision ministérielle, en date du 31 juillet 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Grandjean, pour le 100e d'infanterie; Charbonnier, pour le 120e d'infanterie; Colin, pour l'hôpital militaire de Cambrai; Cazalas, pour le 2e zouaves; Mussat, pour le 44e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Auban, pour le 11e d'infanterie; Cervelle, pour le 12e dragons; Huguenard, pour le 6e hussards; Perrin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Desmons, pour le 5e cuirassiers; Christy, pour le 14e d'infanterie; de Santi, pour le 126e d'infanterie; Chenet, pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse; Renaut, pour le 5e hussards; Lejeune, pour le 3e escadron du train des équipages; Simon, pour la poudrerie du Bouchet.

M. le médecin aide-major de première classe Salebert, pour le 1er régiment du génie.

— Par décision ministérielle, en date du 3 août 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe, Cruzel, pour le 48e d'infanterie ; Mulot, pour l'hôpital militaire de Rennes.

— La première épreuve du concours — épreuve des pièces sèches — pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, vient de commencer. La question tirée au sort a été : « Préparation du corps thyroïde. » Les candidats sont au nombre de deux : MM. Demoulin et Sebileau ; M. Thierry s'étant retiré. Ils ont deux mois pour cette épreuve ; les pièces devront être remises le lundi 3 octobre 1887, à neuf heures du matin, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique.

Les membres du jury sont MM. les docteurs Tillaux, Péan, Désormeaux, Panas, Périer, Legroux et Vidal.

La seconde épreuve — épreuve orale d'anatomie — aura lieu le lundi 24 octobre 1887, à neuf heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques est composé comme il suit, pour l'année scolaire 1887-1888 :

Physique. — MM. Guébhard, agrégé, chef des travaux ; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — MM. Hanriot, agrégé, chef des travaux ; Monange, préparateur ; Groslons, Bonvanet et de Thierry, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux ; Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux ; Gley et Rondeau, préparateurs ; Pignol et Langlois, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — MM. Brault, chef des travaux ; Chantemesse, Durand-Fardel et Toupet, préparateurs ; Widal, Marsan et Clado, moniteurs.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Cavalier, professeur de clinique des maladies mentales.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Sourdille est nommé aide de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Touchaleaume, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Sont chargés des conférences préparatoires à l'agrégation, pendant l'année scolaire 1887-1888 :

MM. Joly, sciences physiques (chimie), et Pellat, sciences physiques (physique).

Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences :

MM. Salet, chimie organique ; Mouton et Pellat, physique ; Joly et Riban, chimie ; Pruvost, zoologie, et Chatin, anatomie.

— M. le docteur G. Ballet, agrégé, suppléant M. le professeur Peter, commencera demain mardi, 9 août 1887, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, ses démonstrations cliniques au lit des malades et les continuera les vendredis et les mardis suivants à la même heure. Visite dans les salles tous les matins à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21523

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La crainte de voir passer, dans une salle vide, une conclusion incriminant le « surmenage intellectuel », en dépit de la presque universalité de l'Académie, avait fait venir à la séance du vote à peu près tous les membres qui n'avaient pas encore quitté Paris. Ce fut donc devant une assistance exceptionnellement nombreuse pour cette époque de l'année que M. Trélat traduisit, sous forme de conclusions, les sentiments connus de la majorité.

Ces conclusions furent votées à la presque unanimité, car le président même de l'ancienne commission, M. Larrey, les adopta et il n'y eut guère que le rapporteur, M. Lagneau, qui se refusa à s'y rallier.

Le succès de la nouvelle commission, composée extemporanément et qui fit sienne la rédaction de M. Trélat, fut donc complet.

Cette commission comprenait, en outre de M. Trélat, M. Hardy, auteur d'un autre amendement conçu dans le même esprit, M. Brouardel et un membre de l'ancienne commission, M. Bergeron. M. Brouardel, qui a joué, cette fois, le rôle de rapporteur et a parlé au nom de tous, a été, à cette occasion comme d'ordinaire, fort applaudi.

En somme, l'Académie vient de se prononcer contre ceux qui croient au danger de l'application intellectuelle. Les développements dans lesquels M. Trélat était entré en proposant sa conclusion accentuent le vote dans ce sens.

L'Académie s'est aussi prononcée contre la surcharge des programmes : sans vouloir entrer dans les détails, elle en demande la simplification.

Enfin elle veut qu'on fasse à l'hygiène du corps, aux exercices destinés à développer les muscles, une part suffisante dans le régime de nos écoles.

Mais elle repousse absolument l'idée d'y voir un nouvel élément d'épreuves universitaires et de transformer le baccalauréat en un diplôme de trapèse.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

De la bronchopneumonie chez les enfants.

I

A propos de deux cas de bronchopneumonie que nous venons d'avoir dans nos salles d'enfants et qui, tous deux, se sont terminés fatalement, je voudrais vous faire l'histoire de cette maladie.

Mais tout d'abord, qu'est-ce que la bronchopneumonie de l'enfant ? La bronchopneumonie est une pneumonie bâtarde compliquée de l'inflammation des dernières ramifications bronchiques et des alvéoles pulmonaires, c'est-à-dire de l'inflammation intercanaliculaire. Il y a, dans la bronchopneumonie, de la congestion pulmonaire avec dissémination, éparpillement des phénomènes inflammatoires dans l'arbre respiratoire des deux côtés, droit et gauche. Mais jamais la maladie n'est, sur un seul point des voies aériennes, semblable à elle-même, car elle est des plus variables dans son intensité et dans sa symptomatologie.

Le point de départ des accidents qui caractérisent la bronchopneumonie est un anneau de la division de l'arbre aérien en grosses et moyennes bronches. C'est de là qu'elle va s'étendre au reste des organes respiratoires en s'y répartissant des deux côtés d'une façon tout à fait inégale.

Voilà pour l'étendue des phénomènes congestifs et inflammatoires; mais ce n'est pas tout et nous devons nous rendre compte de son intensité et des différences, des variations qu'elle peut également présenter. C'est ainsi que vous aurez quelques alvéoles seulement d'envahies, ou un grand nombre, et alors vous vous trouverez en face d'une pneumonie lobulaire ou pseudo-lobulaire qui pourra simuler la pneumonie franche. Dans d'autres cas, plusieurs lobules sont atteints.

Enfin le troisième caractère de la bronchopneumonie sera la mobilité de l'inflammation. Ainsi, chez un malade, vous avez, à un certain moment, constaté qu'un point du poumon était atteint, tandis que de l'autre côté vous aviez une inflammation lobulaire avec des signes caractéristiques, toute sa symptomatologie. Le soir ou le lendemain, vous réexaminez votre malade et vous êtes tout surpris de ne plus rien trouver pour ainsi dire à ce niveau et de découvrir, au contraire, les mêmes signes inflammatoires en un tout autre point. Bref, la bronchopneumonie est remarquable par sa mobilité; il y a là une sorte d'engouement, et les noyaux formés, loin d'être définitifs, disparaissent en un point pour reparaître sur un autre.

En un mot, je dirai que la bronchopneumonie est une bronchite capillaire compliquée de l'inflammation des nodules du poumon.

La symptomatologie de cette affection comprend des symptômes fondamentaux, et à ce propos, je ne peux mieux faire que de vous rapporter brièvement l'observation suivante qui remonte à deux ans environ.

Certain dimanche, vers six heures du soir, j'étais appelé auprès d'un petit enfant qui, l'hiver d'avant, avait été fréquemment sujet à de petites bronchites. Néanmoins et malgré toutes les recommandations que j'avais faites aux parents, on ne voulait pas couvrir l'enfant, plus un jour que l'autre, et pour ainsi dire quelle que fût la température; de plus les portes, les fenêtres de l'appartement étaient presque constamment ouvertes, de telle sorte que cet enfant était toujours exposé aux courants d'air les plus dangereux.

Or, le vendredi, l'avant-veille du jour où l'on m'appelait auprès de lui, cet enfant, circulant de tous côtés dans l'appartement, avait contracté un refroidissement. Le lendemain samedi, l'enfant était souffreteux, il se traînait péniblement dans sa chambre qui était une véritable glacière; mais l'on n'y prêtait aucune attention. Enfin le dimanche, l'enfant, se sentant plus souffrant dans l'après-midi, réclamait son lit et les parents étaient si peu soucieux de l'état de leur enfant que, tout en me mandant auprès de lui, ils donnaient un grand dîner de famille.

J'arrive donc auprès de l'enfant, je l'examine, il était déjà depuis une heure dans un tel état asphyxique que, malgré le traitement énergique auquel j'eus recours immédiatement, mon petit malade était mort vingt-quatre ou trente-six heures plus tard. Le simple rhume contracté le vendredi s'était transformé en une bronchopneumonie foudroyante.

Mais à côté de cette forme qui tue les enfants comme un coup de foudre, il existe une forme aiguë dont la durée moyenne est de huit à dix jours. Celle-ci encore pardonne peu et les petits enfants succombent aussi asphyxiés.

Enfin nous connaissons une troisième forme, c'est-à-dire celle que nous rencontrons heureusement dans plus de la moitié des cas, forme dont la marche est assez irrégulière et dont la durée ordinaire oscille entre trois semaines et un mois.

Dans les deux premières formes (la forme foudroyante et la forme aiguë), le pronostic est à peu près impossible; il n'en est pas de même dans la troisième forme, ici le pronostic est possible et c'est de cette forme que j'entends seulement vous parler aujourd'hui, telle que je l'observe en ville où le tableau symptomatologique qu'elle présente n'est pas le même que celui qu'on voit à l'hôpital.

Le début de cette bronchopneumonie n'est ni brusque, ni franc, mais généralement insidieux; l'affection survient ordinairement dans le cours d'une rougeole, d'une coqueluche ou d'une simple bronchite un peu intense. Le petit malade a d'abord quelques douleurs dans la poitrine, un peu plus d'oppression, une dyspnée plus grande que celle qu'il éprouvait, par exemple, avec sa bronchite, dyspnée qui présente le soir certain paroxysme. La toux est impérieuse, et loin d'être sèche elle est grasse, au contraire, s'accompagnant de râles humides parfaitement perceptibles. Les veines du cou sont distendues, le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien est contracté, les narines sont agitées, le malade est dans un état d'anxiété assez prononcé. Pendant ce temps, le pouls monte très rapidement, tout de suite, pour ainsi dire, à 140-150 pulsations; et la température s'élève brusquement aussi à 39°,5 ou 40°.

Tel est le début de la bronchopneumonie chez les enfants, avant même que la percussion et l'auscultation nous en révèlent l'existence.

Puis, une fois que les petites bronches sont envahies, la respiration est plus fréquente, les mouvements respiratoires s'élèvent au chiffre de 60 à 80 et quelquefois même à 100 par minute. La dyspnée s'accentue, faisant place bientôt à de l'orthopnée. Puis surviennent des accès de suffocation, une toux incessante, impérieuse, avec douleurs çà et là dans la poitrine, mais sans point de côté véritable. Quant à l'expectoration, elle ne peut fournir aucun renseignement, les enfants ne sachant pas cracher, mais avalant, pour la plupart, leurs crachats.

Quant à la physionomie, elle est caractérisée par un battement continu des ailes du nez, un facies pâle et bleuté autour des lèvres et du menton, l'injection de la muqueuse oculaire. Enfin l'enfant pousse des cris plaintifs.

Si maintenant on passe à l'examen du thorax, voilà ce que l'on observe : Les muscles inspirateurs sont très agités; la percussion révèle une sonorité à peu près égale en avant ou en arrière, mais moindre aux deux bases que dans tout le reste de la poitrine, quelquefois moindre aussi sur tel ou tel point circonscrit. Parfois aussi elle fait place, en un certain point, à une véritable submatité accompagnée de zones de sonorité exagérée, tympanique.

A l'auscultation on entend des deux côtés de la poitrine, partout mais inégalement répartis, des râles crépitants et sous-crépitants fins mêlés à des râles également crépitants et sous-crépitants, mais gros et inégaux. Le murmure respiratoire a disparu. De plus l'oreille perçoit un souffle survenant pour ainsi dire inopinément, comme par accident, en un point très différent, variant d'un côté à l'autre de la poitrine, doux comme une inspiration, non tubaire. Ce souffle est souvent couvert, presque masqué par les râles crépitants et sous-crépitants; son caractère principal est sa mobilité comme siège, apparaissant dans un point, puis disparaissant quelques heures plus tard, pour se montrer dans un autre endroit de la poitrine, plus haut ou plus bas, plus ou moins loin du point où on l'a entendu primitivement. Enfin la voix et les cris retentissent principalement là ou l'on entend le souffle que je viens de décrire, et les vibrations thoraciques ne sont pas les mêmes qu'à l'état normal.

J'ajouterai que la bronchopneumonie des enfants se complique quelquefois d'un léger épanchement dans la cavité pleurale.

Quant à l'état général des petits malades ainsi frappés, il consiste en une fièvre plus intense que celle qu'on remarque dans la pneumonie, le pouls est également plus rapide et la température est plus élevée aussi et reste constamment haute. En somme, cet état général a quelque-chose qui effraye considérablement l'entourage du malade; il est beaucoup plus troublant au point de vue de la vie de l'enfant que celui de la pneumonie. L'aspect est plus alarmant, et si un jeune sujet atteint de pneumonie est, en réalité, plus absent, plus pris par l'état nerveux, le malade atteint de bronchopneumonie, de son côté, est plus asphyxié, plus lent à s'éteindre.

Tel est le tableau symptomatologique de la forme de bronchopneumonie chez les enfants que je voulais étudier aujourd'hui.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Fistule vésico-vaginale; rétrécissement du vagin par bride transversale; oblitération du vagin; guérison complète.

Mme Victorine F... quarante ans, entre, le 20 octobre 1885, à l'hôpital Saint-Joseph, pour une fistule vésico-vaginale, qui date de sept mois. Sur mon conseil, elle a attendu ce laps de temps pour se faire opérer.

Elle est d'une bonne santé. Fausse couche, il y a vingt-deux ans, premier accouchement à terme, il y a sept mois. Elle présente une légère angustie pelvienne. Les douleurs commençaient le mardi, et elle ne fut délivrée par le forceps que le jeudi. L'enfant était resté trente heures au passage. Elle perdit involontairement ses urines le cinquième jour.

Examen local. — Cet examen est rendu très difficile par suite des brides cicatricielles qui cloisonnent le vagin.

Le doigt introduit sent, à une profondeur de 6 centimètres environ, une bride transversale très forte, qui divise le vagin en deux parties. En haut le doigt pénètre dans une ouverture très large, qui existe à la partie inférieure de la vessie, et par laquelle la muqueuse fait hernie.

Le bord antérieur de l'ouverture est assez mince, tranchant, et situé à 4 centimètres du méat urinaire, par conséquent dans l'urèthre.

En franchissant la bride, on sent que l'on passe par une sorte d'orifice étroit, un peu plus large que le doigt, et derrière lequel est une seconde cavité. Cette cavité est ainsi constituée : en avant la bride cicatricielle transversale, en haut la cavité vésicale, dont le bas-fond n'existe plus, et en bas, du côté du rectum, un corps dur, large, immobile, que l'on reconnaît être la face antérieure de l'utérus. Cet organe est très fixé, car il est impossible de lui imprimer de mouvements. Mais derrière cette bride on ne sent pas trace de col.

En reportant le doigt en avant de la bride, et très bas, on rencontre une dépression infundibuliforme, à paroi très dure, très étroite, au fond de laquelle est un petit orifice déformé, que l'on reconnaît être celui du museau de tanche.

Il est bien évident, que le sphacèle a atteint la lèvre antérieure, qui se trouve prise dans la bride vaginale. Tous nos efforts pour imprimer quelques mouvements à l'utérus sont infructueux, cela vient de ce que cet organe est solidement fixé au rectum, par la périmétrite grave, qui suivit l'accouchement. Ce fut là une circonstance très fâcheuse, car il fut impossible d'abaisser l'utérus pendant l'opération.

L'examen au spéculum, fait avec une valve de Sims, nous montra que la partie antérieure du vagin avait la forme d'un entonnoir court et étroit, que la muqueuse vésicale formait un gros champignon rouge vif tombant dans le vagin, et que les restes du col se perdaient dans un repli dur formé par la bride cicatricielle transversale.

Nous étions ainsi en face d'une vaste perte de substance du bas-fond de la vessie, de forme allongée, limitée par la bride transversale. Nous pouvions facilement calculer que la suture aurait pour effet de rétrécir énormément le vagin déjà très étroit, et de réduire sa largeur à quelques centimètres seulement.

Opération le 24 octobre 1885. La malade est endormie, placée dans le décubitus dorsal, le bassin élevé, les cuisses fortement portées en haut par deux aides, une large valve de Sims placée à la partie inférieure. Comme la muqueuse vésicale fait une énorme hernie par la fistule, j'introduis par l'urèthre une longue pince tire-balles fermée, puis, quand elle est arrivée dans le vagin, je saisis solidement un fragment d'éponge. La pince est retirée légèrement, et l'éponge vient boucher complètement l'orifice de la fistule.

L'avivement est ensuite fait tout autour, dans une largeur de plus d'un centimètre. Dans la partie inférieure de la bride, sur le col, il fut des plus difficiles, parce que les tissus étaient durs, friables, très difficiles à saisir avec les pinces, et ensuite à cause de l'impossibilité d'abaisser l'utérus vers la vulve.

Je plaçai sept points de suture. En raison de la forme de la fistule, la suture prit une direction un peu oblique vers la gauche. La suture fut fixée par des tubes de Galli, et je constatai avec regret que les deux fils profonds étaient très tendus.

Une sonde en caoutchouc fut placée à demeure, aboutissant à une incision et coulant bien.

25. La nuit a été très agitée. La sonde s'est déplacée plusieurs fois, mais elle a été remise. L'urine est très chargée de sang, et le lit de la malade est très mouillé.

26. La malade a été plus tranquille. La sonde fonctionne bien. Je fais dans la vessie une injection d'eau et d'acide borique à 3 p. 100, et je constate que la vessie retient facilement le liquide. La malade ne souffre pas, et elle reste plus tranquille.

Pendant les jours suivants, on remplaça la sonde de caoutchouc par la sonde d'argent de Sims, qui se maintenait mieux dans la vessie. On eut la précaution de la nettoyer trois fois par jour.

Novembre 3. Ablation des fils, le onzième jour, la malade étant placée sur le dos. Je constate que trois fils ont coupé les chairs et sont dans le vagin. Les autres ont bien tenu, mais leur ablation est difficile surtout pour les deux derniers, à cause de l'étroitesse du vagin. Je trouvai dans le fond des dépôts phosphatiques qui me démontraient que la perforation n'était pas oblitérée. En effet au bout de quelques jours, le toucher me permit de constater que la fistule était encore fort grande, et que le vagin était très rétréci, au niveau de la bride transversale.

La malade perdait peut-être un peu moins facilement ses urines qu'avant l'opération.

Il me fut facile de constater en même temps que, vu les conditions locales, la présence de la bride, l'étroitesse du passage derrière lequel se trouvait la large fistule, la déformation du col dont la lèvre antérieure n'était qu'un petit bourgeon charnu, et qui pénétrait dans l'orifice vésical, le peu de souplesse des parois vaginales, qui avait fait couper trois points de la première suture, il me fut, dis-je, facile de reconnaître que toute nouvelle opération de fistule était destinée à un autre échec. En conséquence, je me déterminai à faire une oblitération du vagin en faisant l'avivement au-devant de la bride transversale. Il en résulterait une condition anomale mettant le col dans la vessie, mais on sait que le sang des règles passe sans peine par le canal de l'urèthre, et que l'on peut être sans craintes de l'apparition d'une cystite, causée par ce phénomène.

Je pus en même temps m'assurer que la partie supérieure du vagin, qui deviendrait ainsi une portion intégrante de la vessie, serait aussi restreinte que possible, ce qui me permettait de ne pas laisser de cul-de-sac, où l'urine pourrait séjourner et former un calcul phosphatique.

J'attendis que l'urine fût redevenue parfaitement claire, et je pratiquai, le 24 novembre, la suture du vagin.

Opération. La malade fut très longue à endormir à cause des vomissements aqueux qui la réveillèrent très souvent, et pendant un temps considérable à chaque fois.

Je fis un avivement circulaire, large de plus de un centimètre, allant sur la paroi postérieure aussi haut que possible, et sur la paroi antérieure atteignant la limite antérieure de la fistule. Cette partie de l'opération se fit facilement et sans perte de sang notable. Il me fut très facile de me maintenir à distance de l'urèthre et du rectum.

Les fils à suture furent faits avec du crin de Florence, passés avec une aiguille de Reverdin courbe, et fixés avec des tubes de Galli. Ils furent au nombre de dix.

Je plaçai d'abord tous les fils de la partie supérieure, en les faisant passer dans l'épaisseur de la paroi uréthro-vaginale, sans pénétrer dans le canal. Ensuite je les fis passer dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale, en évitant de pénétrer jusque dans l'intestin. Les fils du milieu seuls formaient une anse dont la partie médiane passait dans le vagin; les autres restaient constamment noyés dans les tissus.

Je fis ainsi une large suture transversale dont la partie médiane était à environ 15 ou 18 millimètres derrière le méat, et dont les extrémités arrivaient à 2 centimètres des petites lèvres.

On mit à demeure la sonde d'argent. Pendant les jours suivants tout marcha parfaitement. La vessie retenait l'urine, qui ne coulait, que le long de la sonde. On pouvait injecter 50 grammes d'eau sans faire passer une goutte par la plaie.

Les fils furent très facilement enlevés le neuvième jour. Pendant la journée, la malade fut un peu mouillée. En l'examinant le jour suivant je pus constater que la suture avait parfaitement pris dans presque toute son étendue, sauf à la partie droite, où ils restait un pertuis qui admettait juste une sonde de femme.

Le trajet de ce pertuis est long et dur. Quand la malade a les jambes réunies dans son lit, la nuit, elle garde parfaitement ses urines. Ce n'est seulement que lorsqu'elle est levée qu'il s'en écoule involontairement.

15 décembre. La malade est endormie, et je procède à la fermeture du trajet fistuleux. Je fais un avivement annulaire, qui pénètre profondément dans le trajet, et je ferme avec quatre points de suture à la soie. La sonde est remise à demeure.

Les fils furent retirés le neuvième jour. La malade alla bien pendant quelques jours et l'urine se mit à suinter de nouveau par un pertuis, extrêmement étroit, qui n'admettait pas même un stylet de trousse.

Je tentai vainement l'oblitération de ce pertuis par des cautérisations au fer rouge et au crayon de nitrate d'argent.

Le 17 février 1886, la malade fut endormie et je fis un avivement au bistouri large comme une pièce de 50 centimes, et, pénétrant dans le trajet aussi profondément que je le pouvais, je fis deux points de suture.

L'opération réussit parfaitement.

La malade a été revue plusieurs fois. En septembre, elle retenait parfaitement ses urines. Le sang des règles passe par le canal, ce qui ne paraît pas incommoder la malade.

En novembre cette femme continue à aller très bien. On peut la regarder comme guérie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur une épidémie de variole, par M. le docteur Dezautières ;

2° Une note relative au *Traitement des œdèmes par la galvanocaustique*, par M. le docteur Cavaillon (de Carpentras).

DISCUSSION SUR LE SURMENAGE SCOLAIRE

M. le Président rappelle que, dans la dernière séance, la clôture de la discussion générale a été prononcée.

Il s'agit maintenant d'adopter les conclusions qui répondent le mieux à la pensée de l'Académie.

M. Lagneau prend la parole pour défendre la conclusion de la Commission.

M. Trélat pense que cette conclusion ne donne pas une idée juste des opinions de ceux des membres de cette commission avec lesquels il a causé depuis la dernière séance. Ils l'ont adoptée sans attacher aux mots qu'elle renferme l'importance qu'on pourrait croire, et particulièrement en ce qui touche les mots « surmenage intellectuel », il semble y avoir un malentendu.

En réalité, il n'existe pas de surmenage intellectuel. Si l'on pouvait se permettre un néologisme, on pourrait dire qu'il y a *malmenage*. On dirige mal les enfants, au point de vue intellectuel aussi bien qu'au point de vue physique. Ce n'est pas à dire qu'ils travaillent trop ; mais on les fait mal travailler. Quant aux programmes, il est certain qu'en les surchargeant sans cesse, on aggrave les fautes d'hygiène que l'Académie de médecine peut et doit signaler.

Il faut réformer le système scolaire, et, pour cela, il faut réformer les programmes : c'est évident. Tant que l'Académie se borne à indiquer cette conséquence des nécessités hygiéniques qu'elle a charge de proclamer, elle est tout à fait dans son rôle. Mais ce sur quoi elle doit avant tout insister, c'est le remaniement du système scolaire dans un sens qui donne aux enfants un développement physique suffisant, et qui leur fasse remplacer par l'exercice musculaire les conversations à demi-voix et les préoccupations malsaines menant aux habitudes funestes.

En somme, M. Trélat propose les conclusions suivantes :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime de nos établissements scolaires.

Elle pense que les collèges et lycées, pour élèves internes, doivent être installés à la campagne ;

Que les salles d'études doivent jouir d'un éclairage et d'une aération calculés pour leur capacité et le nombre d'élèves qui doivent y séjourner ;

Que les moyens de propreté personnelle et générale, lavabos, bains, water-closets, circulation régulière et enlèvement des immondices et impuretés de toute nature, doivent être installés irréprochablement ;

Que de larges espaces, bien exposés, doivent être réservés pour les récréations.

Sans s'occuper des programmes d'étude, dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants :

Accroissement de la durée du sommeil pour les jeunes enfants ;

Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire de la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices ;

Nécessité impérieuse de soumettre toutes les classes à des exercices quotidiens d'entraînement physique, proportionnés à leur âge : marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, exercices de tous genres, jeux de force, etc. »

M. Hardy est absolument d'accord pour le fond avec M. Trélat ; mais il lui semble qu'il vaut mieux ne pas entrer dans de trop grands détails sur la nature des exercices, sur les soins de propreté, etc. Il croit qu'il n'est pas de la dignité de l'Académie de parler de lavabos et de water-closets. En conséquence, il préfère encore, à la rédaction de M. Trélat, celle qu'il avait apportée pour la proposer en son propre nom et qui est ainsi conçue :

« L'Académie, préoccupée des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des lycées qui existent dans les grandes villes, pense qu'il serait désirable que ces établissements, destinés à recevoir des élèves internes, fussent transportés dans la campagne dans un espace plus en rapport avec le nombre des élèves qu'ils doivent contenir ;

Estimant également que la trop grande sédentarité, la trop longue durée des travaux intellectuels peut nuire à la santé et au développement physique des enfants et des jeunes gens, elle recommande, pour diminuer le travail exigé des élèves, d'alléger les programmes universitaires et elle voudrait voir donner plus de temps aux promenades en plein air et aux exercices de corps. »

M. Féréol et **M. Larrey** déclarent se rattacher pleinement à la proposition de M. Trélat. M. Larrey rappelle qu'en qualité de président de la commission dite « du surmenage », il a bien souvent exprimé l'opinion que le rapport de M. Lagneau demandait à être élagué d'une foule de détails ; qu'il soulevait bien des questions, dont la discussion serait interminable, sans aboutir, en définitive, à une conclusion satisfaisante. Celle de M. Trélat est excellente. Il est bon d'insister ainsi sur la nécessité des exercices musculaires quotidiens et réglés. On peut arriver, par ce moyen, à obtenir pour les collèges ce que M. Larrey lui-même a obtenu

pour les enfants de troupe. Ceux-ci font de la gymnastique et de l'entraînement avec le plus grand avantage.

M. LAGNEAU trouve que M. Trélat a tort de formuler une sorte de programme pour les exercices scolaires après avoir dit que les programmes n'étaient pas du ressort de l'Académie. D'ailleurs, quand même une loi serait votée dans le sens indiqué par M. Trélat, on ne l'appliquerait pas. Le seul moyen de faire faire aux enfants des exercices corporels, ce serait de faire entrer ces exercices du corps dans les épreuves du baccalauréat et de faire compter les notes qui s'y rapporteraient pour une très large part dans la somme des notes conduisant au diplôme. (*Murmures.*)

M. TRÉLAT est prêt à supprimer, d'après les observations de M. Hardy, dans sa rédaction, tout ce qui concerne les soins de propreté, les water-closets, etc.; attendu que, dans les lycées nouvellement construits, on se préoccupe beaucoup plus de tout cela qu'on ne le faisait autrefois. Mais il tient à maintenir dans sa totalité le dernier paragraphe de sa rédaction, parce que, si l'on reste dans le vague, en ce qui touche les exercices du corps, ces exercices seront réduits à peu près à rien dans la pratique. Depuis huit jours, il a parlé à beaucoup d'universitaires et il a vu que ceux-ci ne se faisaient pas idée de ce que devait être l'exercice, pour qu'il profite. Ils ne savent pas même ce que signifie le mot *entraînement*. Ils croient qu'on peut en agir avec la gymnastique comme avec le grec, en donner, par exemple, une fois par semaine, à faible dose.

Or, pour le développement des forces, il faut que l'exercice des muscles soit journalier; autrement, loin d'être profitable, il fatigue, il assomme l'enfant.

M. MOUTARD-MARTIN critique quelques détails de la rédaction de M. Hardy.

M. HARDY. Avec la gymnastique forcée, on fera peut-être des hercules; mais l'intelligence sera-t-elle en proportion? Mieux vaut ne rien spécifier, laisser les maîtres et les enfants eux-mêmes choisir le genre d'exercice qui leur convient.

M. BROUARDEL. Il serait facile de combiner les deux projets de conclusions qu'ont formulés, d'une part, M. Trélat et, d'une autre part, M. Hardy. Il n'y a d'ailleurs pas de mal à ce que l'Académie dise bien ce qu'elle veut.

M. BERGERON propose de prendre pour base la rédaction de M. Hardy, en y ajoutant la phrase à laquelle M. Trélat paraît tenir surtout.

M. TRÉLAT déclare qu'à son avis cette phrase, ainsi enchâssée, ne signifierait plus rien.

M. LE PRÉSIDENT, sur la proposition de plusieurs membres, invite MM. Trélat et Hardy à s'entendre, en s'adjoignant MM. Brouardel et Bergeron, sur la rédaction à voter en définitive.

La nouvelle commission se retire dans la bibliothèque, pour délibérer.

M. BROUARDEL, quand elle revient au bout de quelques minutes, annonce qu'elle a unanimement adopté la rédaction de M. Trélat, (*applaudissements*) sauf en ce qui touche le paragraphe relatif aux soins de propreté qu'elle supprime, et le détail des exercices de corps, sur lequel l'accord n'a pu s'établir.

M. TRÉLAT ne veut pas renoncer à cette fin du dernier paragraphe.

M. ROGER propose de mettre cette partie de la phrase entre parenthèses.

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Lagneau s'il se rallie à la proposition de la nouvelle commission.

M. LAGNEAU commence à expliquer pourquoi il ne s'y rallie pas. (*Voix nombreuses* : Aux voix ! aux voix !)

M. LE PRÉSIDENT met aux voix, et l'Académie adopte successivement : d'abord l'ensemble du projet de la nouvelle commission, moins l'énumération finale des genres d'exercices, placée entre parenthèses ; puis cette énumération finale.

Voici le texte définitif ainsi voté.

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime de nos établissements scolaires.

Elle pense que les collèges et lycées, pour élèves internes, doivent être installés à la campagne ;

Que de larges espaces, bien exposés, doivent être réservés pour les récréations ;

Que les salles de classe doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

Sans s'occuper des programmes d'études, dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants :

Accroissement de la durée du sommeil pour les jeunes enfants; pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices;

Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique, proportionnés à leur âge (marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrimes de tous genres, jeux de force, etc.). »

COMMUNICATION

De l'enclavement des fragments et de la suture métallique à fils perdus dans le traitement des pseudarthroses du fémur. — M. BERGER dit que ce procédé, qu'il a eu l'occasion de mettre deux fois à exécution, a pour but de remédier aux causes des insuccès qu'on observe fréquemment dans le traitement de ces pseudarthroses par la résection et la suture osseuse.

Ces causes d'insuccès tiennent à la difficulté de maintenir au contact les fragments, à la suppuration du foyer de résection, déterminée par les fils métalliques qui sortent de la plaie, et à l'impossibilité qu'on éprouve parfois à retirer ces fils, qui se brisent lorsqu'on cherche à les enlever.

M. Berger propose de faire un avivement cunéiforme des fragments, de manière que le V saillant que présente le fragment supérieur, puisse être enclavé dans le V rentrant qu'on a taillé dans le fragment inférieur. De la sorte se trouvent diminuées les chances d'écartement secondaire de ces fragments.

La suture métallique à fils perdus, pratiquée de préférence avec du fil de platine très fort, doublé sur lui-même et parfaitement aseptique, doit être substituée à la suture métallique ordinaire : les chefs des fils employés pour la suture sont coupés au ras du point où on les a tordus, et sont martelés et égalisés avec un polissoir sur l'os afin de ne présenter aucune inégalité : on ramène sur eux le périoste, et on réunit l'incision superficielle par la suture.

Il faut avoir soin d'enfermer aussitôt le membre dans un appareil inamovible, préparé avant l'opération et laissant une ouverture suffisante pour les pansements.

Ce procédé ne peut être tenté qu'en suivant les règles strictes de la méthode antiseptique, grâce à laquelle on a des chances de voir diminuer le chiffre de la mortalité (jusqu'à présent 19 p. 100) et la proportion des insuccès (51 p. 100) inhérents à cette opération.

Des deux malades traités par ce moyen et que M. Berger présente à l'Académie, l'un a eu néanmoins un peu de suppuration du foyer de la résection et a éliminé un des fils de la suture avec un séquestre, l'autre a guéri sans suppuration profonde et a conservé ses deux points de suture osseuse. Chez l'un et l'autre la consolidation est complète depuis plus d'un an et demi et la marche est possible.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins.

Par M. A. LAILLER (de Quatre-Mares, près Rouen).

L'année dernière, en octobre et novembre, la *Gazette des hôpitaux* a publié plusieurs articles ayant pour titre : « Barbiers et

médecins. » Ils formaient un chapitre extrait du *Trésor judiciaire de la France*, ouvrage dû à M. Charles Desmaze, ancien conseiller à la Cour impériale de Paris.

La lecture de ces articles m'a remis en mémoire une très intéressante étude locale sur le même sujet, publiée, il y a vingt-trois ans, par un savant, aussi érudit que modeste, M. E. Gosselin, greffier-archiviste à la Cour impériale de Rouen. M. Gosselin avait choisi pour titre à son étude : « Les barbiers et les chirurgiens en Normandie avant 1792, et documents sur l'anatomie (1). »

Les extraits que je vais en donner me paraissent devoir intéresser tous ceux qui aiment à remonter dans l'histoire de la médecine. Les documents fournis par l'auteur sont puisés à des sources sûres et ils reflètent l'état de la science médicale à Rouen aux dates indiquées.

I

M. Gosselin s'attache d'abord à dissiper une erreur commune, qui tend à faire croire que les barbiers, les barbiers-chirurgiens et les chirurgiens ne formaient qu'une seule et même corporation. Il nous apprend que le concile de Tours, tenu en 1163, ayant interdit à tous ceux qui s'étaient engagés dans les saints ordres l'exercice de la chirurgie, cette science fut, pendant un certain temps, dans le chaos. Elle en sortit grâce à des chirurgiens dont les noms appartiennent à l'histoire, et, dès 1311, nous les voyons obtenir de Philippe le Bel un édit qui marque, pour ainsi dire, le berceau de leur corporation, puisque Jean Pitard y est nommé maître chirurgien du roi. M. Gosselin établit ce fait que, depuis leur fondation jusqu'en 1603, les chirurgiens n'exercèrent jamais le métier de barbier pour lequel, au contraire, ils avaient un profond mépris, et qu'ils caractérisaient par une sorte de jeu de mots, en disant que « la barberie estoit *barbarie* non compatible avec leur profession ».

D'autre part, M. Gosselin rappelle que, dès le XIIIe siècle, les barbiers avaient formé en France une corporation et que, dans le XIVe siècle, ils eurent pour chef le premier barbier du roi. La raison, dit-il, qui les fit se livrer aux pratiques de la chirurgie, naquit de la haine et de la jalousie que les médecins professaient alors contre les chirurgiens.

C'est que, en effet, les médecins, pour ne pas avoir recours aux chirurgiens, lorsqu'il y avait une opération chirurgicale à faire, s'adressèrent aux barbiers, en raison de l'habitude qu'ils avaient de manier le *raiseur*.

« Une fois, dit M. Gosselin, que les barbiers eurent en main le phlébotome ou la lancette, ils aspirèrent au scalpel et à tout ce qui appartient à la chirurgie.

« Dès l'an 1372, Charles V leur permit de panser les clous, bosses et plaies ouvertes non mortelles.

« En 1425, un arrêt du Parlement maintint ce droit à leur profit en ajoutant « qu'ils ne pourraient aller plus avant en la chirurgie, à moins d'être examinés et reçus maîtres audit art par les chirurgiens ».

« Mais l'Université, continuant de faire pièce aux chirurgiens, soutenait si bien les barbiers que ceux-ci osèrent lui demander et furent assez favorisés pour obtenir, en 1493, la permission « d'acheter un corps exposé au gibet pour en faire faire, devant eux, l'anatomie » par un docteur en médecine [illegible].

« En Normandie et spécialement à Rouen, dès la fin du XIVe siècle, nous trouvons les *barbiers phlébotomites*, c'est-à-dire en possession du droit de seigner, de soigner clous et bosses et de poser le premier appareil sur un blessé. Les statuts qu'ils obtinrent le 18 décembre 1407 ne laissent aucun doute à cet égard.

« Arrêtés et jurés devant Jean de la Tuile, bailly de Rouen en 1407, ratifiés et sanctionnés postérieurement par lettres patentes du mois de mars 1412 et de novembre 1424, ces statuts (2) décident que nul maître et ouvrier ne pourra être reçu à tenir *ouvreur* s'il n'est jugé suffisant et capable par les maîtres barbiers, et il ne sera jugé tel qu'après qu'il aura été reconnu que seul, sans le concours ni le conseil d'aucun maître ou compagnon, et sous la surveillance des trois gardes en charge, il aura fabriqué trois fers de lancettes en vingt-quatre jours, c'est-à-dire que, pour cette fabrication, il devra passer, à ses frais, huit jours en l'hôtel de *chacun* desdits trois gardes, *sans en sortir*. Après quoi les trois gardes appelleront douze compagnons des plus suffisants, et si, après leur examen, les trois lancettes sont jugées bonnes et suffisantes pour seigner toute veine, tant de bras que de pied, il sera juré maître et ouvrier dudit métier et science. Chaque maître barbier et ses serviteurs pourront étancher toute personne blessée à sang et poser le premier appareil. »

Cet état de choses se modifia : la corporation des chirurgiens et celle des *barbiers phlébotomites* s'unirent pour défendre leur intérêt commun ; voici à propos de quoi cette entente eut lieu.

« Depuis longtemps affluaient à Rouen de faux compagnons de la chirurgie et de la barberie ; sans avoir été reçus à la maîtrise de l'une ou de l'autre corporation, ils s'établissaient dans des chambres et y recevaient les pratiques, au grand préjudice des maîtres.

« Dans ces circonstances, les chirurgiens et les barbiers-phlébotomites, menacés au même degré, s'entendirent pour appeler devant le bailli les « ouvriers et compagnons non jurés et vagabonds ».

« C'était en 1500 (1) et déjà les chirurgiens subissent la pression des barbiers, puisqu'ils laissent prendre à ces derniers la qualité de barbiers-phlébotomites et qu'eux-mêmes prennent celle de chirurgiens-barbiers ; c'était là une immense concession, contre laquelle ils luttèrent souvent dans la suite. »

Les griefs contre les vagabonds étaient nombreux. « Mais ceux-ci répondaient d'abord « que, de droit naturel, il était permis à chacun de travailler pour vivre » (c'était presque le droit au travail !) et ils ajoutaient : « Parce que nous n'avons pas le moyen de payer pour nous faire recevoir à la maîtrise, faudra-t-il nous abstenir de travailler et de fournir à nos femmes et à nos enfants ce qui leur est nécessaire ? faudra-t-il repousser ceux qui viennent à nous ? mais alors ce serait traiter les bourgeois de Rouen comme des *banniers* et les forcer d'aller se faire soigner par des gens qui leur répugnent, parce qu'ils pansent des malades affectés de mal contagieux, et qu'ils ne veulent pas qu'après avoir touché aux plaies ils viennent leur toucher le visage. »

L'auteur arrive à 1550 : « A la naissance du duc d'Angoulême, dit-il, un nommé Robert Videlin, simple compagnon barbier, avait obtenu de la reine de France (2) des lettres de maîtrise ; mais, lorsqu'il voulut les faire enregistrer au bailliage de Rouen, les maîtres barbiers-phlébotomites et les maîtres barbiers-chirurgiens s'y opposèrent en soutenant : « Que l'état de chirurgie était si privilégié et si connexe qu'il ne fallait séparer la barberie d'avec la phlébotomie et la chirurgie, parce que les maîtres barbiers ayant en leurs boutiques des bassins pendus, le public pouvait s'y tromper et entrer indifféremment chez les uns ou chez les autres. » Heureusement pour la chirurgie que le bailli vit la chose de plus haut, car il décida que l'impétrant serait reçu maître du métier de simple barbier (3) en ajoutant que la distinction était toujours facile, puisque, si les barbiers avaient des bassins pour enseigne, les chirurgiens avaient des boîtes et des bassins.

« Pour mettre le comble à la confusion, un arrêt du Parlement de Paris donna, en 1603, à ceux de la capitale, le titre de barbiers-chirurgiens ; puis, au mois d'août 1613, des lettres patentes du roi réunirent les chirurgiens et les barbiers en un même corps.

« En vain les chirurgiens tentèrent-ils, en 1614, de répudier les barbiers et de vouloir rétablir entre eux et ces derniers la ligne qui n'aurait jamais dû être franchie ; l'arrêt du Parlement de

(1) Gosselin, *Les Barbiers et les chirurgiens en Normandie, avant* 1792, et *Documents sur l'anatomie*, suivis de l'*Origine des réverbères à Rouen*. — In-8°, 30 pp. Rouen, 1864, Impr. Cagniard.

(2) Archives de la Seine-Inférieure, manuscrit du XVe siècle, sur parchemin.

(1) Archives de la Seine-Inférieure, manuscrit du XVIe siècle.

(2) Catherine de Médicis, femme de Henri II.

(3) Archives de la Seine-Inférieure. Fonds des chirurgiens.

Paris, du 23 janvier de ladite année, intervenu sur leur requête, resta comme lettre morte. Le chirurgien rasait, le barbier saignait et faisait de l'anatomie ; en un mot, si la différence existait encore dans les mots, elle n'était plus dans les faits. »

M. Gosselin s'empresse de dire que ce serait une grave erreur de croire qu'il n'existait plus en France de chirurgiens véritablement dignes de porter cette qualification. Il cite à l'encontre de cette opinion erronée des noms dont la chirurgie s'honore, et il n'a garde d'oublier celui dont Rouen a gardé le souvenir, en donnant son nom à une de ses rues, l'habile et savant chirurgien Lecat.

Pour terminer, l'auteur ajoute « qu'en 1659, un édit du mois de décembre essaya d'abattre l'orgueil des barbiers, en ordonnant la formation en corps des barbiers-baigneurs-étuvistes et perruquiers ; qu'un autre édit de mars 1764 ordonna que lesdits barbiers-baigneurs-étuvistes seraient établis en maîtrise et qu'ils porteraient pour enseignes les quatre dénominations ci-dessus, et qu'en outre il leur défendit « d'exercer la chirurgie en aucune manière que ce soit ». Malheureusement cet édit ajoute : « N'entendant empêcher les maîtres chirurgiens-barbiers ni leurs garçons et apprentis de faire le poil et la barbe. »

Ce ne fut que beaucoup plus tard, en 1756, que Louis XV défendit aux chirurgiens de se livrer à toute autre profession qu'à celle de la chirurgie et, par suite, leur accorda les privilèges dont jouissaient les arts libéraux. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juillet, M. le docteur Betancès a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 6 août 1887, M. le médecin principal de première classe Dujardin-Beaumetz est nommé chef du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baudouin, nommé membre du comité consultatif de santé.

— Par décret, en date du 7 août 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Papon, Callamand, Cougomble, Sprauel, Desfossés, du Magny, Darier, Pinel-Maisonneuve, Queyrat, Moure, Hitier, Dezac-Derecq et Hamonic.

— Par décret, en date du 5 août 1887, M. Perquis, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 7 août 1887, ont reçu les destinations suivantes :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Didier, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Rodet, pour le 2e régiment étranger.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Depéret-Muret, professeur de pathologie interne, est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Thierry, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — L'ouverture des concours pour l'internat et l'externat des hôpitaux, aura lieu les 10 et 25 octobre 1887.

Le nombre des internes à nommer est de douze, celui des externes sera fixé d'après les besoins du service au moment de l'ouverture du concours.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans l'une de ses dernières séances, l'agrandissement de l'amphithéâtre des opérations et des cours à l'hôpital de la Pitié.

— La ville de Santiago de Cuba a été très éprouvée en ces derniers temps par la variole et la fièvre jaune. Il résulte d'un rapport officiel qu'il y a eu, en avril, 22 cas de variole et 8 décès ; en mai, 338 cas et 25 décès ; en juin, 655 cas et 212 décès, soit dans l'espace de trois mois 1015 cas et 245 décès, ou une mortalité de 24,14 pour 100.

Quant à la fièvre jaune, nous trouvons pour la même période les chiffres suivants : avril, 0 cas, 0 décès ; mai, 36 cas et 25 décès ; juin, 49 cas et 36 décès, soit dans l'espace de deux mois, 85 cas et 61 décès ou une mortalité de 71, 77 p. 100.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21529

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. **».** — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif.

Par M. le docteur P. Michaux, prosecteur à la Faculté de médecine.

Parmi les questions soumises dans ces dernières années aux discussions des chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger, il en est peu qui aient autant préoccupé l'attention que l'étude de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif.

Le praticien qui suit ces discussions ne peut manquer d'être frappé de la multiplicité des opinions émises. En présence de pratiques si différentes, soutenues avec un égal talent, il devient difficile de se prononcer et de choisir ; cependant le désaccord est plus apparent que réel, et si la question n'est pas tout à fait mûre, elle est cependant susceptible de recevoir, au point de vue pratique, un certain nombre de solutions précises. Cette possibilité, jointe à l'intérêt du sujet, excusera, je l'espère, l'audace qui nous fait aborder une question aussi difficile.

Les leçons si intéressantes professées, pendant le semestre d'été, par M. le professeur Guyon, et les indications précieuses données par mon excellent maître et ami M. le docteur P. Segond, dans les conférences de médecine opératoire qu'il vient de faire avec tant de succès à la Faculté, rendent d'ailleurs ma tâche plus facile et me donnent un appui solide que je serais impardonnable de ne pas mentionner.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que cette question chirurgicale fût d'ordre purement théorique ou d'une observation rare ; les faits nombreux et divers relatés dans ces dernières années suffisent pour nous convaincre de la fréquence des contusions et des plaies du tube digestif, dans la pratique civile comme dans la pratique militaire, à la campagne tout aussi bien qu'à la ville.

Chavasse, dans son travail si intéressant basé sur l'étude de 149 faits de contusion abdominale, a trouvé la cause nettement indiquée dans 80 cas : 36 fois il s'agissait d'un coup de pied de cheval, 23 fois du passage d'une roue de voiture, 13 fois de coup de pied d'homme, 8 fois seulement de blessures de guerre.

Il n'existe pas de relevés analogues pour les plaies du tube digestif au moins dans la pratique civile. En temps de guerre, nous savons que la proportion des plaies de l'abdomen, relevée par Otis pendant la guerre d'Amérique, est d'environ une sur vingt-neuf blessures, et que de plus un dixième des morts du champ de bataille sont atteints de blessures abdominales. Cette proportion des plaies abdominales était d'ailleurs plus considérable dans les guerres d'Afrique, et dans les tranchées de Sébastopol, au dire de Chenu, elle était d'une sur quinze blessures. On est tout étonné, en étudiant en détail les statistiques d'Otis, de trouver sur ce nombre plus de plaies non pénétrantes que de plaies pénétrantes, 4821 au lieu de 3717. Étant donné que presque toutes ces blessures sont des blessures par armes à feu, il est plus que probable que cette proportion sera tout à fait changée dorénavant avec la puissance de pénétration des projectiles actuels. Si je me suis permis cette courte digression, c'est qu'elle me semble fort intéressante pour établir quelle part, dans ces différents cas, il faut faire aux lésions du tube digestif. J'ai relevé dans le livre d'Otis, si riche en faits et en aperçus intéressants, la petite statistique suivante qui répond en partie à la question que je viens de soulever.

Sur 3717 plaies pénétrantes, 32 fois seulement il n'y eut pas de blessure viscérale connue, 2599 faits manquent de renseignements précis ; dans 1072 faits de plaies par armes à feu, il y avait 79 plaies de l'estomac, 653 plaies de l'intestin, soit 732 plaies du tube digestif contre 340 plaies des autres viscères abdominaux, et notamment du foie qui figure dans ce total pour un chiffre de 173 plaies. En tenant compte de toutes les imperfections des statistiques, on voit donc combien les plaies du tube digestif sont fréquentes en temps de guerre. Il suffit de rappeler la multiplicité croissante des crimes et des accidents de toute espèce, coups de revolver, accidents de chasse, coups de couteau, de tranchet, coups d'épée, coups de corne de bœuf ou de taureau, empalements dans une chute sur un bâton pointu, sur une fourche, etc..., pour se rendre compte de la fréquence des plaies du tube digestif aussi bien dans la pratique des villes que dans celle des campagnes, et pour bien montrer combien cette question des plaies du tube digestif doit se présenter souvent au praticien.

1° L'intervention chirurgicale est-elle justifiée dans les traumatismes du tube digestif?

2° Quels sont les procédés chirurgicaux applicables aux traumatismes du tube digestif?

3° Quelles sont les indications fournies par l'étude des lésions et des symptômes.

Telles sont les trois questions que nous essaierons de résoudre en nous bornant aux notions les plus simples et les plus pratiques.

I

L'intervention chirurgicale est-elle justifiée :

1° *Dans les contusions du tube digestif;*

A cette première question, l'étude du pronostic de la contusion intestinale répond d'une manière péremptoire. La statistique de Chavasse ne relève que 6 guérisons seulement, sur 149 cas, soit une mortalité de 96 p. 100. La contusion de l'intestin est donc une affection extrêmement grave, qui ne laisse au blessé qu'un nombre infiniment petit de chances de survie, et, dans ces conditions, quelque grave que soit l'intervention proposée, on a tout lieu d'espérer, par comparaison avec les chiffres donnés pour d'autres affections abdominales, que la mortalité sera plutôt moindre.

Le nombre des opérations pratiquées jusqu'ici ne permet pas d'établir une comparaison; dans le cas de Chavasse, l'opération pratiquée tardivement pour une rupture du pancréas avec des lésions intestinales insignifiantes, ne pouvait être suivie de succès; par contre, le malade de M. Bouilly peut être considéré comme guéri, puisqu'il était à peu près hors d'affaire au dixième jour, lorsqu'une exploration trop hâtive a détruit des adhérences encore insuffisantes.

Quelque rares que soient les guérisons spontanées dans les contusions intestinales, il en existe cependant un certain nombre, relatées dans la thèse de Villemin, et surtout dans le rapport de M. Berger à la Société de chirurgie, à propos de l'observation de M. Bouilly. Il y a le cas célèbre de Jobert de Lamballe : un charretier est renversé, et les roues d'une voiture pesamment chargée lui passent sur le ventre; il guérit cependant. Deux mois après, il meurt d'hémoptysie indépendante du traumatisme, et on trouve une perforation intestinale comblée par un lambeau d'épiploon. La thèse de Renaut, 1862, en renferme une autre observation; enfin, le mémoire de Polland, 1858, contient un dernier fait, le seul d'ailleurs sur 64 cas observés, ce qui démontre surabondamment que, si la guérison survient quelquefois spontanément, dans la contusion intestinale, c'est là un fait rare, sur lequel il n'est pas permis au chirurgien de s'appuyer pour refuser une intervention active.

En étudiant les indications chirurgicales tirées de l'étude des lésions et des symptômes, nous aurons l'occasion de retrouver d'autres arguments de détail, qui démontreront que l'opération, justifiée par la gravité de l'opération, est possible, en raison de la localisation fréquente des lésions dans la région contuse, et de la possibilité du diagnostic.

2° *Dans les plaies du tube digestif.*

De même que, pour la contusion intestinale, l'intervention chirurgicale est pleinement justifiée par la gravité extrême des plaies de l'intestin, ici même les faits sont plus nombreux, et il est déjà possible de comparer les résultats de l'abstention et de l'intervention chirurgicales dans cette catégorie de faits.

La mortalité des plaies intestinales, envisagées dans leur ensemble, a été surtout évaluée pour les plaies de guerre; les deux auteurs les plus considérés sur ce point, Chenu et Otis, en fixent le chiffre à 92 p. 100 environ. D'autres arrivent à des chiffres moins élevés; c'est ainsi que la mortalité relevée par M. Nimier, chirurgien-major au corps d'occupation du Tonkin, n'est que de 78 p. 100 : 53 décès pour 68 plaies pénétrantes.

Faut-il voir, dans ces résultats, les avantages de la méthode antiseptique, ou seulement une de ces divergences comme les statistiques antérieures nous en offrent de nombreux exemples? C'est là un point sur lequel nous ne pouvons nous prononcer.

La mortalité, ainsi examinée dans son ensemble, est donc extrêmement élevée; l'opération est encore bien mieux justifiée, si on descend dans les détails de la statistique, nous y voyons, pour les plaies de l'estomac, une mortalité fixée à 100 p. 100.

Pour les plaies de l'intestin grêle, nous relevons, dans Otis, le chiffre de 99,23 p. 100; dans Hahlcock, c'est 100 p. 100 que nous lisons, dans les cas abandonnés à eux-mêmes. Je sais bien que la mortalité est sensiblement moindre dans les plaies du gros intestin (douze fois moindre, au dire d'Otis); que, sur 64 guérisons après fistules stercorales ordinairement, 59 appartiennent au gros intestin; mais il ne faut pas oublier que ce sont incontestablement les cas les moins fréquents.

Il est bien certain, aujourd'hui, que les chiffres d'Otis donnent à peu près exactement la proportion des guérisons spontanées dans les plaies de l'intestin; c'est sur ces chiffres que M. le professeur Trélat s'est appuyé pour établir, d'une manière incontestable à notre sens, devant la Société de chirurgie, la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'intestin.

Avec ce maître, on doit donc insister sur ce premier fait, capital dans la question qui nous occupe : *tout individu atteint de plaie de l'intestin grêle abandonnée à elle-même n'a même pas un centième de chance de survie.*

Que lui donne l'intervention?

La réponse est nette, précise, d'une importance non moins capitale : Environ 40 centièmes de chances, 4 succès sur 10 opérations récentes (Trélat). Une telle différence pourrait se passer de commentaires; c'est la démonstration la plus éloquente qu'on puisse donner du rôle de l'intervention chirurgicale dans les plaies du tube digestif.

Sans doute il faut tenir compte des différences relevées dans d'autres statistiques plus limitées.

Sur 8 cas, William Kund, chirurgien américain, relève : 5 malades non opérés, 5 morts; 3 laparotomies, 1 mort, 2 succès; et cependant il s'agissait d'opérations très laborieuses.

Une autre statistique, de Morton, portant sur 22 cas, nous donne, dans l'intervention, une mortalité de 70 p. 100.

Dans un travail récent, publié sur ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire,* notre collègue, A. Broca, relève 2 opérations pour plaies de l'estomac, 2 guérisons; 21 opérations pour plaies de l'intestin, 15 morts, 6 guérisons; soit, au total, 23 opérations pour plaies de la portion abdominale du tube digestif, avec 15 morts et 8 guérisons, ce qui donne une mortalité de 65 p. 100, chiffre peu éloigné de celui que donnait le résumé des 10 observations récentes de M. Trélat.

Limitée aux seules plaies par armes à feu, cette statistique est encore bien meilleure, puisque nous comptons 7 guérisons et 11 décès seulement sur 18 observations (17 plaies de l'intestin et 1 plaie de l'estomac par un coup de carabine Flobert).

Nous ne voulons pas nous livrer à un travail d'expurgation de ces statistiques; nous les avons données tout à fait exactes, pour éviter toute cause d'erreur. S'il est bien certain qu'une opération bien menée, avec toutes les précautions antiseptiques, ne peut donner que les meilleurs résultats, il est non moins incontestable que ces chiffres multiples et divers concordent tous pour prouver la thèse que nous avancions et justifier, d'une manière absolument irréfutable, la doctrine de l'intervention chirurgicale dans les plaies du tube digestif, intestin et estomac. La proportion n'est peut-être pas tout à fait celle qui a été indiquée par M. le professeur Trélat; nous voulons bien admettre qu'il soit tombé sur une série plus heureuse; mais les statistiques les plus défavorables ne descendent pas au-dessous de 70 p. 100 (Morton); elles laissent encore au malheureux blessé un nombre de chances de survie bien supérieur à celui que donnent les meilleures statistiques de blessures de l'intestin abandonnées à elles-mêmes.

II

Des divers procédés chirurgicaux applicables aux traumatismes du tube digestif. — Pendant fort longtemps, jusqu'à la fin du siècle dernier, la doctrine de la non-intervention chirurgicale fut seule admise pour les traumatismes du tube digestif, et aujourd'hui encore elle a conservé des partisans parmi nous, du moins dans certains cas.

Cette doctrine était si profondément enracinée dans les enseignements et dans les esprits, qu'il n'a fallu rien moins que les perfectionnements successifs de la suture intestinale, les travaux expérimentaux de la première moitié de ce siècle, surtout les expériences de Travers et de Jobert de Lamballe, et en dernier lieu les immenses progrès de la chirurgie abdominale et de l'antisepsie pour arriver à mettre en lumière tous les avantages de la résection et de la suture intestinale.

Pour justifier cette doctrine de la non-intervention, nos maîtres en chirurgie mettaient en avant trois arguments principaux :

1° La possibilité de la guérison spontanée;

2° La gravité extrême du pronostic;

3° Leur crainte de toucher au péritoine, justifiée par des revers presque constants.

Nous savons déjà ce qu'il faut penser des deux derniers arguments; la gravité extrême du pronostic est devenue, nous l'avons démontré, une justification de l'intervention; les succès de la chirurgie abdominale nous dispensent d'appuyer sur les dangers de toucher au péritoine : avec les procédés antiseptiques, cette crainte doit être aujourd'hui bannie de l'esprit des chirurgiens.

Reste la possibilité de la guérison spontanée; les travaux expérimentaux de Travers, de Jobert, de Chauveau, de Longuet, ont bien fait voir les divers modes suivant lesquels s'effectue cette guérison, rappelons-les brièvement.

S'agit-il d'une petite plaie, piqûre, incision de 6, 8 et même 10 millimètres, plaies par balles de revolver, l'obturation de la solution de continuité s'effectue par le mécanisme de la hernie de la muqueuse; dans les sections plus étendues ou même complètes, la guérison ne peut être obtenue que par l'établissement d'adhérences solides qui obturent la solution de continuité, rattachent entre elles deux plaies intestinales voisines, ou limitent et dérivent, vers la plaie cutanée, l'épanchement des matières qui tend à se produire et à détruire le travail naturel de guérison, surtout si l'ingestion des aliments est récente, et si le blessé est soumis à des mouvements qui facilitent cette issue. — Plus rarement enfin l'obturation se fait par l'interposition d'un lambeau d'épiploon, d'une portion de mésentère. Le mécanisme est toujours le même.

La possibilité de la guérison spontanée est incontestable; elle s'observe surtout, nous l'avons dit, pour les blessures du gros intestin; mais pour que cet argument ait de la valeur, il faudrait que cette oblitération spontanée fût fréquente; or, il n'en est rien, les chiffres que nous avons donnés pour justifier notre intervention le démontrent surabondamment, puisque c'est à des cas traités de cette manière par les moyens médicaux que se rapportent ces effrayantes mortalités de 92, de 99 p. 100 que nous avons déjà relatées.

La comparaison que nous avons établie plus haut avec les résultats de l'intervention chirurgicale, doit donc faire rejeter, comme dangereuse et mauvaise, la doctrine de la non-intervention dans les plaies et contusions du tube digestif; tout au plus pourrons-nous utiliser les données du traitement médical pour favoriser les procédés chirurgicaux auxquels nous aurons recours; c'est à ce titre que la diète la plus rigoureuse, le repos absolu, l'immobilisation de l'abdomen par une cuirasse de collodion, l'usage de l'opium, les piqûres de morphine s'imposent encore au chirurgien moderne pour favoriser la réussite des opérations dont nous avons fait valoir la nécessité et les avantages et dont il nous reste maintenant à indiquer les procédés les plus pratiques, et à tracer rapidement l'histoire.

Mis en présence d'une plaie ou d'une contusion intestinale, le chirurgien dispose de deux procédés : ou bien rapprocher purement et simplement par la suture intestinale les lèvres divisées, ou bien si les désordres sont étendus, réséquer la portion blessée et suturer ensuite les deux bouts ou les amener à l'orifice de la plaie cutanée pour déterminer la formation d'un anus contre nature.

En fait, c'est donc une partie de l'histoire de la suture et de la résection de l'intestin, de l'*entérorrhaphie* et de l'*entérectomie*, que nous avons à tracer rapidement.

La suture de l'intestin et sa résection sont des opérations fort anciennes; la canule de sureau de Théodoric, et la trachée artère des quatre maîtres sont là pour en témoigner; mais ces procédés n'avaient guère été appliqués que dans des sacs herniaires pour des hernies étranglées; l'opération était absolument extrapéritonéale.

Jusqu'au commencement de ce siècle, personne n'avait osé toucher à l'intestin blessé contenu dans le ventre. D. Larrey est le premier qui ait osé débrider la plaie pariétale, introduire le doigt dans le ventre, et, le trouvant sali, pratiquer immédiatement l'opération de l'anus contre nature. Son malade guérit et l'opérateur regretta de n'avoir pas fait de même dans tous les cas de plaie abdominale. Baudens fit deux fois la même opération et cette règle fut depuis courante parmi les chirurgiens d'armée.

Des faits récents, dont les premiers remontent à la guerre d'Amérique, et d'autre part les immenses progrès de la chirurgie abdominale, ont conduit à une pratique plus hardie qui a fait, à l'Académie de médecine de New-York et à la Société de chirurgie de Paris, l'objet de discussions intéressantes qui ont établi, d'une manière à peu près définitive, les méthodes qu'il faut employer.

L'extension de la chirurgie abdominale aux contusions du tube digestif est une conquête toute récente, dont la gloire revient tout entière à la chirurgie française. C'est à la

Société de chirurgie, dans la séance du 8 août 1883, que M. Bouilly a communiqué la première observation d'intervention, chez un homme de vingt-neuf ans, qui avait reçu un double coup de pied de cheval dans la région sous-ombilicale.

L'opération, faite vingt-deux heures après l'accident, consista dans la résection de 10 centimètres d'intestin grêle, résection suivie d'entérorrhaphie circulaire totale et de réduction. Trois jours après l'opération, une légère fistule stercorale se manifestait, mais le blessé allait très bien, lorsqu'à la suite d'un nettoyage peut-être un peu trop fort de la plaie, dont personne de ceux qui le connaissent n'aura la pensée d'accuser le chirurgien, des adhérences se détachèrent sans doute, et, le dixième jour après l'opération, le blessé succombait à une péritonite suraiguë. Cette remarquable observation a fait l'objet d'un consciencieux rapport de M. Berger, lu peu de temps après à la Société de chirurgie, et en 1885, un nouveau fait apporté par M. Chavasse a été commenté, dans ses principaux détails, par M. Chauvel (Société de chirurgie, 4 mars 1885). Grâce à ces travaux, et au mémoire si important publié par M. Chavasse dans les *Archives de médecine militaire*, il est possible de poser aujourd'hui, d'une manière précise, les indications chirurgicales dans les cas de contusion du tube digestif.

Une petite lésion limitée de l'intestin est justiciable de l'*entérorrhaphie ou suture intestinale pure et simple*.

Quand la lésion est plus étendue, il faut faire la résection intestinale ou *entérectomie* et alors on peut procéder de trois manières différentes :

1° *Entérectomie circulaire suivie d'entérorrhaphie circulaire et de réduction abdominale*, c'est l'opération type.

2° *Entérectomie circulaire suivie d'entérorrhaphie circulaire incomplète, avec conservation d'une petite fistule et maintien de l'anse au voisinage de la plaie cutanée*, c'est la méthode mixte conseillée par M. Bouilly à la suite des opérations qu'il a pratiquées.

3° *Entérectomie, suivie de la formation d'un anus contre nature*, par juxtaposition des deux bouts de l'intestin divisés ; c'est le procédé auquel Kœberlé a eu recours dans sa magnifique opération de résection de deux mètres d'intestin.

Pour gagner du temps et éviter des redites, nous décrirons l'*opération type, entérectomie circulaire suivie d'entérorrhaphie circulaire totale et de réduction*, nous indiquerons ensuite les diverses particularités applicables à chacune des autres méthodes.

Il est convenu d'abord que l'opération doit être faite avec toutes les rigueurs de la méthode antiseptique, dans les conditions d'isolement et de propreté, sans lesquelles il n'y a pas de succès possible ; l'abdomen du blessé aura été soigneusement savonné et lavé avec des solutions antiseptiques, il sera rasé au besoin, puis tout étant disposé comme pour une ovariotomie, on procède à la laparotomie.

La *laparotomie* est donc le premier temps de toute opération d'entérectomie et d'entérorrhaphie ; alors même qu'il s'agit d'une blessure d'une anse intestinale herniée, il faut agrandir la plaie cutanée, pour pouvoir explorer facilement les autres anses intestinales.

On peut à volonté, suivant ses préférences et suivant les cas, faire l'incision médiane ou l'incision passant par la blessure. Cette dernière a parfois des avantages, notamment celui de conduire plus rapidement dans la région des blessures; mais, à côté de ces avantages, on risque d'être plus gêné dans l'opération, les anses intestinales font parfois une hernie si considérable qu'il devient difficile de les maintenir ; la cicatrice ultérieure est moins solide. Ces inconvénients sont moins marqués dans l'incision sur la ligne médiane, surtout lorsqu'on a la précaution de ne pas la faire trop grande, puisqu'il est toujours loisible de l'augmenter ultérieurement, si on est par trop gêné dans le cours de l'opération.

L'incision faite, il faut explorer le contenu de la cavité abdominale; cette exploration importante sera utilement précédée d'un grand lavage de la cavité abdominale à l'eau distillée bouillie et chaude, tel que le pratiquent M. Terrillon et beaucoup d'autres avec lui. La main introduite dans la cavité abdominale cherche à se reconnaître dans les anses intestinales ; dans ce but, il est bon de commencer par l'exploration du gros intestin, soit par le rectum, soit par le cæcum, dont la fixité fait des repères précieux ; la main remonte ensuite en suivant les anses de l'intestin grêle. Mais si cette exploration manuelle peut fournir quelques renseignements, la main ramenant des traces incontestables de matières fécales, il est juste de dire qu'elle est presque toujours insuffisante, inutile donc d'y insister longuement. C'est à la vue qu'il faut surtout recourir : arrivé aux dernières anses de l'iléon, le chirurgien doit les attirer légèrement au dehors pour les examiner une à une ; les bords de la plaie de la laparotomie étant soigneusement garnis de serviettes imbibées de liquides antiseptiques chauds, les anses sont successivement amenées au dehors et examinées avec un soin méticuleux ; à mesure qu'on constate les lésions, on procède à leur réparation en ayant soin de ne maintenir au dehors que l'anse sur laquelle on agit.

Opérer au dehors, est une règle de la plus haute importance, il sera même bon de faire la suture provisoire d'une partie de la plaie abdominale et de garnir le reste avec des éponges bien propres montées sur des pinces et soigneusement comptées, et avec des compresses légèrement phéniquées.

Supposons qu'il n'y ait qu'une seule anse atteinte, et qu'il soit nécessaire de la réséquer : les uns posent une ligature circulaire provisoire aux deux extrémités de l'anse, et résèquent la portion intermédiaire. C'est là un procédé dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir tous les défauts et tous les dangers.

Grâce à l'excellent travail publié par M. Bouilly dans la *Revue de chirurgie*, l'opération peut être conduite d'une manière très sûre et très propre en procédant à peu près comme nous allons l'indiquer.

Deux longues pinces à mors plats et parallèles coiffés de deux tubes de caoutchouc pour égaliser leur action et diminuer leur pression en certains points, deux pinces, disons-nous, sont placées obliquement l'une par rapport à l'autre, de manière à circonscrire la portion intestinale à réséquer, et le coin mésentérique qu'il faut enlever en même temps. La résection est alors opérée à la fois sur l'intestin et sur le coin mésentérique qui lui correspond exactement.

Cela fait, le chirurgien enlève une des pinces, la supérieure ; lie successivement, après les avoir saisis avec des pinces hémostatiques, les vaisseaux mésentériques qui donnent du sang, puis, suivant les conseils donnés par M. Bouilly, il nettoie complètement cette portion d'intestin, par une grande irrigation d'eau chaude qui a pour effet tout à la fois de nettoyer l'intestin et, par action stimulante, de rétrécir son calibre distendu parfois par le météorisme. L'opération terminée pour l'extrémité supérieure, on procède de même pour l'extrémité inférieure, après avoir remis momentanément la pince supérieure, mais sur l'intestin seulement pour cette fois. L'entérectomie est réalisée.

Il faut alors procéder à l'entérorrhaphie circulaire ou suture de l'intestin. Pour procéder à cette opération, on est parfois gêné par la différence de calibre des deux bouts à mettre en contact. L'irrigation longue et énergique avec l'eau chaude, en réveillant la contraction des fibres lisses de l'intestin, obvie le plus souvent à cet inconvénient. On a encore conseillé la section oblique de l'extrémité la plus étroite, la résection cunéiforme d'une partie de l'anse la plus volumineuse (Rydigier) ; d'autres encore font un pli pour diminuer la circonférence. Ce sont là des détails qu'il est difficile de trancher d'une manière générale ; on se comportera suivant les cas particuliers.

Pour faire la suture de deux anses de calibre à peu près égal, on se sert d'aiguilles aussi petites que possible, mousses et non tranchantes sur leurs bords ; les fils de soie phéniquée fins sont plus solides que les fils de catgut et devront leur être préférés en principe.

Il n'y a qu'une seule méthode de suture intestinale qui soit réellement bonne et pratique, c'est celle qui a pour principe fondamental l'adossement des séreuses dont Jobert de Lamballe a montré tous les avantages. Parmi les procédés multiples basés sur cette méthode, il est également facile de faire un choix.

La suture de Gély qui se fait avec un long fil armé d'une aiguille à ses deux extrémités, est une suture excellente, mais assez longue et convenant mieux aux sutures partielles qu'aux sutures totales.

Le seul procédé pratique et commode est la suture de Lembert. Pour la pratiquer, enfoncez l'aiguille à trois ou quatre millimètres de la solution de continuité, traversez transversalement la paroi intestinale, en respectant soigneusement la muqueuse qui ne doit pas être perforée, et venez ressortir à $1^{mm},5$ environ de ladite solution de continuité ; allez pénétrer de même à $1^{mm},5$ de l'autre tranche intestinale, pour ressortir à 2 millimètres au delà, après avoir encore traversé la paroi, mais non la muqueuse. En serrant les deux extrémités du fil ainsi posé, on produit un pli qui adosse les deux tranches de l'intestin, séreuse contre séreuse, et grâce aux distances d'enfoncement des points, il n'y a pas à craindre un rétrécissement trop marqué de l'intestin.

Le premier point est placé sur le bord concave de l'anse intestinale, on en place ensuite un second sur le bord convexe, puis une série d'autres intermédiaires à un intervalle de 2 millimètres environ, de telle sorte que, pour une suture circulaire totale, il faut au moins trente points de suture de Lembert.

Czerny a compliqué la suture de Lembert en passant deux fois le fil dans l'épaisseur de la paroi ; c'est allonger beaucoup une opération déjà extrêmement longue, surtout quand on est obligé de réparer des lésions multiples comme cela arrive souvent.

La suture étant posée sur tout l'intestin ; on suture également le mésentère ; on peut même commencer avantageusement par ce temps de l'opération.

La flaccidité de l'intestin est une des difficultés de la suture intestinale, aussi a-t-on préconisé depuis longtemps l'emploi de pièces rigides, pour soutenir les parois de l'intestin. Guy de Chauliac plaisantait déjà la canule de sureau de Théodoric ; la trachée des quatre maîtres a dû rendre quelques services ; j'emprunte à mon excellent maître P. Segond, la description de deux procédés inédits également ingénieux. M. Félizet, qui fait la suture de Jobert, engage dans chaque extrémité intestinale un cylindre de suif qui soutient la paroi et facilite singulièrement l'opération. La suture terminée, on malaxe le cylindre de suif qui disparaît ainsi par fragmentation. M. Hennequin procède différemment : l'intestin est soutenu par deux cerceaux de corde à boyau ou de forts fils de catgut tressés ensemble ; quatre aiguilles armées de fil de soie fixent l'anneau au voisinage de la tranche intestinale ; le cerceau fixé, on noue ensemble deux à deux les fils des deux cerceaux, ce qui rapproche les deux extrémités, et on termine par des points de suture de Lembert. Ces petits procédés se recommandent au praticien par leur simplicité.

L'entérorrhaphie étant terminée sur toute la circonférence, l'anse est soigneusement nettoyée et réduite dans la cavité abdominale ; grâce aux précautions indiquées au commencement, l'opération, on peut le dire, a été pratiquée tout entière hors de l'abdomen. C'est là une condition de sécurité de premier ordre, et c'est ce qui fait que l'opération est toujours plus difficile et plus dangereuse pour les plaies du gros intestin, lequel n'est que peu ou pas mobile ; ce fait mérite d'être rapproché de la fréquence plus grande des guérisons spontanées dans les plaies du gros intestin.

Frappé des dangers de l'entérorrhaphie totale suivie de réduction, M. Bouilly a proposé de modifier un peu l'opération.

La suture est pratiquée sur presque toute l'étendue, comme dans le procédé précédent, mais on laisse une petite ouverture de 1 centimètre environ, ouverture qui sert de soupape de sûreté, et que l'on a soin de fixer au voisinage de la plaie cutanée. Cette petite fistule, créée volontairement, empêche la tension des matières qui distend presque fatalement la suture intestinale, elle ne manque presque jamais de se produire spontanément dans l'intérieur du ventre, et avec des dangers bien plus grands quand il s'agit d'une entérorrhaphie totale.

Ce procédé a encore été peu appliqué, mais il paraît réunir les meilleures conditions, et c'est à lui, croyons-nous, qu'il faudrait donner la préférence dans la résection de l'intestin, si souvent nécessaire dans les cas de traumatismes, contusions ou plaies du tube digestif.

La petite fistule résultant de cette opération se guérit spontanément, ou par l'un quelconque des procédés applicables à la cure de ces fistules, notamment par l'entérorrhaphie partielle ultérieure, après décollement des adhérences périfistuleuses.

Quelque grands que paraissent devoir être les avantages de ce procédé, il est un troisième mode d'intervention, qui compte de nombreux partisans et peut être mis en parallèle avec le procédé précédent. C'est celui de la résection intestinale, suivie de la formation d'un anus contre nature, par fixation des deux bouts de l'intestin au niveau de la plaie opératoire ou de la plaie de laparotomie. Ce procédé, mis en usage, avec un succès éclatant, par Kœberlé, dans une observation célèbre de résection intestinale pour rétrécissement de l'intestin, présente l'avantage incontestable d'être terminé rapidement, et on connaît tout le prix du temps dans les opérations abdominales. La cure de l'anus contre nature sera entreprise ultérieurement. Ce n'est pas ici le lieu de discuter le procédé par lequel on cherchera à l'obtenir.

Théoriquement, cette méthode est passible de plusieurs objections sérieuses, que nous ne voulons pas cacher et qui doivent être mises en balance avec les avantages sus-mentionnés.

Les accidents peuvent se produire autour des extrémités fixées ; on n'est guère plus à l'abri que dans les autres procédés du détachement des adhérences et de l'épanchement

intra-péritonéal d'une quantité plus ou moins considérable de matières.

En plus, on a tous les inconvénients de l'anus contre nature, les accidents propres à cette affection, et enfin la nécessité d'une intervention nouvelle, toujours très sérieuse, pour porter remède à cette affection. De telle sorte que, tout bien pesé, c'est à la méthode intermédiaire, telle qu'elle a été proposée par M. Bouilly, que nous croyons, avec notre maître Segond, que le chirurgien, soucieux des intérêts de son blessé, doit avoir recours dans la plupart des cas.

Nous en avons fini avec l'examen des procédés réellement pratiques applicables aux traumatismes du tube digestif; en raison de l'intérêt du sujet, nous réclamons l'indulgence pour les détails que nous avons donnés sur la résection et la suture de l'intestin; nous avons cherché surtout à poser la question sur le terrain de la pratique, et à en éloigner soigneusement toute discussion oiseuse; il nous reste maintenant à aborder l'étude des indications chirurgicales tirées de l'étude des symptômes, des lésions et du diagnostic; ce sera l'objet d'une prochaine revue.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins (1).

Par M. A. Lailler (de Quatre-Mares, près Rouen).

II

Voulant justifier le titre de son travail, l'auteur a donné quelques renseignements historiques sur les études d'anatomie pratique, à Rouen, avant la Révolution.

En sa qualité de Normand, M. Gosselin aime à rappeler que, dans ces dernières années, on a découvert qu'un chirurgien du XIVe siècle, Henri de Mondeville, enfant de la Normandie, avait laissé un *Traité de chirurgie* rempli de faits scientifiques (2). Ce Traité a été publié par M. Chéreau. Un fait important qui ressort de la lecture de ce Traité, c'est que Henri de Mondeville n'avait jamais disséqué un cadavre humain.

Pour des causes diverses, qui sont du domaine de l'histoire et de la politique, il faut arriver en 1605 pour constater un élan réel vers les études anatomiques dans la capitale de la Normandie.

Dans cette année, les médecins de Rouen se constituèrent en collège et prétendirent qu'eux seuls avaient le droit de démontrer l'anatomie (3). Les chirurgiens, de leur côté, se hâtèrent de la pratiquer devant leurs élèves. C'était la continuation de la lutte entre médecins et chirurgiens. « Dans les deux camps on s'évertua, dit l'auteur, à se procurer des cadavres, et c'était à qui arriverait le premier auprès du lieutenant général criminel ou du Parlement pour en obtenir le corps des suppliciés. Bientôt même l'engouement devint tel que des excès regrettables, des scandales, des profanations de sépulture s'ensuivirent. La justice criminelle ne pouvait plus suffire à l'avidité des maîtres et des élèves tant en médecine qu'en chirurgie. »

Un arrêt du Conseil privé du roi, en date du 14 mars 1644, obtenu par les chirurgiens de Lyon, décidait « que tout élève devrait justifier de quatre années d'apprentissage; que l'examen serait composé de douze actes d'assemblée, dont les quatre premiers porteraient sur la « connaissance du corps humain et de toutes ses parties », les quatre autres sur les maladies et les quatre derniers sur les opérations chirurgicales » (4).

Les chirurgiens de Rouen firent tout pour obtenir un arrêt semblable en leur faveur, et, comme cela arrive toujours lorsque la passion domine, il y eut des excès dont l'érudit M. Gosselin cite un exemple.

« Adrien Duboc, élève en chirurgie, ayant appris qu'un nommé Abraham Lavoine devait être pendu sur la place du Vieux-Marché, le 14 janvier 1647, s'était pourvu, dès le matin de ce jour, auprès du lieutenant-général criminel, et en avait obtenu la permission de se faire délivrer le corps après l'exécution.

« En conséquence, et conformément à l'usage établi en pareil cas, il se rendit, à cinq heures du soir, vers la tombée de la nuit, au pied de l'échafaud, pour assister aux derniers moments du supplicié et recevoir ses restes.

« Mais, au moment où le malheureux venait d'être hissé et alors que son corps se balançait dans l'espace en se livrant aux horribles convulsions de l'agonie, une bande de trente-cinq compagnons chirurgiens, tous armés d'épées et de pistolets, déboucha tout-à-coup par la rue de la Prison, et, se ruant contre l'échafaud, bouscula l'exécuteur et ses aides, coupa la corde à coups de sabres, s'empara du cadavre du pauvre Lavoine, « non encore mort (1) », et l'entraîna « en la chambre des chirurgiens, située rue Sénécaux, dans une dépendance de la commanderie Saint-Antoine ».

« Cet audacieux coup de main avait été si promptement exécuté que ni le bourreau et ses aides, ni l'élève Duboc, qui attendait la délivrance du corps, ni la foule du peuple qui assistait, comme d'usage, à ce lugubre spectacle, n'avaient eu le temps de se reconnaître et de s'y opposer. Il y eut, après cela, grande émotion parmi les assistants; bien des horions furent distribués; les femmes y perdirent leurs écharpes et leurs coiffes, les hommes y laissèrent leurs chapeaux, mais les hardis compagnons ne firent qu'en rire en disant : « Nous nous moquons du lieutenant-général et nous n'avons que faire de son autorisation pour nous procurer des cadavres (2). »

« Ce fut à trois mois de là, en mars 1647, que les chirurgiens rouennais obtinrent l'arrêt du Conseil, qui les assimilait à ceux de Lyon et obligeait les élèves à subir les douze actes des examens.

« Plus tard, en 1692, une ordonnance royale réglementait tout le corps chirurgical, créait deux chirurgiens royaux dans chacune des villes principales du royaume, et, entre autres choses, leur enjoignait de « faire tous les ans des cours publics d'anatomie et d'opérations chirurgicales sur le cadavre humain ».

« Jamais ordonnance ne fut accueillie avec plus de joie et n'éveilla plus d'émulation. A peine enregistrée au Parlement et au bailliage de Rouen, les maîtres chirurgiens s'empressèrent de se procurer des cadavres et d'ouvrir de nouveau des cours que les élèves envahirent en foule. »

Ce zèle ardent fut de courte durée; d'ailleurs ce qui manquait pour la démonstration anatomique, c'était des cadavres. Cette rareté de sujets propres à la démonstration « tenait à ce que presque tous les cadavres demandaient à être enterrés ». Car, dans ce temps-là, la volonté d'un mourant, « même supplicié », était respectée. A plus forte raison en était-il de même à l'égard des pauvres qui mouraient à l'hospice.

Mais les élèves s'étaient ralentis dans leur ardeur à suivre les cours; les maîtres chirurgiens gradés, réunis en séance, le 14 mars 1720, « décident, qu'à l'avenir, les récipiendaires à la maîtrise de chirurgie seront tenus, pendant leur chef-d'œuvre, de faire l'anatomie et les principales opérations sur le corps humain . . . . . et, pour faciliter cet utile et nécessaire établissement, les maîtres chirurgiens s'obligent de faire, tous les ans, gratis, en public les cours d'anatomie et d'opérations de chirurgie » (3).

Cette mesure eut un bon effet; les chirurgiens rouennais parvinrent à attirer des élèves.

III

L'École de chirurgie de Rouen devait bientôt acquérir un grand éclat : en 1736, Lecat vint se fixer à Rouen. Ses débuts furent un événement; on ne parlait plus que de lui; la jalousie lui

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 797.

(2) *Mémoires de la Société des antiquaires de Normandie*. Livre 25, p. 15.

(3) Avenel, *Histoire des médecins de Rouen*.

(4) Archives du Parlement de Normandie. Reg. rapp., 1647.

(1) Sentence du lieutenant-général criminel du 19 janvier 1647, contenant tous les détails de cette affaire.

(2) Procès-verbal du 14 janvier 1647, bailliage de Rouen.

(3) Arrêt du Parlement, du 20 mars 1720.

suscita des ennemis parmi les médecins et même parmi les chirurgiens; il triompha de tout, osa prendre le titre de professeur, et, qui plus est, celui de docteur. Il mit le comble à la colère de ses adversaires en faisant sa première démonstration en costume de docteur. Rien ne put arrêter ses succès et la sympathie générale dont il était l'objet. « Le Parlement, dit M. Gosselin, si réservé d'ordinaire, voulant donner à Lecat un encouragement et un témoignage d'estime, se réunit en assemblée générale et décida qu'un cadeau de « deux mille livres » lui serait offert au nom de la Cour (1). La cour des Comptes et des Aides et le Chapitre délibérèrent une pareille manifestation.

« Et dans la même année, par des patentes qui furent enregistrées au Parlement, le 24 décembre 1738, le roi, voulant récompenser les services que Lecat rendait chaque jour à la science et au public, lui décerna des lettres de noblesse. »

Ici se place un détail, concernant l'enseignement de Lecat, qui a un intérêt plus que local. M. Gosselin le rapporte ainsi : « Personne n'ignore, à Rouen, que l'amphithéâtre de Lecat était situé à la porte Bouvreuil; un établissement de ce genre était peu agréable pour les habitants du quartier, tant à cause de la mauvaise odeur qu'il répandait dans le voisinage, que des résidus qui s'en échappaient souvent. Ainsi, il n'était pas rare de trouver dans la rue Bouvreuil, le long du ruisseau ou ailleurs, des morceaux de cadavre, un pied, un bras, une jambe, entraînés avec l'eau que l'on répandait pour laver le laboratoire. On s'en plaignait souvent à Lecat; mais, soit qu'il fît peu de cas de ces plaintes, soit qu'il fût mal secondé de ses employés, les choses allant de mal en pis, les habitants de Bouvreuil assignèrent Lecat devant le lieutenant-général de police. Il s'y rendit le 30 décembre 1739, et plaida sa cause lui-même. Il ne nia pas les inconvénients signalés, mais il en accusa la ville, parce que, propriétaire de l'amphithéâtre, c'était à elle de faire les dépenses nécessaires pour le mettre dans de bonnes conditions; que, quant à lui, il ne pouvait empêcher les chats d'y venir prendre et d'emporter des morceaux de membres, comme ils ont déjà fait, ni forcer les porteurs à venir, malgré eux, lui apporter de l'eau. Il indiqua qu'en prenant un filet d'eau dans le tuyau qui passe sous l'amphithéâtre, et en faisant griller les fenêtres, tous les inconvénients signalés disparaîtraient.

« Enfin, pour terminer l'affaire, le lieutenant-général enjoignit à Lecat de veiller personnellement à son amphithéâtre et de faire en sorte que de telles plaintes ne se renouvelassent pas de la part des habitants (2). »

(1) Reg. secret du Parlement, 26 mars 1738.
(2) Sent. de la police du bailliage, 30 décembre 1739.

Le goût pour les études anatomiques ne fut plus seulement alors du domaine de la classe instruite; il se répandit parmi les gens dont l'instruction semblait devoir les en tenir à tout jamais éloignés; cela coïncidait avec des violations de sépultures. La justice s'en émut, et, à ce sujet, M. Gosselin raconte que « dans les premiers mois de l'année 1740, on remarqua des allées et venues mystérieuses et fréquentes chez un nommé Jeanson, cordonnier, demeurant dans la rue Saint-Laurent; on se souvint que, plusieurs fois, cet individu avait été poursuivi pour exercice clandestin de la chirurgie, et bientôt aussi on apprit qu'il possédait chez lui un véritable amphithéâtre, que venaient visiter mystérieusement ses amis privilégiés.

« Sur ces données, la justice se saisit de l'affaire; le 14 mai 1740, un commissaire-enquêteur se transporta au domicile de Jeanson et constata que cet individu, qui habitait seul la maison, y avait organisé un véritable magasin de squelettes. Deux pièces lui servaient d'atelier de dissection. Tous ces squelettes étaient suspendus par le crâne au plafond, au moyen d'une corde ou d'un fil de fer; ils étaient tous fort bien montés et la plupart étaient recouverts d'un vernis de « couleur naturelle ». La commission constata, en outre, que tout cela était « très puant et causait beaucoup d'infection », parce que le cœur, le poumon, la rate, le foie et la vessie étaient restés dans plusieurs squelettes, « lesquels, ainsi que leurs viscères, étaient peints » en couleur naturelle et couverts de vernis. Il y avait encore, dans un grenier, un squelette de jeune fille, dont les muscles étaient préparés, desséchés et mis en couleur et les « vaisseaux étaient injectés en couleur rouge et en bleu » (1).

La justice mit fin aux opérations criminelles de Jeanson en l'incarcérant. Elle fit bien.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Bibliothèque, fermée depuis le 12 août 1887, sera rouverte à dater du lundi 22 août et jusqu'à la fin des vacances scolaires, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures du soir.

— M. le docteur Paul Segond, agrégé, suppléant M. le professeur Trélat, a commencé aujourd'hui, à l'hôpital de la Charité, à neuf heures et demie du matin, ses leçons de clinique chirurgicale. Il les continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à la même heure.

(1) Enquête du 14 mai 1740.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21535

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il n'y avait cette fois aucun motif pour attirer une affluence exceptionnelle à l'Académie. Il est même arrivé, ce que nous croyons sans exemple, que M. le secrétaire perpétuel, en l'absence du président, du vice-président, de tout autre membre ayant exercé à une époque quelconque les fonctions de la présidence, s'est vu contraint à présider lui-même.

Rien n'était d'ailleurs à l'ordre du jour, sauf une protestation de M. le professeur Ball, contre certaines divagations qui avaient trouvé de l'écho dans des journaux politiques, et quelques rapports officiels de la commission des Eaux minérales.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De la bronchopneumonie chez les enfants (1).

II

Il me reste, pour terminer ce qui a trait à la bronchopneumonie des enfants, à vous parler aujourd'hui de la marche, de la durée, de la terminaison et du traitement de cette affection.

Ainsi que je vous l'ai dit dans ma dernière leçon, cette maladie a des allures très différentes selon les cas, tantôt affectant une marche foudroyante et tuant le petit malade en deux ou trois jours; tantôt ayant une évolution moins rapide (huit ou dix jours) quoique mortelle encore; tantôt enfin durant trois semaines à un mois et pouvant guérir.

Dans le premier cas, l'inflammation s'étend partout, la congestion de l'arbre aérien est générale, et l'obstruction, complète, donne lieu à tous les signes de l'asphyxie, l'oppression est excessive, les yeux sont injectés, la fièvre est intense, la température dépasse 40° et les fonctions sont arrêtées.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 793.

Dans le second cas, la marche, quoique fatale, est en apparence plus rassurante, asphyxie plus lente, noxémie, cyanose des centres nerveux, absence d'hématose, oppression extrême, efforts musculaires considérables pour respirer, vaisseaux du cou distendus, teinte cyanique bleutée de la face, toux constante, râles crépitants et sous-crépitants fins partout, points çà et là de pneumonie lobulaire se réunissant peu à peu pour former une masse, température de 40 à 42°, asphyxie, mort.

J'ajoute que ces deux formes, foudroyante et rapide, peuvent être prévenues si l'on agit à temps; la bronchopneumonie étant une affection secondaire, survenant dans le cours de la coqueluche, de la rougeole, d'une bronchite, de la grippe, etc.

Quant à la troisième forme, sur laquelle nous nous sommes plus particulièrement arrêté dans la précédente leçon, sa durée est de trois semaines à un mois. Son début est des plus insidieux, tel même que, si prévenu qu'on soit de sa possibilité, on ne peut prévoir quand et si elle éclatera.

Ainsi tel petit coqueluchon est pris le soir de petits malaises, d'une sorte de nouveau rhume, de coryza et de mal de gorge. On percute et on ausculte avec soin sa poitrine sans rien trouver que parfois quelques petits râles soufflants, et l'on serait porté à croire à quelque rhume greffé sur sa coqueluche. Cependant si vous voyez une fièvre intense survenir tout à coup et les quintes de toux cesser brusquement, si le malade est agité, la gorge rouge, la muqueuse nasale prise, vous pouvez être à peu près certain que c'est ou une bronchopneumonie qui débute ou une rougeole, car cette affection apparaît assez souvent aussi dans le cours de la coqueluche.

Le début de la bronchopneumonie est donc toujours insidieux. Quoi qu'il en soit, le mal éclate et dès le lendemain apparaissent les symptômes fonctionnels et les signes physiques que j'ai décrits dans la dernière leçon. Tout l'arbre aérien est envahi en même temps qu'une fièvre intense se déclare (140 à 150 pulsations). Mais au bout de trois ou quatre jours, il semble que le mal s'arrête dans ses progrès, qu'il est sur le point de céder à l'énergie du traitement employé, le pouls tombe à 120 et la température à 38°,5, les accès de suffocation sont moindres, l'agitation diminue. Puis, le lendemain, cette amélioration disparaît aussi rapidement pour faire place à une exacerbation véritable, qui durera pendant deux ou trois jours avec un appareil des plus alarmants.

Cependant, au bout de sept ou huit jours, il se produit une

nouvelle accalmie, les parents sont plus rassurés, l'enfant est plus gai, ses quintes sont moins fréquentes, il y a un repos relatif, les fonctions ont repris leur cours. Cet état dure encore deux ou trois jours, après quoi une nouvelle exacerbation a lieu encore.

Ces alternatives d'accalmie et de reprise de la maladie s'expliquent par la mobilité même des phénomènes, l'inflammation s'éteignant sur les points primitivement atteints pour se montrer, deux ou trois jours plus tard, sur d'autres points.

C'est ainsi que la bronchopneumonie, dans la forme qui nous occupe, affecte une durée moyenne de trois semaines à un mois.

Pendant ce temps, d'autres accidents peuvent se produire, notamment de l'anurie par la cessation de la fonction des reins, et, consécutivement, une intoxication urinaire. Dans d'autres cas, c'est le cerveau qui est congestionné : de là torpeur, intelligence perdue, etc. D'autres fois ce sont des complications glandulaires démontrées par les accès de suffocation et une toux coqueluchoïde.

Enfin, dans les cas heureux qui sont dans la proportion d'un peu plus de 50 p. 100 — plus fréquents en ville qu'à l'hôpital — la fièvre tombe peu à peu, les vomissements cessent et les fonctions se régularisent, puis la convalescence s'établit, convalescence longue et difficile avant de se terminer par la guérison.

J'arrive maintenant au diagnostic différentiel avec les deux maladies avec lesquelles on peut confondre la bronchopneumonie, c'est-à-dire : 1° la pneumonie franche ; 2° la phthisie aiguë.

Tandis que la pneumonie franche débute brusquement chez des sujets bien portants, la bronchopneumonie frappe presque toujours, au contraire, des individus déjà malades, ayant, comme antécédents morbides immédiats, une bronchite, la grippe, la rougeole, la coqueluche, etc., c'est-à-dire des individus déjà déprimés.

Dans la pneumonie franche, vous avez comme signes, un point de côté, de la dyspnée, une petite toux sèche, une expectoration rouillée (si les malades savent cracher), un visage dyspnéique, animé, aux pommettes colorées.

Dans la bronchopneumonie, pas de point de côté, une dyspnée plus grande, une toux plus impérieuse, quinteuse, sèche à peine pendant quelques heures et bientôt grasse, le visage cyanosé, les traits plus altérés dans le sens de l'asphyxie, la cage thoracique soulevée par des efforts violents.

La pneumonie franche n'existe que d'un seul côté et plus souvent au sommet qu'à la base ; elle est caractérisée dès le premier jour par une submatité peu franche, de l'apnée, une expiration voilée et, deux ou trois jours plus tard, par un souffle tubaire très prononcé au niveau du point où existait la submatité et suivi de gros râles crépitants de retour.

La bronchopneumonie existe des deux côtés de la poitrine et elle est caractérisée par une sonorité exagérée en certains points, normale dans d'autres, voilée plus loin, et par de la submatité aux deux bases ; pas de vibrations thoraciques ; râles sous-crépitants fins des deux côtés et râles inégaux, humides, plus lointains ; souffle non tubaire, siégeant toujours dans un point variable, mobile, mais circonscrit.

La pneumonie franche peut se terminer dès le sixième, le septième, le huitième ou le neuvième jour, et n'est généralement pas grave chez les enfants ; tandis que la bronchopneumonie tue fatalement dans les formes rapide et foudroyante et peut guérir, dans la moitié des cas, au contraire, dans la troisième forme.

Si maintenant nous comparons la bronchopneumonie à la phthisie aiguë, nous voyons que toutes deux ont un début des plus insidieux, toutes deux se développent dans le cours d'une autre maladie (rougeole, coqueluche, bronchite, grippe, etc.), toutes deux enfin débutent par une dyspnée excessive, accès de suffocation, cyanose de la face. Bref, dans la majorité des cas, le diagnostic est absolument impossible au début, d'autant plus que la percussion fournit des signes à peu près semblables dans les deux maladies : sonorité exagérée en un point, voilée dans un autre, et que l'auscultation révèle, dans l'une et l'autre affection, un mélange de râles crépitants fins et sous-crépitants. Le diagnostic ne devient réellement possible que par la comparaison des phénomènes du sommet avec ceux des bases. Ainsi dans la phthisie aiguë : matité et résistance particulière, bruit de souffle caverneux au sommet, sous la clavicule.

En résumé, dans la phthisie, les signes stéthoscopiques se rencontrent surtout aux sommets des poumons, tandis que dans la bronchopneumonie ils restent surtout aux bases. Cependant dans le cas où un diagnostic précis ne paraît pas possible, vous devez garder une sage réserve et éviter de vous prononcer.

Quant au traitement, et c'est par là que je vais terminer l'importante étude de la bronchopneumonie chez les enfants, la première chose à imposer aux familles c'est de coucher l'enfant, même les plus petits, et pour ces derniers vous l'obtiendrez plus difficilement ; aussi pour y parer, pour éviter les refroidissements qui pourraient s'ensuivre, vous ferez mettre l'enfant dans un véritable sac formé par des couvertures de laine, de sorte qu'il ne puisse se refroidir lorsqu'on voudra le prendre pour le bercer sur les genoux.

Puis, au début, vous pourrez recourir à un vomitif, à la condition que l'enfant ne sera pas déjà trop déprimé, auquel cas vous devez absolument le proscrire. En tous cas, vous devrez vous borner à un seul vomitif, sans recommencer, sous peine d'augmenter la dépression des forces. Vous proscrirez également, de votre traitement, kermès et antimoniaux ainsi que les médicaments nervins (opium, belladone et aconit), dont le seul effet serait d'amoindrir encore les forces. Par contre, vous ordonnerez les substances excitantes capables de réveiller le pneumo-gastrique, telles, par exemple, que l'alcool, l'acétate d'ammoniaque à la dose de 50 centigrammes dans une potion alcoolique renfermant 15 à 20 grammes de Malaga pour un enfant d'un an et au-dessous, 30 à 40 grammes pour un enfant de deux ans.

En même temps, je prescris le sulfate de quinine à petites doses, 15 à 20 centigrammes matin et soir, pour un enfant de quatre ans, à une dose moitié moindre pour un enfant de deux ans, et moins encore pour un sujet plus jeune. Il a l'avantage de soutenir le cœur et de régler le pouls.

Enfin vous devrez surveiller les voies digestives ; combattre leur réplétion par de petits lavements répétés, un peu de magnésie, du séné, sans aller cependant jusqu'à la diarrhée.

En même temps aussi vous aurez recours aux révulsifs qui sont des plus utiles (cataplasmes sinapisés d'abord en avant, en arrière, ventouses sèches dans le dos deux ou trois fois par jour pendant les deux ou trois premiers jours) puis série de petits vésicatoires volants laissés en place seulement pendant trois heures et pansés d'abord avec des cataplasmes de fécule, puis avec la vaseline ; vésicatoires répétés chaque jour en un point différent de la poitrine et du dos.

La température de la chambre devra être toujours la

même, ni trop élevée, ni trop froide, ni sèche, ni humide, mais oscillant entre 18 et 19 degrés. De plus soutenir les forces avec du bouillon, du lait ; si l'enfant a des vomissements, potion de Rivière et un peu d'eau de Vals pendant quelques jours seulement. Enfin si l'enfant était dans un état d'agitation excessive, on pourrait lui donner du chloral, qui est un très bon antispasmodique, à la dose de 50 centigrammes par jour en lavement, pendant un ou deux jours. Telle est la médication à laquelle j'ai recours dans la bronchopneumonie des enfants.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DES EAUX MINÉRALES ET DES BAINS DE MER, FOURNIES PAR LA MÉTALLOSCOPIE ET PAR LA SENSIBILITÉ ARGENT EN PARTICULIER.

Par M. le docteur Moricourt,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Durand-Fardel disait naguère, à l'Académie de médecine : « Nous ne savons pas encore quel rôle jouent les métaux que M. le docteur Garrigou signale dans les eaux minérales ; mais, un jour, peut-être, il sera possible d'en tirer des résultats pratiques. » Collaborateur, pendant des années, de mon regretté maître et ami, le docteur V. Burq, et appelé, à la suite de sa mort prématurée, à recueillir son héritage scientifique, je crois devoir rappeler précisément les résultats pratiques déjà obtenus, du vivant de leur inventeur, par la métalloscopie et la métallothérapie appliquées à l'hydrologie, et appeler l'attention sur un fait nouveau relatif à la sensibilité argent.

Depuis la découverte de la métallothérapie, un grand nombre de chimistes et de médecins hydropathes, en tête desquels se place M. le docteur Garrigou, comprenant que les eaux minérales pouvaient répondre aux indications fournies par cette nouvelle méthode de traitement, se sont attachés, dans leurs analyses, à la recherche et au dosage, non plus seulement du fer, mais encore des autres métaux, tels que le cuivre, le zinc, l'argent, etc.

Déjà, en 1871, à Vichy, le docteur V. Burq avait été amené à reconnaître l'importance de la métallothérapie ajoutée au traitement thermal du diabète.

Il y avait vu un diabétique, son propre père, « terrassé d'abord par les eaux presque exclusivement alcalines de la *Grande Grille* et de l'*Hôpital*, prises en excès, relevé ensuite et grandement amélioré par les eaux ferrugineuses du *Puits Lardy* ».

L'ayant justement trouvé sensible au fer, l'idée lui était venue, tout naturellement, d'adjoindre à l'usage des sources non ferrugineuses de Vichy, chez les diabétiques sensibles à un autre métal que le fer, l'administration interne et externe du métal qui leur était approprié. C'est ainsi qu'il recueillit les très intéressantes observations qui ont servi de base à sa brochure intitulée : « La Métallothérapie à Vichy, contre le diabète. — Association des métaux à la médication alcaline, pour en augmenter et en corriger les effets. » (Paris, Delahaye, 1881.)

Rendant compte de cette brochure dans la *Revue d'hydrologie médicale*, 1881, M. le docteur Garrigou disait : « La nouvelle voie que la découverte du docteur V. Burq a tracée est large et pleine d'espérances pour l'hydrologie médicale. Tout médecin convaincu de son devoir et au courant de la science devra la suivre, sous peine de porter atteinte aux intérêts les plus sacrés de l'humanité, la santé publique. » Et plus loin : « *La Métallothérapie à Vichy* a fait ressortir ce fait, indéniable aujourd'hui, que les métaux jouent un rôle capital dans les eaux minérales et dans la thérapeutique hydrologique. » Je ne puis qu'applaudir à ces paroles, à l'appui desquelles je demande la permission de citer quelques faits.

En voici un d'abord, qui offre une importance d'autant plus grande qu'il a été observé par MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, membres de la commission nommée par la Société de biologie, à l'instigation de Claude Bernard, à l'effet de vérifier l'exactitude des faits avancés par le docteur Burq, relativement à la métalloscopie et à la métallothérapie. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'à la suite des remarquables rapports de M. Dumontpallier, au nom de cette commission, la Société de biologie décerna au docteur Burq deux annuités du prix Godard.

Or, parmi les hystéro-épileptiques qui furent traitées par la métallothérapie, en 1877, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, sous les yeux de cette commission, se trouvait une femme B..., atteinte d'ovarie, d'anesthésie et d'amyosthénie du côté droit.

Reconnue sensible au cuivre, et n'ayant pu tolérer des pilules d'albuminate de cuivre de 2 centigrammes, elle supporta, au contraire, très bien l'eau de Saint-Christau, qui contient seulement, comme l'on sait, 3 dixièmes de milligramme de sulfate de cuivre.

Bien qu'elle n'en prît qu'un verre, matin et soir, déjà, au bout de dix jours, l'amélioration se faisait sentir, et, après l'avoir suivie pendant trois mois, la commission constatait : « Que l'état général était redevenu satisfaisant, que la sensibilité générale et spéciale, ainsi que les forces musculaires, avaient été recouvrées. »

Depuis, nous avons eu souvent, le docteur Burq et moi, l'occasion de constater les bons effets de l'eau de Saint-Christau chez les malades sensibles au cuivre, dans les maladies nerveuses et le diabète.

On sait que les eaux de Cauterets contiennent du zinc, et il est probable qu'elles doivent à ce métal une partie au moins de leurs propriétés sédatives.

D'après M. le docteur Garrigou, les Eaux-Bonnes contiennent de l'étain. Je puis dire que je n'ai eu qu'à me louer de leur usage, chez une malade atteinte de bronchite chronique avec toux spasmodique, qui était sensible à ce métal.

Les eaux d'Aulus, qui contiennent de l'or, de l'argent, du cuivre, du platine, du plomb, etc., m'ont paru utiles à des malades sensibles à ces différents métaux.

La source Périère, à la Bourboule, outre l'arsenic, renferme un grand nombre de métaux : du nickel, du cobalt, du zinc, du plomb, du cuivre, du mercure, de l'antimoine, de l'étain, et, si M. le docteur Danjoy guérit, à la Bourboule, des diabétiques que Vichy ne peut influencer, n'est-il pas permis, avec M. le docteur Garrigou, d'en chercher la raison dans la présence de ces métaux?

Je n'insiste pas davantage sur ces considérations, et j'arrive au point sur lequel je désire appeler plus particulièrement l'attention, à savoir : les indications et les contre-indications des eaux minérales et des bains de mer en particulier, fournies par la sensibilité argent.

II

Il est incontestable, aujourd'hui, que l'eau de mer renferme de l'argent.

La présence de ce métal a été signalée, pour la première fois, par MM. Malaguti, Durocher et Largeau, dans l'eau de l'océan, puisée à quelques lieues de Saint-Malo.

De 100 litres de liquide, ils sont parvenus à extraire 1/2 milligramme d'argent, ce qui représente environ 6 milligrammes 1/2 de chlorure d'argent.

Après eux, Field et Forchammer ont trouvé, dans la mer ou dans les plantes qui y vivent, 37 éléments, parmi lesquels l'argent et un grand nombre d'autres métaux, tels que le cuivre, le zinc, le fer, etc.

D'après M. Tuld, qui a confirmé ces résultats, l'océan ne renfermerait pas moins de 2 millions de tonnes d'argent.

Blockrode a constaté que du bronze de fabrique anglaise ayant séjourné, comme doublage de navires, pendant cinq mois dans la mer, ne contenait pas moins de 270 à 341 grammes d'argent par kilogramme.

Enfin, chose intéressante, parce qu'en métalloscopie la sensibilité or se rencontre souvent avec la sensibilité argent, plus récemment, M. Sonstadt aurait trouvé dans les eaux de la mer un grain d'or par tonne de liquide.

La mer peut donc être assimilée à une eau minérale contenant de l'argent et peut-être de l'or. C'est sous l'empire de cette idée que j'envoyai un jour un diabétique, sensible surtout à l'argent et

aussi, quoique un peu moins, à l'or, prendre des bains de mer, que certains médecins ont d'ailleurs beaucoup vantés dans le diabète. Les résultats en furent si satisfaisants, qu'à partir de ce moment, je pris le parti d'envoyer, le plus possible, les malades sensibles à l'argent aux bains de mer. Les observations que j'ai recueillies depuis plusieurs années tendent toutes à confirmer cette conclusion : qu'au point de vue métallothérapique, l'argent est, en quelque sorte, la caractéristique de l'eau de mer.

Chez les personnes sensibles à l'argent, la réaction s'établit presque immédiatement après leur entrée dans la mer. Elles peuvent généralement y séjourner sans éprouver de fatigue ni d'excitation consécutives, bien au delà du temps ordinaire; j'en ai connu qui pouvaient y rester impunément trois quarts d'heure ou une heure. Souvent la peau rougit fortement et devient le siège d'un véritable urticaire.

Les personnes, au contraire, qui sont sensibles à un autre métal que l'argent, sauf peut-être le fer et l'or, font mal la réaction, quelque courts qu'elles prennent leurs bains. Elles éprouvent consécutivement de la courbature, de l'agitation, de l'insomnie et souvent des troubles sérieux dans leur santé.

J'ai vu, plus d'une fois, chez des jeunes filles anémiques, les règles se supprimer pendant plusieurs mois, à la suite d'une saison aux bains de mer.

Il suffisait alors de les traiter avec le métal qui leur était approprié pour voir disparaître l'aménorrhée ainsi que tous les autres symptômes de la chlorose.

Il est probable que les femmes qui peuvent prendre impunément les bains de mer, pendant leurs règles, sont douées de la sensibilité argent.

Quand un malade vient me demander si les bains de mer lui conviennent, j'ai adopté pour règle de lui appliquer une armature d'argent sur les deux avant-bras.

Si les phénomènes subjectifs (fourmillements, engourdissement, chaleur, etc.), ainsi que les effets sur la sensibilité et la force musculaire sont très prononcés, je prescris les bains de mer.

Si, au contraire, les effets de l'argent sont nuls, je les déconseille.

Entre ces deux extrêmes existent une foule de cas intermédiaires dans lesquels l'indication des bains de mer est proportionnelle au degré d'action du métal. Voici maintenant un résumé des principales observations que j'ai recueillies.

J'ai publié, dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 décembre 1885, l'observation d'une jeune fille chloro-anémique, bien réglée pendant trois années depuis l'âge de quatorze ans, qui eut une suppression de trois mois après avoir pris neuf bains de mer, et fut atteinte de névralgies diverses pendant six mois.

Les bains de mer, pris aussi courts que possible, l'énervaient quoique la réaction se fît très bien.

Elle était assez sensible à l'argent, mais beaucoup plus à l'aluminium. Elle a été guérie par l'usage interne de ce dernier métal.

Mlle E..., quinze ans et demi, atteinte d'anémie et d'hypochondrie, ne peut supporter les bains de mer qui l'agitent.

Les règles se sont supprimées après son premier séjour à la mer. Je la trouve sensible au cuivre.

M. G..., ancien officier de gendarmerie, d'une famille de goutteux, vient me consulter pour une ataxie locomotrice.

L'ayant trouvé sensible à l'argent, je lui prescrivis ce métal intus et extra et les bains de mer. Il éprouva le plus grand bien de ces derniers et fut, sinon guéri, du moins très amélioré par ce traitement.

Mme A..., atteinte d'anémie et de phlegmatia alba dolens à la suite de couches, vient me demander si les bains de mer lui conviennent.

Une armature d'argent appliquée sur l'avant-bras gauche, détermine une sensation immédiate de chaleur et de fourmillements et une augmentation de la force musculaire de 4 kilogrammes. Elle se trouve on ne peut mieux des bains de mer, qui font disparaître la boulimie dont elle était affectée et lui décongestionnent la tête, en même temps que son sommeil devient meilleur.

Mlle F..., guérie d'attaques d'hystérie par l'usage interne et externe du zinc, est sensible aussi à l'argent. Elle se trouve bien des bains de mer.

Mlle G... aime beaucoup la natation et va, tous les ans, passer deux mois au bord de la mer. Elle est analgésique et a eu plusieurs accès de somnambulisme.

Comme c'est la règle en pareil cas, ses métaux sont l'or, mais surtout le cuivre. Chez elle, la réaction se fait généralement mal, d'autant plus qu'elle a le tort de prendre ses bains trop longs et souvent de ne faire d'exercice ni avant ni après. S'étant baignée, un jour, au début de ses règles, celles-ci se supprimèrent et elle fut atteinte d'une violente entérite pseudo-membraneuse.

M. A... et sa sœur, qui ont eu également quelques accès de somnambulisme dans leur enfance, sont eux-mêmes sensibles à l'or, mais surtout au cuivre. Ils éprouvent une véritable répulsion pour les bains de mer.

Mme M..., cinquante ans, est très sensible au cuivre, mais encore plus à l'argent. Quoique rhumatisante et névropathique, elle se trouve très bien des bains de mer.

Mme L..., soixante-huit ans, sensible à l'or et à l'argent, prend les bains de mer avec plaisir malgré son âge.

M. B..., rhumatisant, atteint de vomissements rebelles, est sensible au fer et à l'argent. Les bains de mer, pris pendant l'hiver à Nice, le fortifient sans l'agiter, la réaction se fait très bien.

Le docteur R..., atteint de coliques néphrétiques, sensible à l'or et à l'argent, a toujours très bien supporté les bains de mer où il reste souvent vingt minutes.

III

Conclusions : 1° Il faut souvent attribuer les qualités actives des eaux minérales aux métaux qu'elles contiennent.

2° La métalloscopie est souvent indispensable pour prescrire avec précision une station thermale.

3° L'idiosyncrasie d'un malade étant connue, il est indiqué de l'envoyer, de préférence, toutes choses égales d'ailleurs, à des eaux contenant le métal ou les métaux auxquels il est sensible.

4° Les eaux minérales renfermant des métaux autres que ceux qui répondent à l'idiosyncrasie du malade sont contre-indiquées.

5° Il est utile d'adjoindre au traitement thermal l'usage interne et externe du métal approprié, lorsque l'eau minérale ne renferme pas ce métal en quantité suffisante.

6° Les moindres doses de métal contenues dans une eau minérale ont leur importance, témoin l'efficacité des eaux de Saint-Christau et de Saint-Nectaire (source du Rocher) chez les malades sensibles au cuivre.

7° La sensibilité à l'argent, seule ou combinée à une sensibilité secondaire à un autre métal, tel que l'or, le fer, le zinc, le cuivre, indique l'envoi aux bains de mer ou à des eaux minérales contenant de l'argent comme Aulus ou Saint-Nectaire.

8° Les malades sensibles au fer seul supportent aussi assez bien les bains de mer.

Toutefois, ils ne m'ont pas paru en retirer les mêmes bons effets que les malades sensibles à l'argent.

9° Les sujets sensibles à l'argent font la réaction presque immédiatement, leur peau rougit et quelquefois se couvre d'urticaire; les bains de mer les calment et les fortifient.

10° Au contraire, les sujets sensibles à un autre métal que l'argent, le fer et l'or peut-être exceptés, font mal la réaction; les bains de mer les courbaturent et les énervent quelquefois, au point de leur causer une véritable répulsion.

Chez les femmes, souvent les règles se suppriment, et il peut en résulter, dans leur santé, des troubles sérieux, qu'un traitement par le métal approprié suffit d'ailleurs pour faire disparaître.

11° Au point de vue métallothérapique, l'argent est, pour ainsi dire, la caractéristique de l'eau de mer.

12° Les bains de mer produisent des résultats d'autant meilleurs que les effets métalloscopiques de ce métal ont été plus marqués.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1887. — Présidence de M. BERGERON.

COMMUNICATION

M. BALL. Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. Je ne veux certainement point revenir sur les incidents multiples de l'affaire S...; mais, en présence des attaques insensées dont quelques-uns de nos collègues les plus éminents viennent d'être l'objet, il m'a paru nécessaire d'élever la voix dans cette enceinte, pour protester, au nom de notre corporation tout entière, contre des accusations aussi odieuses que ridicules.

L'indépendance absolue de ma position m'en donne le droit, et la situation officielle que j'occupe m'en fait presque un devoir.

Le baron S... a été mis en liberté. Or, à peine élargi, le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives, qui ont été immédiatement répercutées par la presse française. On a vu paraître, dans les feuilles publiques, un journal rédigé par le malade pendant son internement, lui apprenant ainsi que, dès son entrée dans la maison de M. le docteur Falret, il aurait été l'objet de tentatives criminelles, destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Des injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles.

Plus tard, il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'assassinat; enfin on lui aurait mis la camisole de force pour lui faire ingurgiter un liquide corrosif dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements.

Des organes sérieux de la presse reproduisirent ces divagations. Vous en reconnaîtrez facilement l'insanité.

Mais est-il possible, à l'époque où nous vivons, de répondre, par le mépris seulement, à des assertions semblables? Ce serait méconnaître absolument les mœurs contemporaines.

J'affirme d'après mon expérience personnelle que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société; et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes n'a pas suffi pour contrebalancer dans l'esprit du grand public les assertions sans fondement de quelques journalistes.

Est-il nécessaire de prouver à la société dans laquelle nous vivons que les aliénistes ne sont pas des assassins? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées, et pourtant il n'en est rien.

Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances scientifiques ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

Je ne sais s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils. Mais je ne puis réprimer le sentiment de douleur et d'indignation que j'éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public et jusque dans l'enceinte des assemblées législatives.

Les aliénistes qui en font partie éprouveront sans doute le besoin de protester. Pour moi, j'ai déchargé ma conscience et je ne crains pas d'en appeler dans cette circonstance solennelle aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette compagnie.

RAPPORTS

M. PLANCHON lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des eaux minérales pour usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans observations.

A quatre heures la séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1887.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	19	7	2	28
2e	9	20	7	36
3e	26	27	6	59
4e	27	42	11	80
5e	20	34	15	69
6e	18	32	8	58
7e	19	17	7	43
8e	9	12	1	22
9e	12	21	2	35
10e	17	43	9	69
11e	71	93	37	201
12e	26	32	13	71
13e	35	72	26	133
14e	25	63	19	107
15e	46	65	18	129
16e	18	12	4	34
17e	28	43	18	89
18e	50	80	35	165
19e	35	61	10	106
20e	54	82	39	175
	564	858	287	1709

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	101
Croup	37
Coqueluche	8
Corps étranger de l'oreille.	2
Corps étranger de l'œsophage.	1
B. Asthme.	43
Affections du cœur	52
Bronchites aiguës et chroniques	94
Pleuro-pneumonie	88
Congestion pulmonaire.	17
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	131
Cholérine	32
Dysentérie.	3
Athrepsie	12
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	55
Hernie étranglée	23
Rétention d'urine.	14
Orchite.	1
Chûte du rectum	1
D. Métrite, métro-péritonite.	52
Corps étrangers du vagin.	1
Métrorrhagie	28
Fausse couche	50
Accouchement, délivrance.	157
— non terminés.	18
E. Affections cérébrales.	87
Convulsions, éclampsie.	56
Névralgie	29
Névroses	71
Épilepsie	17
Aliénation mentale	5
Alcoolisme, delirium tremens	24
F. Rhumatisme.	24
Affections éruptives.	75
Fièvre intermittente.	3
Fièvre typhoïde.	32
Hémorrhagies de causes internes et externes.	72
G. Plaies, contusions.	79
Fractures, luxations, entorses.	28
Brûlures.	6
Empoisonnements.	15
Asphyxie par le charbon.	5
Suicide	9
H. — Mort à l'arrivée du médecin.	51
Total.	1709

La moyenne des visites par nuit est de 18,79. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17,39.

Visites du deuxième trimestre de 1886. . . . 1600
Visites du deuxième trimestre de 1887. . . . 1709

Différence en plus. 109

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100;
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 17 —

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (CONGRÈS DE TOULOUSE) (1).

M. André (de Toulouse). Sur un cas de chromhydrose rose. — Deux observations d'anévrysmes aortiques guéris. — Sur la pathogénie de la chlorose.

M. Bergeon (de Lyon). Note sur l'action thérapeutique des lavements gazeux.

M. Ad. Carnot (de Paris). Recherches sur les vanadates métalliques.

M. Delvaille (de Bayonne). Le surmenage intellectuel.

M. Paul Didier. Sur quelques composés des métaux de la cérite.

M. Drouineau (de la Rochelle). Examen du règlement de 1882 sur les constructions scolaires au point de vue de l'hygiène. — Des établissements classés antérieurs à 1870.

M. A. Étienne (de Toulouse). Considérations sur les paraplégies urinaires.

M. A. de Foville (de Paris). La statistique nationale et ses éléments caractéristiques.

M. Lantier (de Taunay). Guérison d'un tétanos traumatique. — Guérison, sans fièvre et sans amputation, d'un coup de hache au pied gauche. — Guérison, avec conservation du membre, d'une fracture complète par écrasement de la jambe gauche.

M. Lorin (de Paris). Action des acides sur les éthers oxaliques des alcools monovalents. — Faits relatifs à la relation des ammoniaques composées. — Sur la fonction chimique de l'inosite.

M. Margueritte-Delacharlonny (d'Urcel). Sur les réactions caractéristiques des sels de fer.

M. Motais (d'Angers). Des rapports de la forme du crâne avec la myopie et l'hypermétropie. — Des opérations chirurgicales intéressant l'hémisphère postérieur de l'œil; considérations anatomiques.

M. Œschner de Coninck (de Montpellier). Sur les ptomaïnes.

M. Pierret (de Lyon). Étude critique sur la valeur diagnostique des stigmates de l'hérédité.

M. Prunières (de Marvejols). Anthropologie : les dolmens de Uel Bougo, caverne sépulcrale des Fonts. — Étude de trente nouveaux tumuli de la Lozère.

M. Régis (du Bouscat). De l'enseignement des maladies mentales dans les Facultés de province.

M. E. Rivière (de Paris). Anthropologie et paléontologie. Peuplades néolithiques de Chaville. — Faune quaternaire de Neuilly-sur-Marne. — Fouilles du Buisson-Pouilleux.

M. Terson (de Toulouse). Des divers modes d'administration du mercure et de leurs inconvénients dans la pratique.

M. Testut (de Lyon). — La treizième côte dorsale chez l'homme. — Nouvelles observations de muscle scalène intermédiaire chez l'homme. — Découverte du moustérien au-dessous du solutréen à Laugerie-Haute (Dordogne).

M. Vieusse (de Toulouse). — Note pour servir à l'étude de l'hydrocèle péritonéo-funiculaire.

MM. C. Vincent et Delachanal. — Sur la quercine, nouvel hydrate de carbone contenu dans le gland du chêne.

M. de Wecker (de Paris). — La distension du nerf optique dans l'ataxie locomotrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 août 1887, M. le docteur Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 août 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Delay et Morel, aides-médecins, docteurs en médecine.

— Par décret, en date du 12 août 1887, M. Pichaud, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, pharmacien universitaire de première classe, a été nommé au grade de pharmacien de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêtés ministériels, en date du 10 août 1887, M. le docteur Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auditeur près le comité d'hygiène, a été nommé membre dudit comité en remplacement de M. le docteur Liouville, décédé.

M. le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ogier, docteur ès sciences physiques, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police, ont été nommés auditeurs près le comité d'hygiène.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 août 1887, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Un concours s'ouvrira, le lundi 7 novembre 1887, à l'administration de l'Assistance publique, pour la nomination à trente-cinq places vacantes dans le service médical à domicile. Ces trente-cinq places se répartissent de la manière suivante, dans les différents arrondissements de Paris :

Une dans les IVe, VIe, VIIIe, XIe, XIVe, XVe, XVIe, XVIIe et XXe arrondissements; deux dans les IIe, V^{e}, VIIe et XIIe arrondissements; trois dans le IIIe arrondissement; quatre dans le XIXe arrondissement; cinq dans le XIIIe arrondissement et six dans le XVIIIe arrondissement.

— Un concours sera ouvert, dans les conditions suivantes, pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie de troisième et de quatrième années, en fonctions dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours est facultatif. Deux bourses de voyage, de trois mille francs chacune, seront attribuées : la première à l'interne qui obtiendra la médaille d'or, et la deuxième à l'interne qui obtiendra la médaille d'argent. La première bourse sera attribuée à l'interne médaille d'or, en remplacement de l'une des deux années supplémentaires accordées par le règlement.

La composition écrite aura lieu le jeudi 1er décembre 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les élèves qui désireront prendre part au concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général, avant le 15 octobre prochain, dernier délai.

— Le ministère de l'intérieur vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins dont les noms suivent, comme membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels :

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Dubomme et Naret (de Paris).

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Bernard de Montessus (de Chalon-sur-Saône) et Brun (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Volonzac (de Rodez), Cannelier (de Saint-Lô), Poincaré (de Nancy), Desportes (de Charenton) et Sicard (de Castres).

Médailles de bronze. — MM. Bouny (du Fleix), Rivière (de Lanta), Lorreyte (de Pouillon), Picard (de Selles-sur-Cher), Daudé (de Marvejols), Toffart (de Frelinghien), Vandernieks (d'Ennetières-en-Weppes), Duplan (de Tarbes) et Grando (d'Espira-de-l'Agly).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Coquelu (de Dijon), Ansaloni (de Selles-sur-Cher), Thomas (de Billiour) et Parsavant (des Prés-Saint-Gervais).

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Jean Castel, aide-major au 5e cuirassiers, attaché à l'hôpital de Lang-Son (Tonkin) qui vient de succomber dans cette ville, en quarante-huit heures, à une attaque de choléra, à l'âge de vingt-cinq ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 750.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21548

29

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

25

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

23

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

111

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* **gare** ROYAT.

Notices et renseignements, **5, rue Drouot, Paris**

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

83

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

120

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 100. — SAMEDI 20 AOUT 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 20 AOUT 1887. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Étude générale sur les roséoles

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PREMIÈRE PARTIE

Une éruption constituée par des taches hyperhémiques disséminées et séparées par des îlots de peau saine, — d'une coloration allant du rouge au violet, — disparaissant par la pression du doigt, — peu ou point saillantes — et se terminant par résolution ou par une légère desquamation furfuracée, voilà ce qu'est une roséole. C'est, en somme, un érythème disposé sous forme de taches originairement rondes, roses et régulièrement circonscrites.

Tous les termes de cette définition sont communs aux différentes roséoles ; mais il est des caractères secondaires qui varient pour chacune d'elles : tels le plus ou moins de confluence de l'éruption ; la coexistence ou non du prurit et de symptômes généraux ; la durée de la maladie et le pronostic qui découle de toutes les particularités précédentes.

Il résulte de là que la roséole ne constitue pas plus une maladie de la peau que le râle sous-crépitant, par exemple, n'est à lui seul une maladie de l'appareil respiratoire. Ce ne sont là que des symptômes qui se voient dans une foule de cas. Ainsi, pour ne parler que du premier, qui seul nous occupe ici :

Il est une affection, toujours bénigne, presque éphémère, où le symptôme roséole domine tellement la scène, quand il ne la remplit pas à lui tout seul, qu'il a donné son nom à la maladie : *la Roséole saisonnière.*

Ailleurs, nous trouvons un exanthème presque semblable ; mais ici il n'est plus seul, il est *accompagné ;* il est rejeté au second plan par tout un cortège de symptômes. Le malade peut mourir, et ce n'est pas l'éruption qui le tue. Nous avons là affaire à la « fièvre morbilleuse », ou rougeole, dont la manifestation cutanée appartient exactement au type « roséole ».

Vient ensuite une maladie vraisemblablement du même ordre et due, comme les précédentes, à un processus infectieux, mais avec ces particularités que : 1° la porte d'entrée du germe pathogène est toujours visible pour l'observateur, et 2° son imprégnation produit chez l'homme une infection dont la durée et les conséquences sont indéfinies. Cette maladie, c'est la syphilis qui, souvent fébrile au moment de sa première manifestation cutanée, se trouve bien à sa place, après les deux fièvres éruptives précitées, et en tête des roséoles dépendant des autres maladies infectieuses.

Dans celles-ci la roséole n'est plus qu'un épiphénomène, un symptôme contingent pouvant le plus souvent manquer sans que rien soit changé à l'évolution de la maladie, ou même être remplacé par des éruptions d'un autre type.

Poursuivons : le principe toxique, cause de la roséole, peut être introduit dans l'économie par des agents autres que des microbes ; il peut l'être par des substances chimiques, végétales ou minérales ; nous aurons alors les roséoles dites « pathogénétiques ».

On peut voir que notre classification est des plus simples : nous ne nous sommes pas arrêté aux détails inhérents à la forme de l'éruption ou à sa modalité aiguë ou subaiguë. La séparation des roséoles en *idiopathiques* et *symptomatiques* (Lorry et Alibert) ne nous a pas paru légitime, puisque la roséole dite idiopathique — la roséole saisonnière — très vraisemblablement due à l'invasion de l'économie par des agents morbides venus de l'extérieur, se rapproche des autres fièvres éruptives, et devra, dans cette hypothèse, prendre place sur la liste des maladies infectieuses. En outre, au point de vue didactique, il y aurait, selon nous, un grand inconvénient à admettre une roséole idiopathique. En effet, celle-ci existant, c'est elle qu'il faudrait décrire comme prototype du genre, pour lui opposer ensuite les autres roséoles. Or, elle en constitue une variété des moins importantes, et ce nous paraîtrait une faute nosographique que de lui assigner le premier plan.

Nous diviserons donc les roséoles en *Roséoles infectieuses*, dues à des intoxications par des germes vivants venus de l'extérieur, et *Roséoles toxiques* ou *artificielles*, dues à des intoxications *ab ingestis*, ces ingesta étant des substances prises ordinairement dans un but thérapeutique.

Nous allons donner un tableau de ces différentes roséoles, mais nous ne nous arrêterons, dans la description, qu'à ce qui, dans chacune d'elles, offre un intérêt purement dermatologique, et nous ne ferons que signaler celles dont l'authenticité est mal établie ou qui sont exceptionnelles.

PREMIÈRE CLASSE. — ROSÉOLES DES MALADIES GÉNÉRALES OU ROSÉOLES INFECTIEUSES.

A. Roséole saisonnière.
Rubéole (Rötheln).
Rougeole.
Roséoles syphilitiques.
Roséole du typhus exanthématique.
— du typhus abdominal.
— du typhus cérébro-spinal.

B. Affections dans lesquelles la roséole se montre à côté d'autres manifestations cutanées ou est remplacée par celles-ci.	Variole. Vaccine. Septicémie pyohémique, — puerpérale, etc. Blennorrhagie. Diphthérie. Choléra. Rhumatisme. Érythèmes polymorphes.

DEUXIÈME CLASSE. — ROSÉOLES PATHOGÉNÉTIQUES, TOXIQUES, ARTIFICIELLES OU MÉDICAMENTEUSES.

	Substances provoquant l'exanthème.
A. La roséole constitue le type éruptif principal, sinon exclusif. Roséoles balsamiques	Copahu. Térébenthine. Cubèbe. Santal... ?
B. Éruption plus diffuse : taches coalescentes, plutôt érythémateuses que roséoliques. . . .	Sels quiniques. Antipyrine. Chloral. Belladone. Opium. Santonine.
C. La roséole n'est qu'une des manifestations possibles de la dermopathie	Iode ; iodure de potassium. Brome. Arsenic. Mercure.

On remarquera que la roséole squameuse (pityriasis rosé de Gibert) ne trouve pas sa place dans cette classification ; mais il y a à cela plusieurs raisons : d'abord c'est un pseudo-exanthème (1), c'est-à-dire une maladie qui tient le milieu entre les fièvres éruptives et les dermatoses chroniques. Ensuite les éléments éruptifs, qui le composent, n'appartiennent pas tous au seul type « roséole » ; ces motifs, joints à son caractère nettement desquamatif, doivent le faire ranger plutôt parmi les *érythèmes desquamatifs*. A ce titre, nous ne devrons en parler qu'au chapitre du diagnostic, attendu qu'il ne rentre pas directement dans le sujet que nous nous sommes imposé.

En second lieu, nous nous sommes permis une petite dérogation à l'usage, en rangeant parmi les roséoles l'exanthème de la fièvre morbilleuse. Est-ce justifié? Dans sa très remarquable description des rashes varioliques, M. T. Barthélemy (2) divise ces efflorescences cutanées en deux groupes : le groupe hyperémique et le groupe hémorrhagique, le premier comprenant les formes morbilleuse, rubéolique, érysipélateuse, ortiée et érythémateuse. Dans chacun de ces groupes, dit-il, existe une forme principale autour de laquelle on peut grouper toutes les autres, c'est la morbilleuse, pour le premier... Et il continue : « Le rash hyperémique est généralisé, uniforme, sans bourrelet, dans la forme *érythémateuse ;* dans d'autres cas la rougeur n'existe que sur certains points, réalisant les dessins les plus variés, plaques, disques, corymbes, le plus souvent plats dans la forme *morbilleuse*, mais quelquefois soulevés en véritables papules *roséoliques* ou *ortiées.* »

Il semblerait résulter de là qu'un rash ou, pour généraliser, un exanthème roséolique se distinguerait de la forme morbilleuse en ce qu'il serait composé de papules, régulièrement orbiculaires, jamais coalescentes. Mais est-ce que la roséole syphilitique commune, le type du genre, est *ordinairement soulevée en papules?* Est-ce que les taches en sont *toujours* nettement circonscrites et séparées? La roséole copahique confluente, avec ses placards livides et irréguliers, à bords diffus, devrait donc s'appeler *rougeole* copahique? Rougeole et roséole ne sont, au point de vue dermatographique, que des gradations dans le type érythémateux; toutes deux se confondent souvent : il y a des « fièvres morbilleuses » où l'exanthème est formé de papules arrondies et discrètes; il y a une foule de roséoles médicamenteuses qui peuvent être coalescentes, témoin celle du copahu, aussi souvent appelée « érythème » copahique. Cela est si vrai qu'à chaque instant se pose la question du diagnostic différentiel entre ces dernières et la rougeole.

Il n'y a donc vraiment pas intérêt à distinguer, dans le groupe des hyperémies érythémateuses, une forme morbilleuse de la forme roséolique; la première rentre d'ailleurs dans toutes les définitions que nous avons trouvées de la roséole, et celle-ci devrait, en outre, perdre sa qualité de terme générique, ce qui serait contraire à l'usage établi.

Enfin, le tableau que nous avons donné ne contient pas la liste complète des exanthèmes pathogénétiques (1). Mais parmi ceux-ci, — voulant traiter exclusivement des roséoles, — nous n'avons cité que ceux où se rencontre, isolé ou accompagné, le type roséolique (2). Ce serait d'ailleurs une erreur de croire que des formes dermatographiques déterminées sont attachées invariablement à chaque substance médicamenteuse ou toxique. On peut dire seulement que certains médicaments déterminent, à une dose variable, chez la *majorité* des individus, quelques éruptions propres, telles, par exemple, que l'acné iodopotassique... (Besnier) (3). Mais ces mêmes médicaments peuvent produire d'autres éruptions très variées chez un certain nombre de sujets... Dans les deux cas, ces sujets ont tous pour caractéristique commune l'*intolérance* de ces médicaments aux doses ordinaires. Et M. Besnier ajoute : cette intolérance, chacun la manifeste à sa manière, et c'est lui, non le médicament, qui détermine la *forme éruptive*, de sorte que l'on peut observer la même éruption produite par des substances différentes, ou des éruptions différentes par un même médicament... Chose bien remarquable, ce sera toujours chez le même sujet la même éruption que le médicament reproduira, et qu'on reproduira à son aide à volonté. M. Besnier fait remarquer en outre que l'absorption des médicaments

(1) Les pseudo-exanthèmes sont des affections cutanées de forme subaiguë, avec tendance à la résolution spontanée, et tenant le milieu, comme évolution, entre les fièvres éruptives, maladies cycliques, et les dermatoses chroniques à durée indéterminée (psoriasis, eczéma).

(2) *Recherches sur la variole*, thèse de Paris, 1880.

(1) Voy. pour ceux-ci, *Archives of Dermatology*, 1880. — Van Harlingen, et *Amer. Derm. association* et *Annales de Derm.* passim.

(2) Cette division ne s'imposait pas d'elle-même. Pour Neumann, qui reproduit les idées d'Hébra et de Kaposi, roséole est synonyme d'érythème (Hillairet et Gaucher).

(3) *Annales de Dermatologie*, 1882, p. 168.

par voie externe (plaies) ou hypodermique ne donne pas lieu aux mêmes éruptions chez les gens intolérants par la voie gastrique.

Ce qui précède explique comment la crainte d'être entraîné à l'étude complète de toutes les éruptions pathogénétiques a été pour nous un motif de plus pour nous renfermer exactement dans les limites du terme « roséole ».

PREMIÈRE CLASSE. — ROSÉOLES INFECTIEUSES.

I

1° *Roséole saisonnière.* — L'historique de cette éruption est fort bien établi dans le traité de Hillairet et Gaucher (1). Tous les dermatologistes en ont donné des définitions et des classifications qui n'ont fait qu'embrouiller la question. C'est ainsi que Willan et Bateman, dans leur division, mettent sur le même plan les R. autumnalis et estiva, la R. variolosa, variété deutéropathique, la R. annulata, variété circinée de l'érythème polymorphe, et la R. miliaris, qui doit être rapportée à la suette.

En 1847, Cazenave écrit : La roséole est un exanthème *non contagieux*, fugitif, caractérisé par des taches roses, non proéminentes, diversement figurées, et dont l'apparition est en général précédée et accompagnée de phénomènes fébriles. Sa marche est toujours aiguë, sa durée varie en général de vingt-quatre heures à un septénaire... Et après cette définition qui ferait croire que Cazenave a vu l'entité Roséole, pyrexie exanthématique *sui generis*, il donne l'étiologie variée des éruptions roséoliques, d'après laquelle nous avons nous-même au début fait la classification séméiologique de ces exanthèmes.

Er. Wilson divise les roséoles en roséoles symptomatiques et roséoles idiopathiques, mais dans celles-ci il fait encore rentrer des érythèmes figurés.

Après Moore Neligan, cité par Hillairet et Gaucher, c'est T. Fox qui a le mieux compris la Roséole (1873) comme une maladie distincte de l'érythème, simulant la rougeole, mais dépourvue toujours des accidents catarrhaux qui accompagnent cette dernière maladie.

Or, c'est bien là ce qu'il faut entendre par la roséole *dite idiopathique*, fièvre éruptive voisine, mais distincte de la rougeole, au même titre que la varicelle est voisine mais distincte de la variole (Trousseau). Et comme cet exanthème est surtout autumnal, estival et vernal, et qu'il s'attaque de préférence aux enfants, ainsi que l'avaient vu Willan, puis Cazenave, il y a intérêt à accoler un qualificatif distinctif à la pyrexie dont nous parlons, et à l'appeler Roséole infantile ou mieux Roséole saisonnière.

C'est une affection épidémique, rare, d'une faible contagiosité (celle-ci est niée par Guersant, Blache, Bazin ; admise par Rilliet, Trousseau, Roger et Damaschino (2), Balfour, Picot (3), etc.). Elle comporte : 1° une période prodromique de quinze jours environ ; 2° une invasion fébrile courte *ou nulle, sans catarrhe oculo-nasal* ; 3° une éruption de taches roses se généralisant *en une seule poussée* et paraissant après vingt-quatre heures d'invasion. Quelquefois, sur les membres, où elles peuvent se localiser, elles s'étaleraient en larges plaques rouges. Il y a un léger prurit. Toujours bénigne, la maladie s'évanouit avec l'exanthème au bout d'un à trois jours ; 4° la desquamation est nulle ou furfuracée ; 5° l'énanthème est rare et très léger.

(1) *Maladies de la peau*, Paris 1885.
(2) Art. Roséole, *Dictionnaire encyclopédique.*
(3) Art. Roséole, *Dictionnaire pratique.*

Cette maladie ne préserve pas de la rougeole. On a même avancé qu'elle récidivait aisément.

Cela dit, la question n'est pas si élucidée qu'elle le paraît être, attendu qu'ici va s'en dresser une autre, celle de l'existence discutée de la rubéole.

2° *Rubéole* (*Rötheln*). — Voyons d'abord ce qu'ont écrit les classiques à son sujet dans ces dernières années.

Kaposi (1881) dit textuellement : Je dois, avec Hebra et beaucoup d'autres, envisager les exanthèmes qualifiés de rubéoles comme étant des cas de rougeole ; quant au diagnostic « rubéole » avec l'idée d'une maladie contagieuse idiopathique, je le regarde comme n'étant pas fondé (1). L'auteur niait à la fois la roséole saisonnière et la rubéole...

Picot (1882) déclare admis, « comme ce l'est généralement en Allemagne », que les Rötheln ne sont autre chose que la roséole idiopathique ou saisonnière (2).

Duhring (1883) consacre à « la Rötheln ou rubéole des Allemands » quatre lignes se rapportant aux symptômes de la roséole-saisonnière (3).

De même Bourneville et Bricon (1884), relatant une épidémie observée à Bicêtre en 1881, concluent qu'« il y aurait tout avantage à rayer de la terminologie médicale les mots roséole (en tant qu'affection idiopathique) et Rötheln (jadis employé en Allemagne pour désigner une forme bâtarde de rougeole et scarlatine, mais qui actuellement est synonyme de roséole) pour adopter *le nom de rubéole qui évite toute confusion et serait à la rougeole ce que la varicelle est à la variole* (4).

Ainsi, pour ces auteurs, il y a bien une rubéole, mais il n'y a plus de roséole idiopathique, de *rubeola sine catarrho*. Nous croyons avoir établi que celle-ci est hors de conteste et sans parenté avec la première.

Enfin, en 1885, MM. Hillairet et Gaucher disent que la « roséole idiopathique » est un exanthème aigu, une véritable fièvre éruptive ; « c'est à cette maladie qu'on a donné le nom de roséole vernale, automnale, infantile ; de rubéole, de Rötheln (auteurs allemands), d'essera Vogelii, de rose-mil (Gubler). »

La confusion vient de ce que depuis Vogel on décrit la rubéole en lui appliquant les noms de la précédente maladie. Cependant, déjà en 1840, la relation de Paterson se rapporte bien à une affection différente. On cite de même le travail de Paasch (de Berlin) (5). Pourquoi donc cette dualité a-t-elle été contestée si longtemps en France ? C'est que la rubéole y a été véritablement rare. Ce n'était toutefois pas une raison pour qu'elle n'eût pas existé dans les autres pays.

Il existe, comme le rappelle M. R. Longuet (6), une pathologie ethnique. Est-ce que la scarlatine ne se comporte pas autrement en Angleterre, où elle est plus grave, qu'en France ? Cette idiosyncrasie passe même la mer et la fièvre rouge est plus sévère, même sur le sol français, pour les sujets de race britannique. Aurait-on nié l'existence d'une scarlatine grave si l'on n'avait, je suppose, observé chez nous que sa forme bénigne ?

La première observation démonstrative de rubéole publiée en France, à notre époque, est due à MM. Lécorché et Tala-

(1) *Maladies de la peau*, trad. Besnier et Doyon, *partie non annotée.*
(2) Art. Roséole du *Dictionnaire pratique.*
(3) *Maladies de la peau*, trad. Barthélemy.
(4) *Progrès médical*, 1884.
(5) Analysé in *Union Méd.*, 1855.
(6) La Rubéole, in *Union Méd.*, décembre 1883.

mon (1). Elle a trait à un jeune Anglais soigné en février 1879 à la Maison de Santé, et sa netteté ne laisse rien à désirer ; détail curieux : deux voisines ayant habité l'Allemagne avaient dit à la mère du malade que c'était là la « rougeole allemande». Or, l'année d'avant, il avait eu la rougeole.

En 1883, paraît à Lyon la thèse de Delastre; la même année, M. le professeur Jaccoud, jusque-là opposant, reconnaît la spécificité de la rubéole (2), puis l'*Union médicale* publie une revue de M. R. Longuet sur le même sujet.

A dater de ce moment, la question est tranchée, et nous trouverons dans la science une foule de cas, soit épidémiques, soit isolés, et qui nous fourniront matière à la description qui va suivre (3).

La rubéole se voit à tout âge, surtout dans l'enfance. Elle est épidémique et contagieuse, bien qu'à un moindre degré que la rougeole. Elle se greffe rarement sur une affection aiguë préexistante. C'est une maladie infectieuse, car (dit W. Edwards, qui en a observé 166 cas) dans le sérum et les leucocytes, on a trouvé des microcoques, qui, du reste, n'ont été ni inoculés ni cultivés. Elle ne donne pas l'immunité contre la rougeole ni la scarlatine ; elle a sa spécificité propre, et n'est nullement une hybride.

Après une *incubation* de dix à douze jours selon les uns, de quatorze à vingt jours pour les autres, l'*invasion* se traduit d'une façon différente suivant les auteurs, c'est-à-dire suivant les épidémies : tantôt il y a pendant trois jours des symptômes généraux, une angine (sans enduit pultacé) et du catarrhe des muqueuses supérieures (sans aspect framboisé ni dépouillement de la langue), tandis que pour d'autres il y aurait simplement fluxion et bouffissure congestive, sans exsudation, catarrhe ni larmoiement. Enfin, T. Smith (4) (qui rapporte 145 observations) signale l'absence ordinaire des prodromes comme un élément de diagnostic.

Parfois précédé d'un rash érythémateux, l'*éruption*, annoncée par une élévation thermique, débute à la face par des taches qui, surtout aux lèvres, forment des papules saillantes et plus durables, et de là se répand sur le tronc et la racine des membres, principalement dans le sens de la flexion.

Les taches, irrégulières et formées par des groupes de papules rouge vif, sont disposées en croissant comme celles de la rougeole. D'abord saillantes, elles s'affaissent, perdent la netteté de leur contour, la rougeur en devient moins vive et, sur le corps, s'étale comme celle de la scarlatine.

Cette éruption est polymorphe, comme confluence des macules ; comme coloration, qui est rosée, écarlate ou ponctuée ; comme contours des taches, qui sont irrégulières et dentelées. Elle atteint son acmé en vingt-quatre heures et a disparu en trois ou quatre jours.

L'angine concomitante serait due à une éruption analogue sur le voile du palais et les amygdales tuméfiées. Elle serait, pour d'aucuns, l'origine de l'*adénopathie* sous-maxillaire qui ne manque jamais.

Mais cet engorgement ganglionnaire, qui forme le trait distinctif de la maladie, est général et symétrique. Il prédomine aux régions sous-occipitales, sous-maxillaires et inguinales ; on y sent les ganglions qui roulent isolément comme des billes sous le doigt. Ils sont sensibles à la pression, n'atteignent jamais un gros volume et ne suppurent pas. Ce gonflement ganglionnaire, qui survit quelque peu à l'éruption, est parfois le premier symptôme de la maladie (T. Smith).

En cinq jours ordinairement, quinze au plus dans les cas rares, les macules de pigment brun clair qui avaient remplacé les taches disparaissent (avec une desquamation furfuracée), et avec elles la maladie.

Au sujet du pronostic que M. Longuet avait relevé comme constamment et absolument bénin, T. Smith est du même avis que lui ; la seule complication possible serait ce qu'il appelle l'angine « secondaire », survenant vers le quatrième ou le cinquième jour (rougeur et tuméfaction ; salivation et dysphagie ; température quelquefois jusqu'à 40 degrés), et qui guérit ordinairement sans ulcérations ni abcès. Mais W. Edwards (1) dit qu'on a observé comme complications : bronchopneumonie, entérite, stomatite, néphrite aiguë. Le pronostic reste en général bénin, dit-il, mais la mort peut survenir, soit par le fait de complications, soit par la « malignité » primitive de l'affection.

On voit, en somme, que, si les gros traits de la rubéole commencent à être connus, il reste à propos d'elle nombre de points à mettre en lumière.

3. *Roséole morbilleuse.* — L'exanthème de la rougeole est trop connu pour que nous nous y appesantissions. Disons seulement qu'en moyenne, à la fin du quatorzième jour (Béclère) qui a suivi l'exposition d'un sujet au contage morbilleux, et après trois ou quatre jours d'énanthème conjonctivo-pharyngo-nasal, l'éruption apparaît sur les parties latérales du cou (région parotidienne), sous la forme d'un piqueté rouge, qui, au bout de huit à dix heures, aura envahi la face. Là elle peut devenir confluente ; mais, sur le corps, elle se montre très nettement composée de taches ayant de 1 à 5 millimètres de diamètre, irrégulières, à bords morcelés, déchiquetés et inégaux, d'un rose plus ou moins vif, quelquefois violacées aux parties déclives. Isolées presque toujours, ces taches laissent entre elles des intervalles de peau saine ; ou bien, si leurs bords viennent à se confondre, elles s'unissent de manière à former un croissant irrégulier (Rilliet et Barthez).

Ces taches offrent souvent une légère saillie papuleuse.

Elles disparaissent à la pression du doigt ; celui-ci enlevé, aussitôt la tache se reforme, et il est visible qu'elle est constituée par un très fin piqueté granuleux, rouge, dont la teinte diffuse légèrement autour du pointillé congestif. M. Fournier a décrit le même fait à propos de la roséole syphilitique : il l'attribue à la saillie des follicules pileux congestionnés.

La desquamation est, ici, furfuracée, perceptible parfois seulement au menton et à la face ; sur le corps, les taches s'évanouissent peu à peu, en laissant des macules livides, puis jaunâtres, que la pression n'efface plus. Il nous semble inutile de créer pour cet exanthème un genre distinct des roséoles.

4. *Roséoles syphilitiques.* — Bazin, dans ses leçons publiées en 1858, admettait les trois variétés suivantes de la syphilide érythémateuse : *a.* Roséole *maculeuse; b.* Roséole *granuleuse; c.* Roséole *squameuse*. En 1866, il rectifiait ainsi : *a.* Roséole *commune* ou *vulgaire*, « renonçant à la dénomi-

(1) *Études médicales*, Paris 1881.

(2) Jaccoud, *Path. Int.* t. III, p. 541.

(3) Voyez : *Union Méd.*, 1884, les relations de Lubanski, Trastour (de Nantes), Daga, Tordens (de Bruxelles). — *Revue des Sc. méd.*, 1883, W. Squire, ext. des *Arch. of Dermat.*, july 82. — 1885, Tonge Smith, *the Lancet*, june 1883. — W. Edwards, *Amer. j. of med. sc.*, oct. 1884. — 1886, G. Byrd Harrison, *Amer. j. of obstetrics*, july 85. — *Bull. Soc. méd. Hôp.* août 86 (Desplats et Desnos).

(4) Anal. par Barth in *Rev. des Sc. méd.*, 1885.

(1) Anal. par Chauffard in *Rev. Sc. méd.*, 1885.

nation de *maculeuse*, qui entraîne l'idée d'un dépôt de pigment, tandis que la roséole vulgaire est, en effet, constituée par des taches simplement congestives. » (*Roseola versicolor* d'Er. Wilson). — *b*. Roséole *granuleuse*, où les taches apparaissent avec une surface granulée (*Roseola punctata*), ou bien les granulations, au nombre de cinq ou six, traversées par des poils, ne se montrent qu'à la disparition des taches. — *c*. Roséole *papuleuse*. — *d*. Roséole *annulaire*.

A l'exemple de M. Fournier, nous reconnaîtrons trois variétés de roséoles syphilitiques : les roséoles *commune* (de Bazin), — *papuleuse* ou *ortiée*, — et *annulaire*.

A. *Roséole commune*. — Elle occupe le premier rang parmi les éruptions de la syphilis secondaire, autant par sa fréquence que par la date de son apparition ; elle apparaît, en général, « dans les deux premiers mois qui suivent l'induration du chancre » (Bazin), quelquefois dans le troisième. M. Fournier lui assigne comme date moyenne le quarante-cinquième jour qui suit l'éclosion du chancre. On donne à cet intervalle qui sépare le début de l'accident primaire de la première syphilide, le nom de « seconde incubation ».

Celle-ci est d'autant plus longue que le traitement mercuriel a été commencé plus tôt. Elle peut être de trois et quatre mois. Plusieurs syphiligraphes admettent que sa prolongation est un signe de bénignité de la syphilis.

La roséole est constituée par des taches non saillantes, d'un rose plus ou moins foncé, qui disparaît sous la pression des doigts. Ces taches, irrégulièrement arrondies, finement dentelées, ont une largeur qui varie de 5 millimètres à celle d'une lentille ou d'une pièce de 20 ou 50 centimes. Inversement, rappelons qu'elles peuvent être « ponctuées ».

Leur couleur, au début, est d'un rose-tendre, « un beau rose fleur de pêcher » (Fournier), et, à ce moment, elles s'effacent complètement sous le doigt ; — puis elles deviennent d'un rose rouge, rose sombre, « triste » (Fournier) et ne s'effacent plus qu'incomplètement ; — sur le déclin, elles sont d'un rose sale, maculeux, jaunâtre, qui ne s'efface presque plus sous le doigt ; macules souvent plus visibles que l'éruption à laquelle elles succèdent. Quelquefois, aux parties les plus déclives, sur les membres inférieurs variqueux et chez les femmes enceintes, la roséole est livide, violacée. Dans certains cas rares, elle peut même être purpurique, au moins par places.

Les taches débutent à la face latérale du thorax et aux flancs ; rares sur les membres, elles sont exceptionnelles à la face et *ne se montrent jamais aux mains ni aux pieds*.

Elles sont comme semées au hasard, pêle-mêle, de confluence moyenne, quelquefois très discrètes ; elles le sont d'autant plus que le traitement a été commencé plus tôt (Fournier). Elles peuvent même être tellement discrètes, tellement peu accentuées et si fugitives qu'elles échappent à l'examen le plus attentif. On les voit alors plus aisément dans un miroir placé obliquement devant la peau du malade.

Les taches, ordinairement, ne sont pas coalescentes. Cette année, cependant, nous avons observé, dans le service de M. Fournier, deux malades : un homme et une femme, porteurs d'une roséole diffuse, en placards carminés ou violacés. Le fait n'avait pas échappé à Bazin : « Les taches sont, d'autres fois, assez confluentes pour former de larges surfaces rouges, comme s'il s'agissait d'une rougeur scarlatineuse ; d'autres fois elles figurent des arcs de cercle, des losanges, des huit de chiffre, et ressemblent à l'éruption de la rougeole. »

En général, l'éruption se fait insensiblement, sans douleur ni prurit, si bien qu'elle passe fréquemment inaperçue. Les changements de température, le froid, les bains très chauds et sulfureux la font ressortir davantage. De plus, il faut se rappeler qu'elle coïncide avec l'acmé de la « fièvre secondaire », qui consiste en fièvre quelquefois assez élevée le soir, violente céphalalgie, courbature dans les membres et dans les lombes, etc. Ces symptômes s'observent à leur maximum chez les femmes, surtout blondes, dit-on, et nerveuses. On comprend que, dans ces cas, spécialement quand on n'ose soupçonner la syphilis, on puisse penser à une fièvre éruptive. Nous avons nous-même rencontré ce fait chez une jeune femme *dont nous observions le chancre* ; elle eut, avec des symptômes généraux intenses, une éruption tellement confluente, avec bouffissure de la face, que nous crûmes un instant avoir devant nous une variole ou une rougeole confluente. M. Lancereaux, dans son « Traité de la syphilis », rapporte qu'il faillit se tromper lui-même en présence d'un cas d'urticaire avec érosions hémorrhoïdales et névralgie frontale.

Mais, le plus habituellement, l'éruption se développe lentement ; elle met de quelques jours à une semaine avant d'atteindre son maximum, bien que chaque macule arrive vite à son complet développement. Traitée, elle disparaît très facilement et rapidement ; non traitée, elle persiste plusieurs semaines, se complique d'autres éruptions (papules, etc.) ; *jamais elle ne desquame* ; les macules s'effacent, et la roséole a disparu sans vestiges ; mais elle peut récidiver.

Elle récidive de plusieurs façons :

1° Telle quelle ; — 2° sous la forme annulaire ; — 3° sous une forme spéciale « roséole de retour » (Fournier), éruption discrète, à larges taches pâles, différente de la roséole commune en ce que : *a*) elle est discrète et ne compte que vingt à trente taches ; *b*) elle est à « larges taches » ; *c*) ces taches sont pâles et visibles seulement sous une certaine incidence.

B. *Roséole papuleuse*. — La précédente était plate ; ici les taches font un peu saillie (Roséole *papuleuse* ou *ortiée*). Bazin admettait cette forme comme une variété spéciale de roséole, bien distincte de la syphilide papuleuse. Cette séparation doit encore être admise aujourd'hui, puisque M. Fournier professe que la roséole syphilitique ne desquame jamais.

C. *Roséole annulaire*. — C'est là une forme graphique particulière, constituée par des circonférences, des anneaux, ou mieux des ovales ou des segments de cercle. L'aire de ces anneaux roses garde sa coloration normale. Parfois, quelques anneaux se coupent en huit de chiffre.

Cette roséole est, non précoce, mais tardive (deuxième et troisième année). Pour Bazin, « cette variété est un signe de récidive et indique que les malades ont déjà subi un traitement mercuriel ». Syphilis modifiée par le mercure, et qui, sans lui, eût produit des manifestations cutanées d'un ordre plus élevé.

4. *Roséole du typhus exanthématique*. — Cet exanthème, qui paraît du troisième au cinquième jour de la maladie, est constitué par des groupes irréguliers de taches roséoliques, parfois légèrement saillantes, et semblables à celles de la rougeole. Débutant par l'abdomen, l'éruption gagne rapidement tout le corps et surtout les membres, et cela en une seule poussée et dans l'espace de quarante-huit heures. La face, les régions palmaires et plantaires sont le plus ordinairement respectées (Jaccoud).

Ces taches, à leur naissance purement hyperémiques, s'effacent complètement sous la pression ; ce n'est qu'au

bout de quelques jours qu'un certain nombre d'entre elles deviennent pétéchiales, tandis que de vraies pétéchies se développent en même temps sur la peau.

L'exanthème du typhus s'efface rapidement ; les taches papuleuses présentent parfois une légère desquamation furfuracée ; celles qui sont pétéchiales disparaissent graduellement en se comportant comme tout élément purpurique.

5. *Roséole du typhus abdominal.* — L'éruption se compose d'éléments arrondis, isolés, petits, lenticulaires (Louis), rosés, légèrement mais nettement papuleux (comme le sent un palper délicat), disparaissant complètement sous la pression ou par une distension légère de la peau. Ces taches se montrent *vers* le septième jour, et apparaissent en une série de poussées successives, chaque élément éruptif durant quatre ou cinq jours.

Les taches rosées lenticulaires sont-elles pathognomoniques de la fièvre typhoïde? Griesinger est de cet avis ; pour N. Guéneau de Mussy, « l'apparition de cette éruption dissipe tous les doutes » ; d'après Homolle (1), les taches rosées bien accusées, se montrant à leur date régulière, appartiennent à la fièvre thyphoïde seule. Cependant Rilliet et Barthez les avaient observées dans d'autres maladies. On en a vu dans l'endocardite infectieuse, dans la granulie, dans la pyémie. Aussi est-il plus sage de conclure, avec Trousseau et Jaccoud, que les taches rosées lenticulaires ne sont pas l'éruption caractéristique de la fièvre typhoïde, puisqu'elles peuvent ou manquer, ou bien se rencontrer dans d'autres affections (2).

Ces taches sont néanmoins utiles pour caractériser certaines formes abortives, dont elles constituent à elles seules le principal symptôme (Potain), étant en quelque sorte la signature du diagnostic (3).

Ordinairement discrètes et localisées (ce qui, au point de vue du pronostic, a donné lieu à des interprétations opposées), les taches de la *roséole typhoïde* peuvent être assez nombreuses pour faire penser à une rougeole (Rilliet, Barthez, Taupin), et assez saillantes pour laisser supposer une variole (Compendium). Réciproquement, il est des cas où la syphilis elle-même peut simuler la dothiénentérie ; c'est presque exclusivement chez la femme ou dans des cas de syphilis sénile qu'on a fait cette observation :

Parfois, au début de la période secondaire, la malade, — ou même le malade, s'il s'agit d'un vieillard (4), — semble en proie à une fièvre typhoïde lente nerveuse ou ataxo-adynamique. On observe, tout d'abord, courbature, fatigue, anorexie, embarras gastrique, phénomènes névralgiformes, *céphalalgie,* douleurs osseuses et articulaires ; on pense à une forte courbature ou à une fièvre rhumatismale avec arthralgies. Mais bientôt se produisent des *vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, épistaxis,* quelquefois un peu de diarrhée. La température est entre 38°5 et 39 degrés ; on songe à une fièvre typhoïde. Puis il peut survenir de l'adynamie, la langue se sèche, devient fuligineuse, et cela dure deux mois ! Nous venons d'en observer un cas remarquable dans le service de notre cher et respecté maître, M. le professeur Fournier, qui a décrit cet état sous le nom de *typhose syphilitique.* Si à ces symptômes se joint une roséole, et une roséole pure ; qu'il s'agisse d'une femme, où le chancre est souvent fugitif et inaperçu, on comprendra l'énorme difficulté du diagnostic. Aussi avons-nous cru devoir y insister longuement.

(1) Art. Typhoïde (fièvre) du *Dictionnaire pratique.*
(2) Juhel-Rénoy, *Arch. Méd.*, 1884, t. II, p. 490.
(3) Notta, *Union Méd.*, 1884, p. 1081.
(4) Quinquaud *Annales de Derm.* 1881. Syph. des vieillards.

6. *Roséole du typhus cérébro-spinal.* — Dans cette maladie on a noté parfois la présence d'éruptions diverses, qui, dans quelques épidémies, ont pu être assez abondantes pour lui faire donner les noms de « spotted fever », « purpuric fever ». Le plus souvent, d'ailleurs, il s'est agi d'éléments herpétiformes.

II

1. *Roséole varioleuse.* — La variété hyperémique des rashes prévarioliques apparaît de bonne heure, à la fin du deuxième jour. Au bout de vingt-quatre heures environ, ils disparaissent presque subitement, s'effaçant d'abord sur le tronc.

Lorsque le rash est formé de taches, celles-ci peuvent être festonnées ou arrondies, déchiquetées, disposées en cercle, en croissant, ou sans forme déterminée (érythème en corymbé, erythema gyratum, rash morbilliforme de Barthélemy) ; ou bien les taches sont plus régulières, arrondies ou elliptiques, très légèrement saillantes au centre (rash roséolique de Barthélemy); elles sont moins généralisées et moins abondantes que les précédentes, n'occupent que le thorax, l'abdomen, la racine des membres, avec une préférence marquée pour les genoux et les coudes qu'elles ne dépassent pas, mais sur lesquels et autour desquels elles sont groupées en abondance (1). Sans examiner ici la question du pronostic des rashes, faisons simplement remarquer avec l'auteur que l'abondance des taches morbilliformes (ou roséoliques) n'est nullement en rapport avec celle des pustules varioliques qui vont leur succéder.

2. *Roséole vaccinale.* — A l'exemple de Steinbrenner, M. Dauchez (2) admet que la vaccine est une fièvre éruptive analogue à la variole. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'il s'y produise des rashes également variés : nous ne nous occuperons ici que du rash érythémateux.

Il paraît du huitième au dixième jour qui suit l'inoculation, c'est-à-dire en pleine fièvre de pustulation. Ce sont des macules rouges, arrondies, quelquefois annulaires, à bords déchiquetés, occupant le tronc, la face et les membres, paraissant et disparaissant en vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans laisser de marbrures, sans desquamer, ne s'accompagnant pas d'une élévation supplémentaire de la température.

Ces *vaccinides* sont inoffensives, sans danger, et ne dérangent en aucun cas la marche de la vaccine. Mais il est bon de les connaître parce qu'on peut les confondre avec des éruptions médicamenteuses, avec la rougeole et la roséole syphilitique, qui toutes, d'ailleurs, peuvent coexister avec la vaccine. Le diagnostic de la syphilis vaccinale nous entraînerait trop loin.

3. Pour les maladies qui vont suivre, nous ne ferons que signaler en passant les roséoles qu'on y a observées.

Septicémies pyémique, puerpérale, etc. — Helm, Murchison, M. Verneuil, y ont relevé diverses efflorescences fugitives et sans localisations constantes, d'aspect roséolique, ortié, scarlatiniforme ou érysipélateux.

Blennorrhagie. — Admis par Cazenave, nié par Bazin, qui l'attribuait toujours à l'emploi des balsamiques, l'érythème blennorrhagique a reparu victorieusement de nos jours avec la notion de la blennorrhagie maladie infectieuse et pouvant infecter toute l'économie. La réaction a même été si loin

(1) Barthélemy, *loc. cit.*
(2 Dauchez, des *Eruptions vaccinales*, th. de Paris, 1883.

que M. R. Mesnet (1) admet que les balsamiques ne sont pas susceptibles à eux seuls de produire des éruptions, qui devraient être pour la plupart attribuées à la blennorrhagie.

Tout en se gardant de pareilles exagérations, il faut reconnaître que l'érythème blennorrhagique, qui peut être roséolique, papuleux, etc. existe ; il indique sans doute l'infection générale en voie de se produire, et peut être d'une réelle valeur pronostique. Réciproquement, il importera de ne pas confondre avec lui des taches discrètes de roséole copahique autour des genoux ou des poignets, et de ne pas prédire pour cela la venue d'arthropathies toujours graves.

Diphthérie. — Si parfois on rencontre dans cette affection des taches discrètes de roséole ou des papules ortiées, elles n'ont pas l'intérêt des rashes scarlatiniformes décrits en 1858, par M. G. Sée, et qui rendent le diagnostic des plus difficiles.

Disons en passant que, d'après L. Frœnkel (2), ce sont les pétéchies qu'on observerait le plus souvent dans la diphthérie en fait de manifestations cutanées.

Choléra. — Il est fréquent d'observer des éruptions polymorphes, mais surtout scarlatiniformes et morbilliformes, dans la période réactionnelle du choléra ; c'est notamment ce qui est arrivé à Marseille en 1884. Nous avons nous-même publié à cette époque une observation de ce genre (3), remarquable en ce que l'éruption ne s'est pas montrée composée d'éléments polymorphes, mais que les divers types de l'érythème exsudatif ont apparu les uns après les autres, à vingt-quatre heures de distance. Or, le premier jour, l'aspect était identiquement celui de l'exanthème morbilleux ; et le malade était un enfant traité à l'hôpital de la rue de Sèvres. D'après Tarral (4) l'érythème cholérique, qui peut s'observer dans les formes rapides comme dans les formes lentes, est bien un phénomène critique. Sur 43 cas d'érythème cités, 39 malades ont guéri.

Rhumatisme. — C'est là une des roséoles diathésiques de Bazin. Mais il est convenu qu'on ne doit entendre par « roséole rhumatismale » que la modalité discrète et roséolique de l'érythème qui se voit parfois autour des jointures atteintes par le rhumatisme articulaire aigu fébrile. A noter ici l'opinion du professeur Renaut (de Lyon), qui en attribue le développement à l'effusion du liquide acide des glandes sudoripares dans l'épaisseur des couches dermiques voisines du revêtement malpighien.

Erythèmes polymorphes. — Il est clair que l'éruption pourra comporter ici des taches roséoliques aussi bien que toutes autres variétés d'éléments éruptifs. Il est inutile d'insister.

DEUXIÈME CLASSE. — ROSÉOLES MÉDICAMENTEUSES

Roséoles balsamiques. — Dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique*, MM. Roger et Damaschino ont écrit que les balsamiques déterminaient à peu près tous avec la même fréquence des exanthèmes roséoliques. Avec la plupart des auteurs, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi : d'abord, l'exanthème copahique est de beaucoup le plus communément observé ; celui que produirait le santal est à ce point mis en doute qu'on l'a généralement attribué à des falsifications commerciales : le prix du santal étant fort élevé, les préparations vendues sous ce nom contiendraient, pour un grand nombre d'entre elles, presque exclusivement du copahu aromatisé avec l'essence de santal. En second lieu, tandis que l'exanthème copahique est ordinairement précoce, qu'il peut se produire sous l'influence de faibles doses et appartient nettement au type roséolique, celui que provoque la térébenthine, à fortes doses (Bérenguier) (1), peut être érythémateux, papuleux, ou même vésiculeux. Celui du cubèbe est également rare. Il se rapprocherait toutefois de l'éruption copahique, qui représente le type des roséoles balsamiques.

Le baume de copahu agit par deux substances : la résine, qui passe surtout dans les urines, et l'huile volatile, qui s'élimine par la peau et donne lieu aux exanthèmes (2). Or, il paraîtrait que la résine à elle seule aurait une action suffisante sur la blennorrhagie, irriterait moins l'estomac, et ne provoquerait aucune éruption. Quoi qu'il en soit, étudions l'exanthème produit par le copahu, tel qu'on le donne communément.

Tantôt il est discret et siège alors autour des coudes et des poignets, des genoux et des malléoles, sous forme de petites taches rouges, à bords plus ou moins irréguliers, un peu prurigineuses, pouvant se réunir à plusieurs et déteindre sur la peau voisine, si bien qu'elles émergent comme de légères saillies papuleuses foncées sur la nappe rose pâle de la région périarticulaire.

Dans d'autres cas, l'éruption est brusque, généralisée et confluente d'emblée. La peau est alors véritablement tigrée ou mieux tachetée comme celle de la panthère. La confluence peut être telle à certains endroits (parties latérales du tronc) qu'on y voit de larges plaques scarlatiniformes. Mais en maintes places on retrouve les taches distinctes. Elles sont larges, rouge foncé, lie-de-vin, s'effacent à peine sous le doigt ; elles sont papuleuses et saillantes çà et là au point de simuler l'urticaire ou l'érythème polymorphe. Les mains sont parfois cramoisies comme si on les avait trempées dans du jus de framboises, et cette teinte violacée peut elle-même y être marbrée par des papules lenticulaires rose jaune ou rose chine d'une nouvelle venue. A un tel degré de confluence l'éruption est prurigineuse ; elle peut même s'accompagner au début de fièvre, de courbature, d'embarras gastrique. La face est bouffie, tandis que les muqueuses oculaire, pharyngée et buccale sont congestionnées. Mais ce n'est là qu'un feu de paille ; en trois ou quatre jours tout est fini, l'éruption est presque effacée ; ce n'est que rarement qu'elle s'accompagne de desquamation partielle.

Au contraire la variété discrète de cette roséole, insensible pour le malade, persiste pendant huit, dix, quinze jours, autant surtout que dure le traitement.

A quoi tiennent ces différences ? La forme lente et discrète se montre en général dès le début d'un traitement par des doses moyennes. La forme confluente et rapide, au bout de quelques jours d'un traitement par des doses massives dont l'absorption se fait entièrement sans que la diarrhée y porte obstacle. Il y a cependant des exceptions : notre savant maître, M. le docteur Labric, nous a raconté qu'il avait été appelé, pendant la dernière épidémie cholérique, auprès d'un homme atteint de vomissements avec diarrhée profuse et crampes, le tout ayant débuté subitement en pleine santé. Ce

(1) Th. de Paris, 1884, *Des érythèmes blennorrhagiques*, et Andret, th. de Paris, 1884, *Manifestations cutanées de la blennorrhagie*.

(2) Frœnkel, trad. in *Annales de Derm.*, 1884, p. 304.

(3) Morel-Lavallée, *Ann. Derm.*, 1884.

(4) Tarral, thèse de Paris, 1886 (in *Ann. Derm.*).

(1) Pour la bibliographie de ces exanthèmes, voy. Duhring, trad. Barthélemy, Paris 1883, page 408 et suivantes.

(2) Barthélemy, *loc. cit.*

n'est que quelques heures après qu'une éruption copahique suraiguë généralisée vint rassurer le médecin. Le malade prenait depuis plusieurs jours des capsules de copahu; n'est-il pas probable qu'un certain nombre de ces capsules ont dû rester intactes pendant quelque temps, protégées par le mucus intestinal, dans un point des voies digestives, et qu'il y a eu ensuite, à un moment donné, absorption brusque d'une forte dose du médicament?

La forme aiguë généralisée de l'exanthème copahique a pu donner le change pour l'érythème polymorphe, la rougeole et la roséole syphilitique; nous le verrons plus loin.

La variété discrète a pu donner lieu à d'intéressantes discussions : « Il faut éviter, écrivait Bazin, l'erreur commise par M. Cazenave, quand il décrit, comme des roséoles consécutives à une blennorrhagie, de simples éruptions pathogénétiques déterminées par l'usage du copahu. » De nos jours on serait moins sévère pour Cazenave, et tel cas pourrait se produire où le diagnostic hésiterait entre érythème copahique et érythème infectieux blennorrhagique, surtout s'il y avait à quelque degré coexistence de « rhumatisme blennorrhagique ».

Il va sans dire que l'exanthème copahique ne se produit que chez les personnes prédisposées; qu'il cesse avec l'emploi du médicament pour reparaître dès qu'on en reprend l'usage, fût-ce souvent dans une blennorrhagie subséquente, enfin, que tel des balsamiques sera toléré par la peau, alors que l'absorption de tel autre se révélera par un érythème.

II

Sels de quinine. — Les éruptions quiniques ne sont pas rares; elles ont été signalées par plusieurs auteurs, notamment par Bazin.

Habituellement, ce sont de simples roséoles; mais quelquefois il existe un véritable érythème s'effaçant sous le doigt, et pouvant ensuite se recouvrir de vésicules.

Disons, en outre, pour mémoire, qu'Ackermann (1) a bien décrit, en 1880, un eczéma observé pour la première fois, en 1850, chez les ouvriers fabriquant le sulfate de quinine.

Dans une thèse récente, P. Levassor (2) divise les éruptions quiniques en quatre formes, qu'il appelle *rubéolique*, *papulo-érythémateuse*, scarlatineuse et purpurique. Ces exanthèmes sont généralisés ou limités, plus ou moins prurigineux, à extension et à évolution rapide.

Antipyrine. — Les premiers cas d'exanthème consécutifs à l'emploi de ce médicament ont été observés par A. Cahn (3), chef de clinique du professeur Kussmaul; la première concernait une typhoïsante, qui avait pris en neuf jours 45 grammes d'antipyrine, quand, le dixième jour, parut une éruption érythémateuse caractérisée par des taches arrondies rouge cinabre, un peu saillantes; leur coloration disparaissait complètement sous la pression du doigt; leurs bords n'étaient pas nettement accusés. Au niveau des coudes et des genoux les taches se confondaient de manière à former de grandes plaques rouge clair, plus nombreuses en général du côté de l'extension. La tête, la paume des mains et la plante des pieds étaient indemnes.

Le médicament ayant été suspendu, l'éruption disparut en quelques heures, pour reparaître sous un aspect scarlatiniforme, trois heures après la prise d'une nouvelle dose d'antipyrine.

(1) *Journal de thérapeutique.*
(2) Paris, 1885.
(3) *Berl. klin. Woch.* 1884 nº 36 et *Ann. Derm.*, 1885.

Depuis que l'antipyrine a été employée dans le traitement du rhumatisme aigu et des névralgies à doses élevées, de 3 à 5 grammes, il n'a pas été rare de constater des éruptions analogues, ainsi que l'a, dans une récente clinique, signalé M. G. Sée.

Chloral. — Cette substance produit le plus souvent un érythème en plaques d'un rouge vif, disséminées, passagères, mobiles et fugaces, pouvant être reproduites avec la plus grande facilité. Mais nous en devons parler quelque peu, parce qu'en certains cas, l'exanthème chloralique peut présenter l'aspect de la rougeole (1).

Dans les formes atténuées, l'éruption peut consister en une seule poussée congestive vers les téguments, comparable aux rougeurs qui apparaissent si fréquemment sur le visage de certaines personnes après un repas copieux (2). Ordinairement, ce sont des plaques rouge vif ou vineuses, disparaissant à la pression, se montrant d'une part à la face, d'autre part, sur les régions déclives. M. Barbillon, dans une note fort intéressante, récemment publiée à ce sujet, signale comme constante une odeur spéciale de l'haleine qui rappellerait la pomme de reinette. Il insiste sur ce fait, que l'érythème chloralique est sollicité par l'ingestion d'une certaine dose d'alcool. Pendant l'année 1884, alors que nous avions nous-même l'honneur d'être l'interne de M. Labric, nous avions l'habitude de faire distribuer du bagnols aux enfants, un quart d'heure avant la visite, et l'exanthème se produisait sous nos yeux. Il nous a paru alors qu'une certaine dose de chloral (3 ou 4 grammes en moyenne; on en faisait prendre 1 à 2 grammes à la fois), était nécessaire à la production de l'érythème, ou qu'en tout cas l'étendue, l'intensité et la durée de celui-ci, étaient certainement proportionnelles au degré de saturation de l'économie par le médicament. Peut-être aussi l'état de somnolence qu'on observe à ce degré-là favorise-t-il l'action vaso-dilatatrice sur la peau.

Mais ce qu'en outre M. Barbillon a parfaitement remarqué, c'est l'apparition possible d'une éruption de plaques rouges sur le corps et la figure, un quart d'heure après l'ingestion d'une petite quantité d'alcool seul, sous forme de vin de Bagnols. Et l'on ne saurait ici incriminer la diphthérie (c'est chez deux enfants diphthériques que M. Barbillon a noté cet exanthème éthylique), puisque le docteur Hyde (de Chicago) (3) a rapporté le fait d'une de ses clientes, femme de quarante-deux ans, qui ne pouvait prendre *une cuillerée à café* de bière ou de sherry, sans être couverte d'une éruption ortiée. Donc, il existe bien un « rash » alcoolique.

Belladone. — L'éruption due à l'absorption de la belladone ou de son alcaloïde constitue un des rashes médicamenteux les mieux connus (Duhring). Elle se voit surtout chez les enfants et reste ordinairement limitée à la face et au cou. Le type roséolique n'est que la forme la plus atténuée de cet érythème, qui peut aussi revêtir un aspect scarlatiniforme. Est-il besoin de rappeler qu'il s'accompagne de mydriase et d'ardeur pharyngée? Il est fugitif, et n'occasionne ordinairement ni fièvre, ni prurit, ni desquamation.

Opium, morphine. — Tout ce que nous venons de dire à propos du rash belladoné s'applique exactement à celui de

(1) Joffroy, Leçon clinique faite à l'hôpital des enfants, in *Journ. de méd. et de chir. pratiques.*
(2) Barbillon, *Arch. de phys.*, 1er janv. 1887.
(3) *Arch. of Dermatology*, 1880. — *Amer. Dermat. Association.*

l'opium, qui est seulement moins fréquent ; nous n'aurions pu cependant le passer sous silence, puisque nous trouvons dans le livre de Duhring que l' « éruption morphinique est une des roséoles médicamenteuses ». Ici, naturellement, la mydriase manque ou est remplacée par du myosis.

Santonine. — Arthur van Harlingen (1) rapporte que l'ingestion de cet alcaloïde aurait été aussi suivie d'une roséole.

— Pour les substances qui vont clore cette liste, la roséole ne constitue plus qu'une variété, et la variété la plus rare des exanthèmes consécutifs à leur absorption.

Iode, iodure de potassium. — *Brome.* — *Arsenic.*

Mercure. — La dermite mercurielle pseudo-eczémateuse, se produisant aux lieux d'application de pommades hydrargyriques, est connue depuis longtemps et sort d'ailleurs de notre sujet. Mais l'usage externe du mercure peut produire d'autres éruptions. C'est ainsi que nous trouvons reproduite dans les *Annales de Dermatologie* (2) une observation de Reichel où l'application d'un pansement avec de la gaze au sublimé fut suivie d'un érythème généralisé composé d'une quantité innombrable de papules miliaires confluentes (à côté de petites vésicules eczématiformes).

De même nous avons trouvé, dans la thèse de M. Brun (3), une observation de M. Pinard, accoucheur de Lariboisière, et dans laquelle il est dit qu'après trois jours et demi d'injections vaginales prolongées au bi-iodure à 1/2000e, on vit apparaître, depuis les plis cruraux jusqu'au-dessus du pubis, une large nappe rouge limitée par un bourrelet. « Tout autour existaient des taches rouges disséminées formant semis, analogues à la rougeole. » Nouvelle injection : le lendemain « n'était l'absence de catarrhe oculaire, nasal, bronchique, on eût dit la figure d'une rougeole. Sur les membres, éruption papuleuse, sans saillies ; les papules, à contours irréguliers, de grandeur variable, tendent, en certains points, à se fusionner pour constituer de grandes plaques rouges... »

Mais il y a plus : l'usage interne du mercure a pu, dans des cas très rares, donner lieu à des éruptions : Engelmann (4) a cité, chez un malade intolérant pour toutes les préparations hydrargyriques et même pour les vapeurs mercurielles, un cas d'érythème survenu deux heures après l'ingestion de trois prises de 0^{gr},15 de calomel. Enfin, plus récemment, M. Gaucherand (5), qui donne comme étant les plus fréquentes, parmi les éruptions polymorphes consécutives à l'usage interne du mercure, les formes scarlatineuse et eczémateuse, relate, parmi les éruptions mercurielles rares, une éruption rubéolique observée par Auer chez une femme qui, six jours avant, avait avalé environ trois grains de sublimé en solution. C'étaient des taches rouge pâle, faisant une légère saillie, mal délimitées, qui se réunissaient par leurs bords comme des taches de rougeole. Elles déterminaient de vives démangeaisons et disparurent au bout de quatre jours.

On nous pardonnera ces détails à propos des exanthèmes hydrargyriques qui sont d'observation plus récente et moins répandue.

Nous venons, à propos des éruptions médicamenteuses de forme roséolique, de passer plus ou moins rapidement en revue la plupart des rashes pathogénétiques. Dans une étude de séméiologie clinique, il ne nous appartient pas d'aborder la question de la pathogénie de ces rashes (1), d'autant que nous n'avons examiné qu'une partie d'entre eux. Terminons simplement par un mot d'historique : c'est George Alley qui observa le premier un exanthème dû au mercure, manifestation de la maladie mercurielle qu'il appela « hydrargyria » (1804-1810).

En 1814, Montègre relata un cas d'urticaire, dû à l'ingestion du copahu. Depuis, on observa une foule d'éruptions médicamenteuses de formes très diverses, dont la plus commune est celle d'un érythème, simple ou exsudatif avec toutes ses variétés (2).

Après l'étude purement dogmatique et un peu aride de la nosologie des roséoles, nous croyons devoir ramener le lecteur aux réalités de la clinique, et esquisser brièvement le *diagnostic* pratique des principales variétés de roséoles qu'il se trouvera exposé à rencontrer.

Toutes les fois qu'en présence d'une éruption roséolique le diagnostic hésitera par suite ou de l'absence de symptômes généraux ou des caractères peu précis de l'exanthème, la première idée qui doit venir à l'esprit est qu'on se trouve peut-être en présence de la *syphilis*. Dans ce cas, on trouve toujours le chancre ou son témoin posthume (Ricord) : le bubon. Souvent il y a en même temps des plaques muqueuses, des adénopathies, des croûtes dans les cheveux. La roséole syphilitique respecte la face, sauf quelques papules parfois à la limite du cuir chevelu.

Quels sont les exanthèmes qui ressemblent le plus à la roséole syphilitique ?

1° *La rougeole.* — Mais ici, il est ordinaire de retrouver encore, bien qu'atténuées, les traces du catarrhe oculo-naso-bronchique. Il y a eu des prodromes fébriles constants, même dans la rougeole en miniature. L'éruption débute par les régions latérales du cou et la face, où elle est presque toujours prédominante et confluente.

2° *La roséole saisonnière.* — Celle-ci a des prodromes fébriles ; elle est (faiblement) prurigineuse ; elle peut s'étendre à la face. Ce sont là des signes peu importants ; mais il en est de majeurs fournis par : A. *la recherche du chancre :* on ne doit repousser la vérole que par exclusion ; B. *l'évolution et la durée :* celle-ci est éphémère pour la roséole saisonnière, qui disparaît spontanément. La roséole syphilitique non traitée dure plusieurs semaines (3).

3° *La roséole copahique.* — Elle est ordinairement plus rouge, rouge foncé, lie de vin. Elle affecte principalement les membres, et surtout avec des *nœuds de confluence* (Ricord) au niveau des jointures, du côté de l'extension. Elle est prurigineuse, bien que faiblement. Elle est essentiellement éphémère, durant trois à quatre jours. Enfin, on doit rechercher dans les antécédents l'absorption du copahu et les maladies qui constituent des indications pour l'emploi de ce médicament : blennorrhagie, cystite du col, catarrhe bronchique, diphthérie (Fournier).

4° *La roséole squameuse* ou *pityriasis rosé aigu de Gibert.*

---

(1) *Archives of Dermatology*, 1880.
(2) 1884.
(3) Th. pour l'Agrég. Paris, 1886.
(4) *Berl. klin. Woch.*, 1879.
(5) Th. de Paris, 1886. Obs. VII, p. 35.

(1) Voyez, à ce propos, outre les auteurs cités plus haut : *a*) Duhring, trad. Barthélemy, *loc. cit.*, pages 408 à 420. — *b*) A. van Harlingen, mémoire lu à l'*American dermatological Association*, 1880. — *c*) *The etiology and pathogenesis of drug eruptions*, by P. A. Morrow, M. D. in *Journ. of cut. and ven. diseases*, vol. III. — *d*) C. Pellizari, lo Sperimentale, trad. in *Annales Derm.*, 1885, etc., etc.
(2) P. A. Morrow, *New-York Med. Journ.*, mars 1880.
(3) Fournier, Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis.

— Cette maladie, consistant en une éruption composée de taches irrégulières, disséminées pêle mêle et sur une large surface, respectant le visage et se produisant en l'absence de symptômes généraux, se rapproche de la roséole syphilitique dont la durée est presque égale à la sienne. Cette considération nous engage à faire ici plus qu'un diagnostic différentiel, et à nous permettre une digression en faveur du pityriasis rosé.

Rappelons que le nom de *roséole squameuse* lui a été donné par M. le professeur Fournier. Il l'oppose ainsi à la roséole syphilitique, qui, elle, ne desquame jamais.

Bazin qui avait vu les deux ordres de taches dont se compose l'éruption, les avait étudiés séparément sous les noms de *pityriasis maculata* et *pityriasis circinata*. Mais c'est Gibert qui a donné le premier une bonne description de la maladie et l'a appelée *pityriasis rosé*. Outre le nom de *pityriasis rubra aigu disséminé*, on lui a encore donné ceux de : *arthritide pseudo-exanthématique*, *érythème papuleux desquamatif* (Vidal), *pseudo-exanthème érythémato-desquamatif* (Besnier).

M. Fournier lui a dernièrement consacré une de ses leçons cliniques; nous ne pourrions nous inspirer à une meilleure source.

Il en donne la définition suivante : c'est un pseudo-exanthème constitué par une « roséole squameuse ».

Le début est apyrétique le plus souvent et passe inaperçu; quelquefois cependant il y a trois ou quatre jours de malaise général : puis on voit naître une série de petites taches miliaires, rosées, qui grandissent, se multiplient, s'agglomèrent, et bientôt l'éruption se trouve constituée.

C'est une « roséole », c'est-à-dire qu'elle est formée de taches nombreuses, disséminées sans discipline éruptive, et séparées par des îlots de peau saine (Fournier). Mais ce n'est pas tout, et nous trouvons là trois ordres de taches :

1° Des taches petites, miliaires.

2° Des taches plus larges, formées par la coalescence des taches voisines.

Ces deux ordres de taches forment le gros de l'éruption; elles sont légèrement papuleuses, et entourées au début d'une zone érythémateuse. Elles sont très remarquables par le caractère de leur desquamation pityriasiforme; la poussière farineuse qui les recouvre atténue leur coloration rouge et les fait paraître comme rosées.

3° Les taches du troisième ordre sont bien moins nombreuses : ce sont des taches orbiculaires, ovalaires, formées de deux éléments : *a*) un cadre périphérique, constitué par un léger soulèvement papuleux, rosé, émaillé de petites squamules foliacées ou de poussière farineuse (P. circinata); *b*) au centre de ce cadre, l'aire centrale est lisse, bistrée, couverte de hachures.

Ce sont ces « médaillons » comme on les appelle familièrement à Saint-Louis, qui souvent frappent l'œil tout d'abord. Si on les saisit entre deux doigts aux deux pôles de leur collerette roséo-squameuse, on détermine dans l'aire centrale une exagération caractéristique du plissé normal de la peau.

Dans le pityriasis rosé de Gibert, l'éruption est toute la maladie; c'est à peine si l'on observe un léger prurit. Toutes les taches dont nous venons de parler vont se faner, pâlir, puis disparaître, et tout rentrera dans l'ordre.

Le siège de prédilection est le bas du cou, le thorax, la racine des membres; la tête et les extrémités sont presque toujours respectées. En général l'éruption, *qui est symétrique*, devient de plus en plus discrète en allant de la racine des membres aux genoux et aux coudes, *point où elle s'arrête*.

Elle se fait d'une façon *successive*, insensiblement progressive, *descendant* de haut en bas, aussi bien sur le tronc que sur les membres; elle se trouve ainsi composée d'éléments éruptifs d'âges divers, d'aspects différents; elle est donc *polymorphe*.

Sa couleur varie du rouge au rose très pâle; sa confluence, sauf exceptions, est moyenne; les « médaillons », toujours discrets, se voient surtout à la racine des bras, principalement en avant du grand pectoral.

Dans nombre de cas observés par nous, les ovales réguliers formés par ces médaillons étaient *tous* dirigés dans le même sens; c'est-à-dire que leur grand axe était horizontal ou mieux, parallèle aux côtes. Cette disposition, qui existait depuis le rachis jusqu'au sternum, leur était commune avec les taches papuleuses rosées les plus larges, si bien que les malades, vus de côté, semblaient porter en sautoir une série de broderies rouges ou roses, en forme d'aiguillettes d'état-major. Dans des cas exceptionnels, les médaillons, larges et coalescents, peuvent recouvrir presque toute la région thoracique supérieure. Ailleurs, ils peuvent n'exister qu'au nombre de deux ou trois.

La roséole squameuse a une durée variable; en moyenne de quatre à six semaines, quelquefois même de trois mois. Elle se termine toujours par résolution progressive; c'est là une évolution fatale, cyclique. Elle n'est pas contagieuse; elle paraît se développer sous des influences saisonnières et principalement aux saisons intermédiaires; l'adolescence est son âge de prédilection.

Tout l'intérêt de cette maladie, essentiellement bénigne et transitoire, réside dans ce fait qu'elle est journellement confondue avec la roséole syphilitique. Cependant, dans le pityriasis rosé, on trouve trois caractères bien spéciaux qui suffisent à faire la différence :

1° La desquamation farineuse; — la roséole syphilitique ne desquame jamais;

2° L'existence des médaillons, du pityriasis circinata de Bazin;

3° L'évolution en poussées successives et *descendantes*.

On a encore pris le pityriasis rosé pour des syphilides papulo-squameuses, circinées ou non; de l'eczéma circiné; de la trichophytie cutanée; pour la rougeole, et même, à sa période maculeuse terminale, où les taches présentent des reflets jaunâtres, pour le pityriasis versicolor. Ce dernier est une affection chronique, limitée presque toujours au thorax, formée de taches jaunes punctiformes ou en nappe, mais d'un jaune « café au lait clair », « café au lait de portière » (Ricord). Le coup d'ongle y entraîne un lambeau épidermique dans lequel le microscope décèle la présence de spores.

5° *Le pityriasis versicolor rosé*. — Le pityriasis versicolor est susceptible d'un curieux dimorphisme : au lieu d'offrir la teinte jaune-clair qui lui est habituelle, ainsi que nous venons de le dire, il est parfois rose. Mais il lui reste trois signes, pour le différencier de la roséole syphilitique :

a. Son apparence toujours légèrement squameuse;

b. Le signe du « coup d'ongle », enlevant un copeau épidermique;

c. L'examen microscopique.

6° *Les taches bleues*, dues au *Phtirius inguinalis* (Mourson, Duguet). — Lorsqu'elles sont confluentes, elles peuvent, au premier abord, en imposer, de même que, quelquefois, chez la femme grosse, elles simulent le violacé congestif des ma-

cules spécifiques aux parties déclives. La recherche facile du *corpus delicti* viendra lever tous les doutes, outre que la teinte ardoisée diffuse des *taches bleues* ne rappelle que de très loin la roséole.

7° *Les roséoles pudiques*, que nous ne signalons ici que pour mémoire ; ce ne sont que des variétés des érythèmes nerveux, qui se présentent sous l'aspect de plaques irrégulières et non sous celui de taches à peu près égales (1). Ce réflexe angio-névrolytique est d'ailleurs momentané et disparaît rapidement une fois que la malade est restée quelques instants découverte et soumise à un examen tant soit peu prolongé.

(1) Barthélemy, notes in trad. Duhring, p. 613.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier la fièvre jaune dans les pays où elle sévit ordinairement et de la combattre par des moyens prophylactiques.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours s'ouvrira le mardi 4 octobre 1887, pour une place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. Les inscriptions des candidats seront reçues jusqu'au lundi 5 septembre prochain inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices civils de cette ville, cours d'Albret, 91.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21564

11

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les » tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, 4 francs, dans toutes les pharmacies

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

49

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.*

« Professeur BOUCHARDAT. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du Sirop de Follet est fabriqué par la maison L. FRERE, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon

57

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chroniques de l'**enfance**.

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

72

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux SULFUREUSES et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau*, *des muqueuses*, *articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon ADAM, 31, boulevard des Italiens, Paris

71

LES CAPSULES DE ROUSSEAU AU VALERIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris.

10

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

25

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

14

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

19

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

19

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable. le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

23

PHTHISIE, BRONCHITES ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

50

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

77

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* no 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

94

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart

N° 101. — MARDI 23 AOUT 1887. 60e ANNÉE MARDI 23 AOUT 1887. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

I

Les micro-organismes dans les végétaux et les cellules microphages dans les animaux. — M. Galippe vient de faire à la *Société de biologie* une seconde communication sur ce sujet, si intéressant au point de vue des théories étiologiques actuelles.

A ses premières expériences, démontrant la présence pour ainsi dire normale de nombreux micro-organismes de divers genres, jusque dans le centre même des végétaux, tels que pommes de terre, radis, choux, salades, etc., on avait opposé des objections nombreuses. Il répugnait fort, en effet, à ceux qui expliquent la propagation des épidémies par l'introduction de quelques microbes pathogènes dans l'eau servant à la boisson, d'admettre que les végétaux arrosés, comme dans la presqu'île de Gennevilliers, par des liquides riches en déjections hospitalières, pouvaient recevoir passivement, dans l'intimité de leurs tissus, quelques-uns de ces microbes au milieu desquels ils se développaient. On aimait mieux croire que, sans doute, la pénétration constatée par M. Galippe avait dû se faire postérieurement à l'arrachement du végétal, quand, étant mort en quelque sorte, il avait perdu toute résistance contre l'envahissement des êtres venus du dehors.

Cette fois donc M. Galippe a pris, pour ensemencer les tubes de culture, des morceaux de végétaux parfaitement vivants, qu'on venait de retirer de terre sous ses yeux : et les résultats n'en ont pas été moins généralement positifs.

Ainsi il reste démontré que non seulement l'eau que nous buvons, mais les végétaux que nous achetons à Paris et que nous mangeons crus, en hors-d'œuvre, en salades, etc., sont souvent chargés de microbes. Or, il ne paraît nullement que ces microbes se bornent toujours à traverser les voies digestives. « Je ne crois pas, dit M. Galippe, que les tissus vivants, qu'ils appartiennent à des végétaux ou à des animaux, opposent une barrière infranchissable à la pénétration des infiniment petits. » Cette opinion, que M. Chauveau appuya de suite par des arguments tirés de la pratique vétérinaire, et M. Ch. Richet, par les résultats de ses recherches sur les poissons, pleins de micro-organismes à l'état de santé, tend à dominer aujourd'hui.

Ceci est une nouvelle phase de la doctrine bactéridienne. On y admet actuellement l'invasion possible de ces infiniment petits, si terribles, jusque dans le sang de ceux qui respirent l'air, boivent l'eau, mangent les aliments de Paris. Mais, et M. Galippe le rappelle d'ailleurs, on y admet aussi qu'une lutte s'engage entre ces agents pathogènes et certains éléments actifs de l'organisme.

Un des élèves de M. Pasteur, M. Metschnikoff, attribue la faculté d'englober, de digérer et de détruire ainsi les micro-organismes aux globules blancs du sang et à certaines cellules fixes, telles que celles du tissu conjonctif, les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires, etc.

Ces cellules, mobiles ou non, seraient comparables en cela aux animaux unicellulaires, aux amibes, aux rhinopodes, etc., qui se nourrissent de bactéries, digérées par eux, après avoir été englobées dans leur protoplasma.

Quand donc une bactérie, nocive ou non, s'introduirait dans le système circulatoire, les globules blancs du sang s'efforceraient aussitôt de la saisir et de la digérer.

Toute la question serait de savoir si cette bactérie jouirait d'une vitalité assez forte pour sortir vivante de la lutte et, tuant elle-même son adversaire, continuer à proliférer. En affaiblissant les microbes dans les virus, suivant les méthodes de M. Pasteur, on diminuerait leur force de résistance et on les rendrait susceptibles d'être détruits par les cellules microphages de l'organisme. On n'aurait plus à chercher le secret de l'immunité conférée par les vaccinations préalables ; car ce serait en vain que les mêmes adversaires se présenteraient ensuite plus robustes : l'armée cellulaire, entraînée par l'habitude de la victoire, les mettrait toujours en déroute.

Métrite fongueuse et cancer. — Quelle est la signification des pertes sanguines survenant quelques années après la ménopause ? Cette question a été soulevée devant la *Société obstétricale et gynécologique* de Paris, par une communication de M. Guérin. Celui-ci, après une série de trois examens microscopiques, avait fini par faire constater la

nature cancéreuse de fongosités utérines qu'il avait ramenées par le grattage de la cavité de l'utérus d'une femme, âgée de cinquante ans, reprise de métrorrhagie, dix ans après avoir cessé d'être réglée. M. Pajot a vu quatre faits de cancers utérins se traduisant ainsi par des pertes de sang, peu abondantes d'ailleurs, et sans odeur pendant longtemps. Suivant lui, quand on trouve des fongosités chez une femme qui perd du sang après la ménopause, il s'agit toujours de cancer. Trois cas observés par M. Porak conduisent cet accoucheur aux mêmes conclusions.

M. Gueniot rappelle que les métrorrhagies tardives peuvent également avoir une cause toute différente de l'endométrite fongueuse et du cancer, la présence d'un polype fibreux, souvent de très petit volume : tel était le cas, par exemple, chez une malade âgée de soixante-dix ans qui, reprise de pertes de sang, guérit après avoir éliminé un petit fibrome de la grosseur d'une cerise.

Cependant M. Gueniot lui-même a observé un fait tout à fait analogue à ceux qui ont été cités par les orateurs précédents. Il croit, comme eux, que le pronostic est le plus souvent grave.

Tumeurs fantômes de l'abdomen. — Sous le nom de tumeurs fantômes, les Anglais ont décrit certaines tuméfactions permanentes qui peuvent simuler soit des grossesses, soit des kystes de l'ovaire, etc., et qui se produisent particulièrement chez les femmes hystériques.

A la *Société des sciences médicales de Lille*, M. le docteur Duret a communiqué une observation de ce genre. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre ans, entrée à la clinique de la Charité pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire, suivant le diagnostic de plusieurs médecins qui l'avaient successivement examinée.

A partir du mois de juillet de l'année dernière, elle avait éprouvé des douleurs dans le flanc droit; puis, à ce niveau, on avait constaté une grosseur, qui avait augmenté graduellement de volume. Le ventre était saillant, globuleux, le flanc droit notablement plus soulevé que le flanc gauche.

A la percussion on trouvait : de la sonorité dans les flancs, dans les hypochondres et dans la région épigastrique; mais, au contraire, de la matité depuis l'ombilic jusqu'à l'hypogastre et, dans le sens vertical, d'une épine iliaque à l'autre.

Par le palper, on croyait sentir une tumeur ovoïde, occupant la région antérieure et latérale droite de l'abdomen.

Les signes manquant, en somme, de netteté, M. Duret désira, avant d'opérer la malade, faire un dernier examen sous le chloroforme.

A peine les premières bouffées étaient-elles inspirées, que le ventre cédait peu à peu. Dans l'état de résolution chloroformique, la tuméfaction disparut complètement. La main put sentir, à travers la paroi abdominale, la colonne vertébrale, sans interposition d'aucune tumeur.

Ce qu'il y a de plus difficile à expliquer dans cette observation, c'est le son mat perçu avant l'anesthésie, quand on avait percuté la surface de la fausse tumeur. Il est vrai que, peu de temps avant sa mise à la retraite, Piorry, qui s'est tant occupé de plessimétrie, professant alors à l'Hôtel-Dieu, consacra une série de leçons à montrer combien le son varie dans un sac membraneux plein d'air, suivant la tension plus ou moins grande de la paroi. Je me rappelle qu'il obtenait ainsi des matités relatives, de nature à donner aisément le change, d'autant plus qu'en même temps, en percutant des corps qui ne renfermaient pas une seule bulle d'air, il donnait l'impression d'une sonorité beaucoup plus nette.

Prurit généralisé guéri par le salicylate de soude. — M. Icard a raconté, à la *Société des sciences médicales de Lyon*, l'histoire d'une dame ayant des antécédents rhumatismaux et syphilitiques, mais ni sucre ni albumine dans les urines, qui, atteinte depuis huit mois, sans cause connue, d'un prurit généralisé, fut guérie définitivement, après avoir pris, pendant deux jours, trois grammes par jour de salicylate de soude. Elle avait été traitée sans résultats successivement par l'arsenic, le bromure de potassium, l'atropine, les bains sulfureux, les alcalins, les émollients, etc.

II

Les causes morales dans l'étiologie de la cirrhose du foie. — L'action possible de certaines causes morales sur le foie a été reconnue de tout temps. Les anciens, Gallien entre autres, faisaient même du foie un des centres passionnels de l'individu. Ils avaient observé sans doute des cas de jaunisse survenant à la suite de colères violentes. Mais les ictères de cette espèce, que l'on peut rapprocher d'une certaine classe d'ictères succédant à un traumatisme et dus à une action réflexe sur les conduits de la bile (1), sont habituellement bénins. On ne pensait pas jusqu'ici qu'ils pussent avoir la moindre influence sur la production d'une cirrhose du foie.

Un fait très curieux communiqué par M. le docteur Paul Sniers à la *Société médico-chirurgicale de Liège*, vient modifier un peu cette manière de voir. Un garçon d'hôtel, âgé de vingt ans, aussitôt après un accès de colère, fut pris de douleurs épigastriques et de troubles digestifs, avec inappétence et diarrhée. Trois jours plus tard, il commença à devenir jaune ; ses selles étaient dures et décolorées. L'ictère se développant de plus en plus, cet homme entra à l'hôpital, où il mourut dans le coma trois semaines après le début des accidents.

A l'autopsie on trouva le foie d'un volume normal ; les cellules hépatiques n'étaient nullement altérées ; mais dans le tissu conjonctif périlobulaire on remarqua, à l'examen microscopique, que la quantité de cellules jeunes était augmentée en certains endroits. Cet aspect rappelait celui que présente la cirrhose vulgaire observée tout à fait au début. Les autres organes étaient sains. Le malade avait succombé aux causes immédiates de la rétention de la bile, à la cholémie : il était mort de l'intoxication du sang. La cirrhose n'avait donc pas eu le temps de prendre chez lui un développement notable; mais il n'en reste pas moins établi que désormais, dans l'étiologie de cette maladie, il faudra tenir un certain compte des causes morales.

Le traumatisme et la cirrhose du foie. — Dans sa lecture, faite il y a quinze ans (2), sur les ictères traumatiques, M. le professeur Verneuil avait insisté sur la bénignité de ceux qui ne traduisaient pas, soit une lésion antérieure du foie, soit une infection purulente. A la *Société médicale du district de Suffolk*, la question suivante : « La cirrhose peut-elle succéder à un traumatisme ? » vient d'être soulevée, au point de vue médico-légal, à propos d'un fait communiqué par M. le docteur Stuart (de Boston). Un enfant de dix ans, qui jusqu'alors avait eu pour tout antécédent pathologique

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1872, p. 817 et 821. Cf. *Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 86.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, *loco citato*.

un abcès du côté gauche du cou, survenu à l'âge de sept ans et ayant provoqué une contracture du muscle sterno-cleido-mastoïdien par une suppuration d'une durée de deux ans, fut renversé dans la rue et battu par un de ses camarades. Il aurait reçu, paraît-il, un coup de talon dans le ventre et aurait à ce moment craché un peu de sang. Le lendemain, il retournait à son école. Mais sa mère s'aperçut bientôt que son ventre gonflait : et elle l'amena à la consultation de l'hôpital Corney dans les premiers jours d'octobre 1885. On reconnut bientôt qu'il existait un épanchement abdominal. Le 17 octobre, on retira, par aspiration, une certaine quantité d'un liquide clair, séreux. Sous l'influence du traitement, il y eut une notable amélioration, qui se maintint jusque vers le mois de juin 1886. On constatait toujours pourtant la présence d'un peu de liquide dans l'abdomen. Dans le mois de juillet cet épanchement devint considérable. Il s'y joignit un œdème général : et le malade mourut le 6 août.

A l'autopsie, on constata que l'abdomen était distendu par un liquide séreux très clair. Le cœur était normal ; les poumons, œdématiés et congestionnés ; la rate, hypertrophiée. Des traces de péritonite, caractérisée par des adhérences et des couches pseudo-membraneuses de date plus récente, mais sans pus nulle part, existaient sur divers points, particulièrement dans le voisinage du foie.

Ce dernier organe était cirrhotique à un haut degré. Égalant à peine le volume du poing, il présentait une consistance très ferme, une couleur jaune pâle, avec d'épaisses cloisons de tissu interstitiel séparant les lobules, et un grand nombre de petits nodules faisant saillie sur sa surface.

Quelle avait été la cause de la cirrhose, dans ce cas? Aucun antécédent, soit individuel, soit héréditaire, d'alcoolisme ou de syphilis ou de *malaria chronique*, ne venait compliquer la question.

On restait seulement en présence d'un abcès froid du cou, guéri depuis plus d'un an quand la maladie commença, et d'un traumatisme, qui avait immédiatement précédé celle-ci. Ce qui parut donc le plus probable, ce fut de rapporter au traumatisme la cirrhose du foie et la légère péritonite concomitante.

Mais il faut remarquer qu'ici, le traumatisme ayant porté sur la cavité abdominale, il ne s'agit pas seulement d'une action réflexe, comme celles qui peuvent résulter d'une simple influence morale, d'une colère violente, d'une frayeur vive ou d'un traumatisme éloigné.

Le bacille de la lèpre. — Dans une note communiquée à l'*Académie de médecine de Gênes*, M. le professeur Campana déclare que le bacille de la lèpre peut être toujours retrouvé dans les tubercules lépreux quand ils n'ont pas subi complètement la dégénérescence granulo-graisseuse. Ce qui a empêché quelquefois de le remarquer, c'est que ce bacille est d'autant plus difficile à colorer qu'il s'agit d'une lèpre plus ancienne ; souvent alors il faut le laisser pendant plusieurs heures dans les liquides de teinture, pour obtenir la même coloration qu'on obtient très vite dans les bacilles d'une lèpre jeune.

Quant aux spores, au contraire, elles seraient d'autant plus aisées à découvrir dans les nids bacillaires, que ces nids seraient plus anciens : ce qui n'a rien d'étonnant du reste.

La résistance des globules rouges du sang. — Dans un travail approfondi sur cette question, lu également à l'*Académie de médecine de Gênes*, M. le professeur Maragliano a insisté sur la diminution de résistance que les globules sanguins présentent, par rapport aux diverses causes d'altération, dans certaines maladies chroniques, spécialement dans la syphilis et la tuberculose.

L'état fébrile, au contraire, par lui-même, n'influerait pas d'une manière appréciable sur la résistance des globules rouges. Dans le groupe des maladies caractérisées par la diminution du nombre des globules rouges dans le liquide sanguin, les unes altéreraient profondément la résistance de ces globules ; et les autres, non. M. le professeur Maragliano annonce qu'il reviendra bientôt sur ce sujet avec plus de détails.

L'opération de Polk. — Sous ce titre : « Les ovaires doivent-ils s'en aller? *Must the ovaries go?* » l'*Association médicale du Mississipi* a mis à l'ordre du jour la même question que M. Cornil a traitée récemment à l'Académie de médecine dans un remarquable rapport : celle de savoir si l'opération de Battey est une sage opération, qui doit entrer dans la pratique.

La laparotomie, conduisant à l'ablation des annexes de l'utérus et motivée par les inflammations de ces annexes, par les ovarites ou les salpingites, n'est point, par elle-même, une opération grave pour la vie de celle qui la subit ; mais elle lui enlève à jamais tout espoir de maternité. A ce point de vue donc, elle rencontre parmi les praticiens américains, à côté de chauds partisans, des adversaires déterminés, et elle fut l'occasion d'une levée de boucliers contre les gynécologistes.

C'est dans ces circonstances que M. le docteur Bond, appelé à se prononcer sur la question à l'ordre du jour, a cru devoir faire quelques concessions au parti adverse, en admettant que l'opération de Polk, qui conserve l'ovaire et la trompe après la laparotomie, devait se substituer très souvent à l'opération de Battey, qui les supprime.

En effet, en outre des salpingites en activité, on peut rencontrer des conséquences d'anciennes salpingites qui se traduisent à peu près par les mêmes symptômes, par les mêmes douleurs, par les mêmes troubles menstruels, mais qui n'exigent pas l'ablation d'un organe, actuellement guéri. C'est ce qui arrive, par exemple, quand la salpingite, ayant provoqué, par propagation, de la pelvipéritonite, les ovaires, les trompes et l'utérus lui-même sont englobés dans des fausses membranes. Polk, en ce cas, commence par pratiquer la laparotomie. Puis, il détache patiemment les organes de leurs adhérences, les remet en place, lave la cavité du petit bassin avec un liquide antiseptique, y introduit un tube à drainage, pour le cas où ces manœuvres auraient provoqué un peu de péritonite traumatique locale, et referme la plaie abdominale, sauf dans l'étendue nécessaire pour le passage de ce tube.

Chez les trois malades traitées les premières par cette méthode, la guérison a été obtenue, aussi complète que si l'on eût pratiqué chez elles l'opération de Battey.

L'alimentation de l'enfance. — Jules Guérin, qui eut tant d'idées justes, dans le nombre de celles qu'il émit, soutenait qu'un régime dans lequel on faisait entrer la viande pour une large part était nuisible aux enfants trop jeunes. Cette thèse, mais poussée plus loin, avait été reprise, en Écosse, par les docteurs Clouston et Keith (d'Édimbourg), et, en Amérique, par le docteur Cammann (de New-York). Elle vient d'être discutée devant la *Société médicale d'observation de Boston*, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Pat-

man. L'auteur de ce travail raconta que, dans un grand orphelinat de New-York, on a, durant un quart de siècle, cessé de donner de la viande aux enfants de moins de huit ans, et que, durant toute cette période, pendant laquelle ils ne mangeaient que du laitage et des légumes, ils se portaient beaucoup mieux qu'auparavant et que quand on essaya de les remettre à la viande.

Ils s'enrhumaient moins pendant l'hiver, étaient moins sujets à la diarrhée pendant l'été, et, somme toute, présentèrent une mortalité exceptionnellement faible. En conséquence, M. Putman proposait de reculer jusqu'à la seconde enfance l'usage des aliments gras. Cette proposition parut, à la plupart de ses confrères, entachée d'exagération, bien qu'ils ne fussent pas généralement partisans d'un régime animal exclusif avant l'âge de la puberté.

Les médecins américains parlent beaucoup de l'anémie, qui serait causée, suivant eux, par le climat même des États-Unis. La mode s'introduirait, dans les familles riches, d'envoyer assez tôt les enfants en Europe, pour les faire échapper, durant les années de leur éducation, à cette influence néfaste.

Mais, pour les pauvres, on n'a pas cette ressource. On cherche donc, de tout côté, le moyen de fortifier la race ; et on incrimine l'alimentation azotée, comme le font parfois ceux qui rappellent la constitution pléthorique et la vigueur des campagnards de nos villages de l'Est, alors qu'ils ne mangeaient presque jamais de viandes de boucherie, surtout durant l'enfance. C'est tout aussi logique que de vouloir s'en prendre au surmenage intellectuel.

Le permanganate de potasse contre l'aménorrhée. — A une des dernières réunions de la *Société gynécologique et obstétricale de Baltimore*, M. le docteur Thomas Ashby est venu porter le témoignage le plus favorable sur l'action puissante du permanganate de potasse employé comme emménagogue. Cette médication avait été préconisée par MM. les docteurs Pringer et Murrell : et M. Ashby en a constaté par lui-même, à plusieurs reprises, l'efficacité. Il donne, comme exemples, trois observations détaillées. Dans un de ces cas, il n'y avait pas aménorrhée complète, mais, depuis plusieurs années, une dysménorrhée telle que la malade, durant les périodes menstruelles, souffrant horriblement, devait garder le lit plusieurs jours de suite ; l'écoulement sanguin était d'ailleurs presque insignifiant. Il redevint d'une abondance normale et les douleurs cessèrent sous l'influence du permanganate en pilules. Il en fut à peu près de même chez une seconde malade. Dans un troisième cas, les menstrues ne revenaient, avant le traitement, qu'à des intervalles très irréguliers et elles n'apparaissaient qu'à peine. A partir du moment où le permanganate de potasse fut administré, la menstruation devint régulière et facile. Les doses indiquées sont de 10 à 15 centigrammes par jour, en trois fois, durant les périodes menstruelles et de 5 centigrammes par jour, dans les intervalles.

M. Ashby rappelle à cette occasion l'incontestable utilité du manganèse, en qualité de tonique, contre l'anémie, utilité que nous avons souvent constatée par nous-même et qui explique l'efficacité de certaines eaux minérales. Mais dans la chlorose proprement dite, le fer est encore plus actif, et pourtant chez des chlorotiques, le permanganate de potasse a réussi pour ramener les règles alors que le fer avait échoué.

Peut-être parce qu'à ce point de vue c'est un médicament nouveau, et faut-il dire avec Trousseau : « Hâtons-nous d'employer ce remède pendant qu'il guérit. »

Pendant qu'il guérit, en effet, l'action morale est bien plus puissante. Or on a vu des aménorrhées extrêmement rebelles guéries, par simple action morale, soit par suggestion durant l'hypnotisme, ainsi que Voisin en citait récemment plusieurs exemples, soit par persuasion suggestive, en dehors de tout hypnotisme.

Laparotomies. — Les indications et contre-indications de la laparotomie ont été discutées à la *Société médicale du canton de Suffolk*, à propos d'un mémoire de M. le professeur Cheever (de Boston), intitulé : « La chirurgie de l'abdomen, illustrée par huit cas. » Dans ce mémoire, M. Cheever donne d'abord trois observations de laparotomie, pratiquées par lui avec succès dans les cas suivants : 1° abcès péricæcal ; 2° abcès pérityphlique ; 3° pyonéphrose. Il montre, après cela, qu'il a mieux valu s'abstenir d'ouvrir le ventre chez une malade atteinte d'abcès pelvien, puisque, cet abcès s'étant ouvert spontanément dans le rectum, cette malade a très bien guéri. Passant ensuite aux obstructions intestinales, il raconte une opération de laparotomie motivée par un volvulus et suivie de mort ; une opération — également suivie de mort — de résection d'une portion d'intestin, après herniotomie ; enfin, deux observations d'obstruction intestinale apparente, dans lesquelles la guérison se produisit sans opération.

A ce propos, M. le docteur Warren fit, de son côté, le récit d'une laparotomie pratiquée par lui, dans un cas de pérityphlite, et qui fut suivie d'un plein succès.

Il est à remarquer que, tout en admettant la théorie de Fetz, qui attribue la pérityphlite à une perforation de l'appendice vermiculaire, ni M. Cheever, ni M. Warren ne se sont attachés à trouver, sur l'appendice, le siège de cette perforation. Ils se sont bornés à ouvrir largement la cavité purulente, à la laver soigneusement avec des liquides antiseptiques et à la mettre en communication avec l'extérieur au moyen d'un tube à drainage. Il est vrai que la péritonite était bien limitée et que la période aiguë était déjà passée dans l'un et l'autre cas.

Quant à la résection d'une portion gangrenée d'intestin, à la suite d'une herniotomie, MM. Richardson et Bradfort en ont rapporté chacun une observation personnelle : et, dans ces deux cas, la mort survint peu de temps après, comme chez les opérés de M. Cheever.

Hygiène publique. — La dernière séance annuelle de l'association médicale anglaise (*British medical association*), vient de se tenir à Dublin : et naturellement on y a parlé de l'état sanitaire de cette capitale de l'Irlande. Dublin, en effet, bien que largement pourvue d'excellente eau potable et située dans une contrée si saine qu'un des membres de la réunion proposait d'y installer des stations sanitaires à l'usage des Anglais, présente une moyenne de mortalité supérieure à celle de la plupart des autres villes.

Le président de la section d'hygiène publique, M. le professeur Hangton, doyen de *Trinity college*, a insisté sur cette mortalité exceptionnelle, qui tient surtout à l'affluence des Irlandais pauvres. Le *registar general*, c'est-à-dire le directeur de la statistique pour l'Irlande, a communiqué des tableaux dans lesquels il a eu grand soin de séparer la classe riche de la classe moyenne et de la classe pauvre : et il a pu montrer ainsi que la mortalité annuelle, pour mille habitants de cette ville, s'accroissait rapidement en proportion inverse de la fortune.

On sait ce qu'est le paupérisme en Angleterre et surtout en Irlande. Nous n'avons rien en France de semblable à cette population qui couche où cela se trouve, qui se nourrit de débris et n'est pas même vêtue, sauf quelques lambeaux de haillons.

On conçoit donc que la distinction, entre ces gens-là et ceux qui ont ou gagnent de quoi vivre, ait paru, ainsi que l'a dit M. le chirurgien général Cornish, un très grand progrès, une nécessité pour les statistiques futures.

M. le docteur Drysdale, de Londres, a rappelé que déjà une distinction semblable a été faite, pour Londres même, par des statisticiens habiles. En 1877, M. Chadwock avait ainsi montré que, suivant le plus ou moins de richesse des habitants de tel ou tel quartier dans un même district, la mortalité y variait de moins de 12 à 38 p. 100.

S'appuyant également sur d'autres statistiques, M. Drysdale émit l'opinion que toutes les questions d'hygiène publique se réduisent à peu près à celle-ci : l'aisance. Suivant lui, quand la moyenne de vie s'élève dans une ville, ce n'est pas à cause de l'eau, etc., c'est qu'il y reste moins de pauvres.

Mais voilà qu'en ce moment même, étudiant les îles Hébrides, dans un mémoire fort intéressant, publié par l'*Edimburg medical journal*, M. le docteur Roger Mac-Neill montre que dans ces îles, où la population, très pauvre, se nourrissant mal, buvant de l'eau croupie, parfois d'une couleur presque noire, se presse dans des espèces de tanières, sans fenêtres, éclairées par le trou central qui sert de cheminée, la durée de la vie humaine est très longue. Les chiffres officiels, recueillis durant plusieurs années consécutives, donnent, dans ce pays à demi sauvage, des moyennes annuelles de mortalité qui varient entre moins de 11 et 19 p. 1000 (10,6 à Bernera, 13,2 et 13,3 à Jura et dans les petites îles, 14,2 à 14,3 à l'île Longue et à Uists, etc.), c'est-à-dire des moyennes de vie, qui, partout supérieures à cinquante ans, dépassent, dans certains districts, quatre-vingt-dix ans. Aussi, ne faut-il pas s'étonner s'il n'y a presque pas de médecins dans ces îles, où la police sanitaire ne songe pas à mettre les pieds.

Myxœdème thyrœprive. — M. Kocher (de Berne), dans cette même session générale de l'*Association médicale anglaise*, s'est pleinement rattaché aux idées de Gull, Reverdin, Hilton Fagge, Horsley, sur l'étiologie du myxœdème (1), cette cachexie singulière qui s'accompagne d'un œdème dur, riche en mucine, presque sclérodermique en apparence, de la face et du cou, et d'une sécheresse spéciale du reste de la peau, avec refroidissement général, hébétude, etc. Comme les auteurs précédemment cités, M. Kocher a vu survenir une cachexie tout à fait semblable chez les hommes (29 jusqu'ici) ou chez les animaux, auxquels il a pratiqué l'ablation complète du corps thyroïde.

Mais il a remarqué qu'il suffit d'en laisser une petite portion pour empêcher la production de cette cachexie mortelle. C'est ce qui lui était arrivé, à son insu, chez des opérés qui lui paraissaient faire exception.

Il admet donc, comme démontrée, la théorie « thyroïdienne » du myxœdème.

Sutures de nerfs. — La suture des nerfs, pratiquée plus ou moins longtemps après leur section accidentelle, est devenue une opération relativement fréquente, depuis que les faits de M. Tillaux, etc., en ont prouvé l'utilité. A l'*Académie de médecine d'Irlande*, M. Scott a communiqué le récit d'une double opération de ce genre, pratiquée par lui avec succès. Un jeune homme, tombant sur une glace épaisse, avait eu le nerf radial et le nerf médian coupés, dans une blessure profonde de la face antérieure de l'avant-bras, à un pouce et demi de distance de l'articulation radio-carpienne. La sensibilité et la motricité étaient complètement abolies dans toute la zone de distribution de ces deux nerfs, et il existait des troubles trophiques. Quatre mois après l'accident, le nerf radial fut suturé par trois points de suture en catgut, après avivement de l'extrémité des deux tronçons. Au bout de cinq jours, on constata que la sensibilité avait reparu en très grande partie dans la région de la main innervée par le radial.

Six mois après, ce jeune homme revenait à l'hôpital Adélaïde, demandant qu'on réunît également le nerf médian, car la première opération avait beaucoup amélioré sa situation. L'accident remontait alors à dix mois. On procéda comme pour le nerf radial : et, en trois semaines, la sensibilité était complètement rétablie sur toute la surface de la main. Les troubles trophiques disparurent rapidement, la nutrition des tissus redevint normale.

A cette occasion, M. William Stokes rappela la guérison, encore plus remarquable, produite par M. Wulhouse en suturant un nerf sciatique qui, depuis seize mois déjà, avait été coupé dans une blessure profonde de la cuisse.

La paralysie du sentiment et du mouvement était complète ; il y avait déjà une atrophie extrême des muscles de la jambe : et pourtant l'opération eut pour résultat de remettre, en peu de temps, cet homme en état de travailler aux champs, comme laboureur.

M. Foy dit aussi avoir obtenu un succès tout aussi frappant, par la suture nerveuse secondaire, dans un cas de section accidentelle du nerf tibial postérieur.

Ces résultats parurent tellement encourageants que M. Tobin émit le vœu de voir toujours pratiquer la suture des nerfs coupés, en cas de blessures de guerre.

III

Section du nerf médian. — M. Tillaux n'opérera pas la malade entrée dans son service, à l'Hôtel-Dieu, après une section accidentelle du nerf médian, et dont nous avons déjà parlé (1). En effet, cette femme, durant son séjour à l'hôpital, recouvrait déjà en partie, sous l'influence d'électrisations journalières, la sensibilité perdue, — ce qui faisait penser que, sans doute, une réunion naturelle s'opérait entre les tronçons du nerf coupé, comme ce fut le cas chez un malade du même service, dont nous avons raconté en détail l'observation il y a deux ans. Dans ces circonstances, cette femme, d'un détestable caractère, après une querelle violente avec une voisine de lit, demanda sa sortie, et on jugea qu'il n'y avait pas à la retenir, puisqu'on avait renoncé chez elle à toute intervention chirurgicale.

Luxation de la rotule. — A l'hôpital Laënnec, M. Kirmisson nous a fait voir, dans son service, salle Malgaigne, n° 8, un malade qui a présenté un cas de luxation de la rotule en dehors, curieux en ceci que, la réduction une fois opérée, il a fallu maintenir le membre dans la flexion, pendant plusieurs semaines, pour empêcher le déplacement de se reproduire.

(1) Voir sur ce sujet la leçon de M. Charcot publiée dans la *Gazette des hôpitaux* ; 1883, p. 73 et suiv. ; voir aussi *Gazette des hôpitaux*, 1881, pp. 843, 873 ; 1882, pp. 814, 1009 ; 1883, p. 179 ; 1885, p. 1195, etc.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 609.

Il est vrai qu'il s'agit d'un homme un peu cagneux, ayant les deux genoux portés en dedans et les pieds un peu en dehors, de telle sorte que la jambe, au lieu de continuer exactement la direction de la cuisse, forme avec elle un angle très obtus, ouvert en dehors. Dans ces conditions, même sur le membre qui n'a éprouvé aucun accident, la rotule tend naturellement à quitter sa place normale pour se porter sur le condyle externe du fémur. Il y avait donc déjà une subluxation, lorsqu'est survenue la luxation proprement dite. Nous puisons les renseignements qui vont suivre dans une note que nous devons à l'obligeance de M. Chevalier, interne du service.

Agé de vingt-sept ans, journalier, cet homme fit, le 20 juin, une chute, dans laquelle le genou gauche porta violemment sur le sol. Il put se relever et faire quelques pas.

Quand il entra le lendemain à l'hôpital, on constata que la rotule, luxée en dehors, était appliquée sur le condyle externe du fémur, un peu en avant de la tubérosité de ce condyle, et placée de telle sorte que sa face antérieure regardait presque directement en dehors, sa face postérieure en dedans. Le tendon rotulien, légèrement tordu, était obliquement dirigé en haut et en dehors. Les fibres de l'aileron interne de la rotule, tendues, se sentaient sous la peau. L'extension complète était d'ailleurs possible.

Le 22, après quelques tentatives infructueuses de réduction sans chloroforme, on endort le malade et on replace alors facilement la rotule. On fixe le membre dans la flexion.

Le 27, on essaie de replacer la jambe dans la position naturelle; mais, aussitôt, la luxation se reproduit, et, pour la réduire, on est obligé de fléchir de nouveau la jambe sur la cuisse.

Douze jours plus tard, le membre peut être redressé sans qu'une luxation proprement dite se reproduise; mais la rotule se porte toujours un peu en dehors, peut-être plus que du côté sain.

Polyurie symptomatique de l'alcoolisme. — Chez le malade de M. Lancereaux (salle Piorry, d'abord n° 37, puis n° 27), la polyurie semble se rattacher comme étiologie à l'alcoolisme ou à l'absinthisme. En effet, avant qu'elle ne devînt permanente, elle se produisait fréquemment d'une manière momentanée après des excès de boisson. Elle varie beaucoup dans sa quantité, sans cause connue, d'un jour à l'autre, mais sans paraître influencée en rien par les traitements mis en usage.

La codéine que, récemment, en Angleterre, le docteur Singleton Smith a préconisée, à titre de remède presque spécifique et presque infaillible, contre le diabète insipide, dont le docteur Brinton, dans le même pays, et, tout dernièrement, en Amérique, le docteur Hugues de Saint-Louis, ont également fait l'éloge, et qui a réussi, en effet, chez le malade de M. Ball, a été employée en vain dans ce cas. L'extrait thébaïque à hautes doses n'a pas donné de meilleurs résultats. Bref, le pronostic ordinaire d'incurabilité du diabète insipide trouve ici son application.

J'insiste sur cette résistance aux médications, car, de mes recherches bibliographiques comme de mes observations personnelles, résulte pour moi la conviction qu'entre la polyurie symptomatique de l'alcoolisme et celles, par exemple, qui succèdent à une émotion vive ou qui surviennent dans une convalescence, il faut établir, à ce point de vue, une distinction fondamentale. Les dernières espèces guérissent bien souvent et par les moyens les plus divers; l'autre, non.

Le malade de M. Lancereaux, âgé de trente-sept ans, ouvrier sellier, a passé cinq ans en Afrique. Il a bu beaucoup de liqueurs, surtout d'absinthe : d'autant plus que l'absinthe ne côute presque rien en Algérie et qu'en qualité de prévôt de régiment, donnant des leçons d'armes, il s'échauffait fort et, comme il le dit, prenait soif.

En 1868, dans ces conditions, il contracta le typhus : et il soutient que cette maladie est l'origine des tremblements des doigts éprouvés par lui depuis lors.

Les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique, l'émotivité, avec sensation de serrement de la poitrine lors des impressions vives ou lors des orages, les troubles digestifs, les pertes de mémoire, etc., se rencontrent chez lui. D'autres signes traduisent plutôt l'intoxication par l'absinthe : ce sont les zones d'hyperesthésie, particulièrement sur le trajet du nerf lombo-abdominal et vers la place où, chez la femme, on cherche l'ovaire. Ce sont aussi des pertes complètes de connaissance, dont il se rappelle avoir eu pour le moins quatre.

Quand il entra à l'hôpital, il y a trois mois, il éprouvait depuis quelques jours une parésie telle des membres inférieurs qu'il ne pouvait marcher. Les jambes étaient anesthésiées, ainsi que les mains et les avant-bras jusqu'aux coudes ; en même temps que les régions lombaires et abdominales étaient, au contraire, hyperesthésiées.

L'urine, qui a contenu jusqu'à 40 grammes de produits azotés par jour, varia d'abondance, entre six et quinze litres, d'une manière assez irrégulière pour étonner et mettre en défiance. Mais elle n'atteignit jamais les chiffres énormes notés chez certains autres polyuriques qui, n'étant pas intoxiqués par l'alcool ou par l'absinthe, ont guéri sans difficulté.

Dr V. Revillout.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

J'apprends qu'un individu muni de ma carte sur laquelle serait écrit à la main un mot de recommandation se présente chez les médecins pour leur demander un secours en argent.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir, par une note dans votre estimable journal, informer MM. les médecins que je suis complètement étranger à cette recommandation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, avec mes remercîments, mes respectueuses salutations.

Paris, ce 22 août 1887,

Dr N. Bonnet.
12, rue de Ponthieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 août 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Coste, aide-médecin de la marine démissionnaire, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 12 août 1887 ;

M. Lemardeley, médecin principal de deuxième classe, a été désigné pour être adjoint au chef du service de santé, au ministère de la guerre.

M. Granjux, médecin-major de première classe, a été désigné pour assurer le service de recrutement de la Seine et de la prison militaire du Cherche-Midi.

— Par décision ministérielle, en date du 16 août 1887, M. Joire, médecin-major de première classe, a été désigné pour le 33e d'artillerie.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 août 1887, un concours s'ouvrira, le 20 février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés :

1° Prosecteurs pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1887, MM. les docteurs Lejars et Villemin, en remplacement de MM. Michaux et Poirier, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° Prosecteurs pour un an, à partir également du 1er octobre 1887, MM. les docteurs Delbet et Potherat, en remplacement de MM. Lejars, nommé prosecteur pour quatre ans, et Truffier, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pinet (de Pont-de-l'Arche), décédé à l'âge de quarante-cinq ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21572

N° 102. — JEUDI 25 AOUT 1887. 60e ANNÉE JEUDI 25 AOUT 1887. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE : 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE : 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On avait eu recours au zèle académique de M. le professeur Germain Sée, qui a su faire passer agréablement la plus grande partie de la séance par une longue improvisation dont nous donnons plus loin l'analyse.

Après cela, M. Tholozan, le médecin du shah de Perse, qui rend là-bas de si grands services aux savants français en mission, a fait une lecture intéressante sur l'histoire des épidémies.

La théorie de la contagion ne lui paraît pas expliquer leurs éclosions subites, quand elles frappent en quelques heures un très grand nombre de victimes, puis s'éteignent aussi vite qu'elles avaient paru. Or on trouve, soit dans des récits plus ou moins anciens, soit dans des rapports médicaux de ces derniers temps, la constatation d'un très grand nombre de faits de ce genre, qui attendent encore leur interprétation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Diabète sucré et coma diabétique.

I

L'histoire du malade couché au n° 26 de la salle Jenner est des plus simples et des plus nettes dans sa simplicité même, elle est aussi des plus intéressantes par l'intensité des symptômes.

Ce malade est un homme de quarante-quatre ans, garçon de magasin, qui est entré dans le service le 2 de ce mois. Il a toujours joui d'une très bonne santé, et quoiqu'il ait travaillé dans le plomb, de 1870 à 1875, il n'a jamais éprouvé aucun accident saturnin, et cette bonne santé a continué telle qu'elle était antérieurement et jusqu'au commencement de l'année dernière.

En effet, c'est au mois de janvier 1886 qu'il s'est aperçu tout à coup, nous dit-il, d'une soif très vive qu'il ne parvenait à apaiser qu'en buvant plusieurs litres de liquide dans la journée. Pendant quelque temps, cette soif fut le seul symptôme de la maladie qui débutait. Puis il remarqua bientôt que ses urines augmentaient en quantité et qu'il était forcé de se lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner. Enfin un peu plus tard, son appétit augmentait dans des proportions notables, il mangeait beaucoup plus qu'à l'ordinaire. Néanmoins, il s'affaiblissait assez rapidement pour que, au bout de peu de temps, il se trouvât dans l'impossibilité de travailler plus de deux semaines par mois; le reste du temps il était forcé de garder la chambre. Et cependant il n'avait pas d'autres symptômes que de la polyurie, une faim et une soif intenses, une grande perte des forces.

Les choses durèrent ainsi pendant trois mois, toujours en augmentant, quand le malade s'aperçut positivement aussi d'un amaigrissement prononcé. Cependant, il patienta encore jusqu'au mois de juin, époque où, l'état s'aggravant, il entra à l'hôpital Cochin dans le service de M. Dujardin-Beaumetz qui diagnostiqua immédiatement un diabète sucré.

Il resta pendant trois mois dans cet hôpital, où, sous l'influence du traitement qui lui fut appliqué, il éprouva une amélioration rapide, et telle que, se croyant guéri, il rentra chez lui. Les urines étaient alors redevenues normales au point de vue de la quantité, car cet homme ignore ce qu'il était advenu du sucre qu'elles contenaient à son arrivée à l'hôpital ; la soif et la faim n'avaient plus rien d'exagéré, les forces étaient revenues, enfin les douleurs lombaires et la céphalalgie, qu'il avait ressenties dans les derniers temps, avaient complètement disparu, et le malade avait repris un certain embonpoint.

C'est dans ces conditions qu'il rentra chez lui au mois de septembre. La pseudo-guérison, ou mieux la véritable amélioration qu'il avait retirée de son séjour à Cochin, se maintint jusqu'à la fin de décembre, quoiqu'il n'ait pas continué à observer les règles du régime auquel il avait été soumis pendant ses trois mois d'hôpital.

A cette époque, les accidents qu'il avait éprouvés au mois de janvier 1886 se reproduisirent absolument les mêmes et avec la même intensité, néanmoins ce n'est que le 2 de ce mois-ci qu'il s'est décidé à entrer dans mon service, présentant la symptomatologie suivante, caractéristique du diabète sucré : amaigrissement, sécheresse désagréable de la peau, soif vive forçant le malade à boire de quatre à six litres de liquide par jour, appétit très grand, polyurie nécessitant des mictions répétées la nuit, d'où insomnie, perte des forces.

Nous avions donc affaire à un cas de diabète qui s'était déclaré directement par ses symptômes propres, bien nets, bien caractérisés, c'est-à-dire la soif, la faim et la polyurie. C'est bien là un diabète normal, mais ces cas normaux ne se rencontrent pas fréquemment. Le plus souvent les phénomènes sont loin d'être aussi nets; je dirai plus : ces cas types sont l'exception. Le plus ordinairement c'est par des symptômes indirects, détournés, que le diabète se manifeste, par des symptômes auxquels j'ai donné le nom de révélateurs, différents des symptômes propres et directs de la maladie. La polydipsie et la polyurie restent bien, mais à côté d'elles il est d'autres phénomènes dont la signification n'est pas aussi frappante. C'est en premier lieu l'insomnie, dont les malades ne vous parlent pas, si vous n'attirez pas leur attention sur elle par vos questions, insomnie due aux besoins fréquents d'uriner pendant la nuit; c'est la sécheresse désagréable de la muqueuse buccale, des lèvres sur lesquelles les malades passent constamment la langue, surtout lorsqu'ils parlent un peu longtemps. D'autre part, les malades se plaignent de la détérioration de leurs dents, détérioration spéciale qui porte, en réalité, non sur les dents elles-mêmes, mais sur les gencives, qui deviennent fongueuses, sanieuses, et dont le bord libre s'abaissant, constitue un déchaussement plus ou moins prononcé des dents. Bref, il existe une véritable gingivite qui se prolonge à l'intérieur de l'alvéole, au point de déterminer l'ébranlement de la dent, voire même sa chute, sans que le malade en souffre en rien, et la dent tombe parfaitement saine, si elle n'a pas été altérée antérieurement par une autre cause. Enfin les névralgies symétriques, bilatérales, sont aussi un symptôme de présomption du diabète; il en est de même de certaines éruptions (herpès, psoriasis,) chez des individus qui n'y sont pas sujets, et se développant de préférence sur les parties génitales où elles sont surtout significatives.

Chez notre malade, l'affection diabétique était tellement bien caractérisée par ses symptômes propres et directs qu'il n'était pas nécessaire de rechercher les autres pour arriver au diagnostic. D'ailleurs, les urines, dont je vais maintenant parler, étaient aussi des plus caractéristiques, et démontraient qu'il s'agissait d'un diabète fort, non seulement au point de vue de la quantité, mais encore de la symptomatologie (1); il était fort aussi en raison même du mode de manifestation dès le début; et l'amaigrissement rapide, précoce, nous devait faire, plus encore si possible, diagnostiquer la force et la gravité de l'affection, surtout en considérant que le malade mangeait beaucoup plus que d'habitude depuis le commencement de son diabète.

Ce diagnostic a été pleinement confirmé par l'examen des urines. En effet, dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'entrée du malade dans nos salles, la quantité d'urine rendue était de 3600 grammes, et celle du sucre de 281 grammes, plus une petite fraction, mais ce n'était pas là un chiffre maximum, car les jours suivants la dose du sucre contenu dans les urines s'élevait à 341, 302, 298 et 305 grammes par vingt-quatre heures, et même à 372 gr, 74 dans les vingt-quatre heures qui précédèrent le traitement.

Il s'agissait donc bien réellement d'un diabète extrêmement fort, et son intensité même nous expliquait la précocité de l'amaigrissement. J'ajoute que, pendant ce temps, les urines rendues oscillaient entre trois litres et demi et cinq litres, et qu'elles ne renfermaient ni urée, ni urates en excès; leur proportion était en rapport avec la ration alimentaire du malade, c'est-à-dire 25 à 28 grammes par vingt-quatre heures. Toute la détérioration organique de cet homme trouvait sa cause, en somme, dans la perte en sucre.

Quant à la densité des urines, elle était en rapport avec la glycosurie, soit 1030 à 1040; et, le jour qui précéda le commencement du traitement, nous trouvions : densité, 1039 ; polyurie, 4 lit, 800; sucre, 372 gr, 74.

Cependant, un examen attentif de tous les organes nous apprenait qu'il n'existait aucune lésion viscérale, et que tous les appareils étaient intacts.

Telle était donc l'observation complète du malade. Or, en pareil cas, que devions-nous faire? Suivre le programme que j'ai déjà tracé à maintes reprises, c'est-à-dire : 1° laisser passer plusieurs jours sans intervenir en quoi que ce soit, — la chose n'offrait aucun inconvénient — afin d'acquérir la notion complète de son état urinaire, autrement dit mettre le malade en observation. Et c'est ce que nous avons fait pendant huit jours pleins; 2° puis, brusquement, instituer *le régime d'épreuve*, c'est-à-dire supprimer absolument tous les féculents, les sucres et les graisses pures, afin de déterminer avec précision les modifications qui surviendraient dans la glycosurie. En deux mots, le but de ce régime est de savoir si, par cette suppression complète, nous obtiendrons la disparition ou seulement une diminution plus ou moins considérable de la glycosurie. Je dirai tout de suite qu'un pareil régime entraîne constamment une diminution du sucre, à moins, bien entendu, que nous ayons affaire à un diabétique mourant.

Mais si le sucre persiste, même en moindre quantité dans les aliments, nous devons conclure que les féculents dans l'alimentation ne sont qu'un élément dans le diabète sucré du malade, et que celui-ci continue à perdre du sucre alors même qu'il est soumis au régime exclusivement azoté. Il y a donc, en réalité, deux catégories de glycosurie : 1° celle qui est d'origine amylacée; 2° celle qui est d'origine azotée.

Deux résultats sont donc possibles par le régime d'épreuve: ou la disparition complète ou la diminution du sucre dans les urines.

Voilà donc le programme de cette épreuve, laquelle, je le répète, consiste dans la suppression absolue des féculents, des sucres et des graisses pures, suppression même du pain de gluten. Faut-il donc recourir au régime carné exclusif? Non, pas davantage; mais bien à un régime mixte dans lequel on associera aux viandes les légumes *végétaux*, mais non féculents. On devra supprimer tous les sucres (sucre de lait, glycérine, lait, etc.).

Plus tard on pourra les autoriser, mais après la période d'épreuve.

On ne permettra pas non plus les œufs, non pas à cause du blanc, mais à cause du jaune qui a une influence sur la production du sucre.

Quant à la durée de ce régime, pour en obtenir les effets cherchés, elle est, en général, assez courte, même pour arriver à 0 sucre : dix jours peuvent suffire à la rigueur, cependant, pour être certain du résultat, je préfère aller jusqu'à quatorze ou quinze jours. Mais si, au bout de ce temps, le sucre n'a pas entièrement disparu, s'il est seulement diminué, même notablement, si cette diminution n'augmente pas dans les derniers jours, c'est que vous avez obtenu tout ce qui était possible, et que les féculents ne sont pas à eux seuls les causes du diabète.

(1) Le diabète *fort* est celui dans lequel la glycosurie dépasse 50 grammes dans les vingt-quatre heures; le diabète *faible* est celui qui ne dépasse pas ce chiffre.

Voyons donc quels sont les résultats que nous avons obtenus chez notre malade, pendant toute sa durée, par périodes de 24 heures; la veille du jour où nous avons commencé ledit régime, les chiffres étaient :

	Urine.	Sucre.
Veille	4800 grammes	372gr74
1er jour	1900 —	97,43
2e jour	2300 —	74,13
3e jour	2500 —	70,20
4e jour	1500 —	36,63
Aujourd'hui (pour les dernières 24 heures).	2750 —	85,95

Ces chiffres nous montrent la puissance de ce régime d'épreuve et sa rapidité d'action. Mais jusqu'où irons-nous, car nous ne sommes aujourd'hui qu'au commencement du sixième jour, tandis qu'il faut compter quinze jours pour l'épreuve complète.

Si je m'en rapportais à l'évolution clinique de la maladie, je n'espérerais pas tomber à 0 sucre, surtout en raison de la précocité de l'amaigrissement.

L'an dernier, j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de diabète, dont deux surtout sont intéressants au point de vue qui nous occupe en ce moment. Dans le premier, il s'agissait d'un Polonais, qui, au début, rendait 700 grammes de sucre en 24 heures; il tomba à 0; dans le second, d'une femme, qui perdait près de 500 grammes, elle tomba aussi à 0. De sorte que, en réalité, la quantité de sucre rendue avant l'épreuve ne saurait nous donner aucune indication au point de vue des résultats de ce régime, et l'évolution clinique, seule, permet certaines présomptions.

Je vous ferai connaître, dans notre prochaine leçon, les nouveaux résultats obtenus, et je profiterai de ce malade pour vous parler du coma diabétique.

PIÈCE DE 50 CENTIMES TOMBÉE DANS LE LARYNX

MENACES IMMÉDIATES DE SUFFOCATION; TENTATIVES INFRUCTUEUSES D'EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES, AVEC LES PINCES A POLYPES; EXTRACTION DE LA PIÈCE APRÈS SECTION DU CARTILAGE THYROÏDE; GUÉRISON.

Par M. le docteur Archambault, chef de clinique.

Le jeudi 9 juin, vient à la clinique de notre maître, M. le docteur Fauvel, le nommé D... (Louis), âgé de vingt-trois ans, exerçant la profession de cocher. Ce malade nous raconte que, le mardi 7 juin, c'est-à-dire deux jours auparavant, étant en train de compter de la monnaie, il mit dans sa bouche une pièce de 50 centimes, afin de la séparer du reste de son argent.

A ce moment, le camarade avec lequel il se trouvait lui parle; il veut répondre, et, dans l'effort qu'il fait, il avale la pièce.

Immédiatement, le malade est pris de quintes de toux d'une extrême violence, suivies de crachements de sang assez abondants; il se sent défaillir, devient livide, et son camarade est forcé de le soutenir pour le conduire chez un pharmacien, car c'est à peine s'il peut se tenir sur ses jambes.

La respiration est extrêmement pénible; malgré tous les efforts qu'il fait, le malade se sent asphyxier et se rend compte de l'existence d'un obstacle s'opposant à l'entrée de l'air dans sa poitrine.

Aussitôt après l'accident, l'aphonie est complète, l'émission de tout son est impossible et le malade doit écrire pour se faire comprendre. Chaque tentative faite pour parler, ou chaque effort de toux amène une exagération de la dyspnée et est la cause d'une angoisse horrible.

On conduit D... à l'hôpital de la Charité, où l'interne de garde pratique, à trois ou quatre reprises, le cathétérisme de l'œsophage avec le panier de Graef. Ne trouvant rien, il déclare qu'il n'y a rien et que la pièce a dû passer.

Le malade rentre alors chez lui; se sentant toujours la même gêne pour respirer, et ne voyant pas l'aphonie disparaître, il se décide à aller trouver un autre médecin qui lui pratique, comme à la Charité et sans plus de succès, le cathétérisme de l'œsophage.

Dans la journée du mercredi 8 juin, D... s'adresse successivement à trois médecins différents; mais, aucun n'ayant fait d'examen laryngoscopique, leurs manœuvres et leur examen restent, comme la première fois, sans aucun résultat, et ils déclarent qu'il n'y a rien.

Jeudi 9 juin. — Ce n'est que le jeudi 9 juin, plus de quarante-huit heures après l'accident, que D... vient à la Clinique, où nous l'examinons.

A son arrivée, on est frappé par le facies du malade : il est d'une pâleur extrême; ses yeux, profondément excavés, sont hagards, et il paraît en proie à l'anxiété la plus grande.

L'examen extérieur ne donne aucun renseignement. A la vue, le cou ne présente aucune déformation notable; il y a peut-être un peu de gonflement, mais on ne distingue ni œdème ni rougeur.

La partie antérieure du cou est très sensible à la palpation. La plus légère pression exercée au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde détermine une douleur extrêmement vive, qui fait redouter au malade le moindre contact à ce niveau; il a sans cesse la main portée en avant du cou, comme pour se garantir contre les violences extérieures. L'examen le plus minutieux ne permet de constater aucun relief ni aucune saillie.

Depuis deux jours, D... n'a pu goûter un seul instant de repos, le décubitus occasionnant aussitôt une exagération des phénomènes dyspnéiques et donnant lieu à des accès de suffocation horribles.

Il a été également impossible au malade de prendre la moindre nourriture depuis l'accident. Tout effort de déglutition réveille des douleurs insupportables, et ce n'est qu'au prix des plus grandes difficultés que quelques gouttes de lait ont pu être ingérées.

A l'état de calme, la respiration paraît s'accomplir à peu près normalement; mais, dès que le malade fait un effort quelconque, dès qu'il fait une inspiration ou une expiration plus profonde, il est immédiatement pris d'un accès de suffocation d'une intensité extrême, qui rappelle, à s'y méprendre, ceux que présentent les enfants atteints de croup.

Il y a alors, du côté de la face, toutes les apparences d'une asphyxie imminente; le malade se cyanose, les veines du cou se gonflent, il y a du tirage sus et sous-sternal, et on entend très nettement, même à une grande distance, un bruit de cornage très intense. Ce cornage existe aux deux temps de la respiration et a un timbre un peu particulier; il n'a pas la raucité qu'il présente si souvent dans les affections du larynx, mais a un timbre métallique spécial, qui attire de suite l'attention.

Les quintes de toux sont assez fréquentes; elles sont en général provoquées, soit par un effort, soit par la plus légère pression exercée sur la partie antérieure du cou. Ces quintes sont pour le malade un objet de crainte perpétuelle, tant à cause de la douleur qu'elles déterminent qu'à cause des accès de suffocation qu'elles provoquent.

L'aphonie est complète; le malade chuchote bien quelques mots, mais c'est à peine si on peut le comprendre et il doit écrire ce qu'il veut dire.

Examen laryngoscopique. — Cet examen est rendu assez facile, car chez D..., l'isthme du gosier est large; de plus son épiglotte se redresse au point même de s'effacer complètement en s'appliquant intimement à la base de la langue. C'est là un point intéressant qui pourrait peut-être servir à expliquer la facilité avec laquelle la pièce s'est engagée dans le larynx.

La face postérieure de l'épiglotte est rouge et légèrement tuméfiée à sa base; les replis aryténo-épiglottiques sont également le siège d'une rougeur et d'un gonflement très marqués.

Les cordes vocales supérieures sont extrêmement rouges et tu-

méfiées; elles forment un relief considérable et donnent à toute la portion sus-glottique un peu la forme d'un infundibulum.

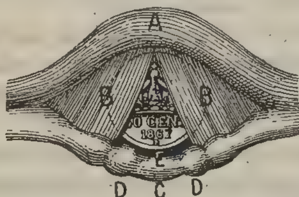
Entre les bords libres des cordes vocales supérieures apparaît un corps blanc, brillant, qui est la pièce de monnaie; malgré le mucus qui la recouvre on distingue très nettement qu'elle se présente du côté pile.

Cette pièce repose par sa face inférieure (côté face), sur les cordes vocales inférieures qu'elle recouvre complètement; sa face supérieure est recouverte de chaque côté par les bords libres des cordes vocales supérieures, de sorte qu'elle est enchâssée à droite et à gauche dans les ventricules de Morgagni. En avant la pièce disparaît sous la partie antérieure des cordes vocales supérieures; quant à sa partie postérieure on voit très nettement l'arc de cercle qu'elle décrit. Il reste, entre la partie postérieure du bord de la pièce et la région aryténoïdienne, un espace de 2 à 3 millimètres qui, joint à la glotte inter-aryténoïdienne, permet au malade de respirer.

En résumé, chez le malade, toute la portion vocale de la glotte est recouverte, il ne reste de libre que la glotte cartilagineuse ou respiratoire.

Cette disposition est très remarquable, car c'est à elle seule que D... doit de ne pas avoir suffoqué, et il est infiniment probable que si, au lieu de s'être présenté chez un adulte, l'accident était survenu chez un enfant, la mort eût été instantanée; chez ces derniers, en effet, la glotte inter-aryténoïdienne n'existant qu'à l'état rudimentaire, l'occlusion eût été complète et la mort subite.

La figure que nous reproduisons ci-joint, représentant une coupe



A. Coupe de l'épiglotte (base). — B. Cordes vocales supérieures entre les bords libres desquelles apparaît la pièce de 50 centimes. — C. Espace inter-aryténoïde. — D. Cartilages aryténoïdes. — E. Espace libre existant entre la partie postérieure de la pièce et l'espace inter-aryténoïdien.

horizontale, donnera une bonne idée de la position occupée par la pièce.

Notre maître, M. le docteur Ch. Fauvel, fit avec nous à plusieurs reprises des tentatives pour extraire la pièce de monnaie, par les voies supérieures. Il donna la préférence à une pince avec laquelle il avait pu quelques années auparavant retirer, de l'œsophage d'une femme, son dentier qui y était tombé pendant le sommeil (1). Cette pince, courbe comme les pinces à polypes ordinaires, présente au niveau de ses becs une série de crampons très solides et d'une extrême acuité, qui s'enchevêtrent les uns dans les autres, de telle sorte qu'une fois le corps saisi il ne peut plus glisser entre les mors.

Malheureusement toutes les tentatives furent vaines. On eut raison de la sensibilité de la région par des applications répétées de chlorhydrate de cocaïne, mais il fut impossible de passer le bec de la pince entre la pièce et la région aryténoïdienne. Les crampons qui devaient assurer la préhension solide devenaient un obstacle au passage; d'un autre côté un bec à mors simple aurait inévitablement glissé.

On tenta de faire basculer la pièce en appuyant sur sa face supérieure avec le bec inférieur (antérieur dans le cas présent) de la pince afin de pouvoir la redresser un peu et la saisir en même temps. Ce procédé échoua; l'œdème considérable sus et sous-glottique maintenait la pièce solidement dans la position horizontale et on ne put réussir.

Toutes ces manœuvres fatiguant beaucoup le malade et donnant lieu à des accès de suffocation, on dut remettre au lendemain de nouvelles tentatives.

Vendredi 10 juin. — On essaie encore à plusieurs reprises d'extraire la pièce par l'orifice supérieur du larynx, mais malgré les modifications apportées, par M. Mathieu, à différentes pinces, on ne peut arriver à saisir la pièce, l'instrument dérapant chaque fois.

Samedi 11 juin. — Le malade est amené, par nous, à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Péan.

Ne pouvant avoir le corps étranger par les voies naturelles, une opération devenait nécessaire.

Une question se posait : devait-on pratiquer la crico-thyrotomie et mettre une canule au malade afin de lui pratiquer le ramonage de la glotte? Devait-on au contraire chercher à extraire le corps étranger, puis obtenir une réunion de la plaie par première intention? C'est à cette dernière façon de voir que se rangèrent MM. les docteurs Péan et Fauvel, et il fut décidé qu'après ouverture de l'espace inter-crico-thyroïdien, on sectionnerait, sur la ligne médiane, le cartilage thyroïde jusqu'au niveau des insertions des cordes vocales inférieures. Désireux de se débarrasser du corps étranger qui le gêne, depuis le mardi, le malade accepte immédiatement l'opération.

Opération. — Le malade refuse le chloroforme.

Le docteur Péan pratique, sur la ligne médiane du cou, une incision partant du bord supérieur du cartilage thyroïde et aboutissant au bord inférieur du cartilage cricoïde.

L'opération est faite en plusieurs temps, couche par couche, et chemin faisant on place des pinces à forcipressure sur les vaisseaux : ces pinces hémostatiques, au nombre de sept à huit, servent en même temps à récliner à droite et à gauche les bords de la plaie.

On commence par perforer l'espace inter-crico-thyroïdien sur la ligne médiane, puis on incise le cartilage thyroïde toujours sur la ligne médiane, jusqu'au niveau de sa partie moyenne. Cette incision s'opère sans aucune difficulté, et grâce à l'éclairage électrique on aperçoit la pièce (face inférieure) entre les lèvres de la glotte, malgré un œdème sous-glottique très prononcé. L'incision du cartilage thyroïde est poursuivie quelques millimètres (2 à 3) encore et s'arrête à 1 millimètre environ de l'insertion des cordes vocales inférieures.

Alors avec l'aide d'une pince Sanguette à mors un peu courbes, le docteur Péan saisit la pièce et l'amène au dehors. Il est à ce moment facile de se convaincre, par les nombreuses éraillures existant sur le côté pile de la pièce, de toutes les tentatives faites antérieurement. Toutes elles aboutissent au bord postérieur qui se trouvait libre, et on se rend compte de l'impossibilité dans laquelle on était de saisir ce bord; le bec postérieur de la pince ne pouvait arriver à la prendre que par une arête et glissait chaque fois.

L'opération terminée presque sans perte de sang, on pratique plusieurs points de suture profonde (5 à 6) et trois points superficiels avec du crin de Florence.

Il n'est pas fait de suture du cartilage thyroïde.

Pansement avec la gaze iodoformée et le sublimé (solution au 1/2000).

Le malade est reconduit chez lui dans l'après-midi. Nous allons le voir le soir même : il est calme et a pu reposer quelques instants. La respiration se fait sans difficulté, quelques quintes de toux suivies d'une expectoration légèrement teintée de sang.

L'aphonie persiste.

Nous conseillons au malade de garder le repos absolu et d'éviter autant que possible d'essayer de causer, ce qui lui occasionne des quintes de toux.

Température, soir, 37°6.

Régime : potages, œufs, aliments hachés et liquides.

Dimanche 12 juin. — Température, matin, 37°2 ; Température, soir, 37°4.

Le malade a pu reposer. Il a pris sans trop de difficulté deux ou trois potages.

Respiration facile.

(1) Le Dr Fauvel a publié cette observation dans le *New-York medical monthly* et a fait cadeau de la pièce au musée de l'hôpital Saint-Louis où elle se trouve.

Lundi 13 *juin.* — Température, matin, 37°2 ; Température, soir, 37°2.

État aussi satisfaisant que possible.

Le malade a pu prendre sans difficulté des hachis. La déglutition se fait normalement et n'est plus douloureuse.

La toux diminue et n'est plus suivie d'expectoration. La région antérieure de la poitrine (région supérieure) ainsi que la région sus-claviculaire des deux côtés, présentent un léger emphysème sous-cutané, mais très peu marqué.

Mardi 14. — Nous changeons le pansement.

La plaie linéaire a un aspect superbe ; nous laissons les points de suture.

Pansement avec la gaze iodoformée et la solution de sublimé (1/2000).

État général excellent. L'emphysème sous-cutané reste stationnaire.

Le malade peut manger sans douleur.

L'aphonie commence à disparaître. Si on veut faire causer le malade, sa voix est encore voilée et rauque ; par moments on a des éclats suivis presque immédiatement d'aphonie.

Sur notre conseil le malade se lève.

Jeudi 16. — D... se présente à la clinique. La voix est presque complètement revenue, on constate seulement encore un peu de raucité et de chevrotement.

Déglutition absolument normale.

L'emphysème sous-cutané a disparu.

Examen laryngoscopique. — Il ne reste plus trace d'œdème de la région sus-glottique. Les cordes vocales inférieures présentent un peu de rougeur, mais elles sont intactes et leur fonctionnement est régulier.

Entre leurs bords libres, quelques filets de mucosités. Au-dessous de leurs insertions thyroïdiennes on aperçoit très nettement la cicatrice opératoire qui se présente sous forme d'un petit bourrelet rouge linéaire. Un petit bouchon de mucus recouvre la partie supérieure de cette cicatrice juste au-dessous des insertions antérieures des cordes vocales inférieures.

Cet examen montre, d'une façon absolument nette, l'intégrité absolue des cordes vocales inférieures, qui ont été respectées dans l'opération.

Vendredi 17. — Le pansement est changé.

Nous retirons les points de suture : la réunion est complète.

Nouveau pansement antiseptique.

Lundi 20. — Le malade vient de nouveau à la clinique.

La voix est presque complètement normale ; il ne reste qu'un très léger degré de raucité lorsque le malade veut émettre des sons un peu élevés.

Examen laryngoscopique. — Les cordes vocales inférieures apparaissent avec leur blancheur caractéristique. Il y a une légère tendance au bourgeonnement de la partie supérieure de la cicatrice opératoire. Le docteur Fauvel nous donne le conseil de faire des cautérisations avec une solution de chlorure de zinc (1/20).

Mardi 21 *et mercredi* 22. — Cautérisations au chlorure de zinc.

Jeudi 23. — Cautérisation du larynx.

Le pansement est changé.

Samedi 25. — Le pansement est enlevé ; il ne reste plus à la partie inférieure de la plaie extérieure qu'un ou deux petits bourgeons charnus que nous touchons avec le crayon de nitrate d'argent.

Application sur la plaie d'un morceau de sparadrap.

L'examen laryngoscopique ne donne rien, on aperçoit la cicatrice opératoire qui forme un léger relief linéaire, mais il n'y a plus de bourgeons charnus.

La voix est complètement revenue et est normale.

Vendredi 30. — Le malade vient nous revoir et nous annoncer son prochain départ pour la campagne avec ses maîtres.

La plaie extérieure est complètement guérie.

Nous avons cru intéressant à tous les points de vue de rapporter cette observation.

Il résulte, en effet, de nos recherches, que les cas analogues sont extrêmement rares ; dans la longue liste des corps étrangers des voies respiratoires, nous n'avons pu en relever que deux cas dus à Krishaber et encore diffèrent-ils sous de nombreux rapports de celui que nous signalons.

Quant au procédé opératoire mis en usage chez D..., il nous a paru présenter une supériorité marquée sur ceux employés dans les cas analogues, et nous nous demandons s'il n'y a pas un avantage incontestable à le substituer à la trachéotomie suivie du ramonage de la glotte, préconisée par certains auteurs et pratiquée dans l'un des deux cas que nous avons pu relever. Pour nous, sans vouloir entrer ici dans la discussion des divers procédés opératoires, il nous semble préférable d'éviter aux malades les inconvénients qui peuvent résulter de l'application d'une canule et de substituer au ramonage de la glotte une opération bien réglée et faite à ciel ouvert.

OBSERVATION DE TUMEUR CALCAIRE DE LA MAMELLE

Par M. le docteur Fréd. Hendoupe (de Sos).

La femme T., âgée de trente-cinq ans, me fait appeler, il y a une semaine environ, pour, me dit-elle, un abcès au sein. Je constate, à la partie supérieure de la mamelle gauche, une ulcération large, anfractueuse, par nécrose de la peau, laissant échapper une grande quantité de pus crémeux et d'odeur fade. Cette cavité profonde est aux trois quarts remplie par une tumeur dure, donnant la sensation d'une pierre poreuse. Je propose l'extirpation, qui est acceptée pour le lendemain. Séance tenante, je fais une incision à la partie inférieure du sein où du pus se trouvait aussi accumulé.

Le lendemain, après une pulvérisation d'éther pour diminuer la sensibilité de la région, je fais deux incisions pour libérer la tumeur à sa base et, à l'aide d'un petit davier, je l'extrais sans difficulté.

Cette production, divisée en deux parties adhérentes à la base, présente à peu près la dimension d'un œuf. Après lavage dans de l'eau alcoolisée, je constate qu'elle présente une certaine porosité et est en tout semblable aux pétrifications qu'on rencontre dans certains ruisseaux.

Les antécédents de la malade sont les suivants : à l'âge de quinze ans, meurtrissure du sein gauche, par suite de chute ; il se développe une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, non douloureuse.

La femme T. se marie à l'âge de vingt ans, a deux enfants qu'elle nourrit et dont le dernier est, en ce moment, âgé de quatorze ans.

Elle a remarqué que, pendant ces deux allaitements, le lait a toujours été plus abondant dans le sein malade. Il y a quatre ans, voulant prendre un pain sur une tablette élevée, elle laisse échapper l'objet, qui tombe sur le sein, siège de la tumeur. Un abcès se forme, est ouvert au bistouri et reste fistuleux. Quelques mois après, la malade s'aperçoit que des fragments de pierre (dit-elle) sortent par l'orifice, qui s'agrandit tous les jours.

Enfin la tumeur augmente, la peau se mortifie dans une large étendue, et laisse apercevoir la production morbide. En face de l'insuccès de médications plus ou moins bizarres, conseillées par des gens étrangers à la médecine, elle se décide, sur mes conseils, à l'extirpation.

Cette affection m'a paru surtout intéressante au point de vue de l'étiologie. Il n'y a pas eu de galactocèle ; la malade avait cessé de nourrir depuis six ans environ, lorsque la contusion du sein a développé l'abcès et la tumeur qui a suivi.

Il faut donc invoquer le traumatisme comme cause probable de l'affection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Giraud-Teulon, mort avant-hier, à Saint-Germain.

COMMUNICATION

Traitement des maux de tête par l'antipyrine. — M. GERMAIN SÉE a employé l'antipyrine contre des genres très divers de maux de tête ou de névralgies faciales : 1° la céphalée de l'adolescence ; 2° la migraine ; 3° le tic douloureux ; et il a obtenu, dans tous ces cas, des résultats très satisfaisants.

En ce qui touche les céphalées de l'adolescence et de la jeunesse, M. Germain Sée ne leur attribue pas, le plus souvent, pour origine un excès de fatigue intellectuelle, un surmenage ; il en a vu survenir, en effet, chez des individus qui travaillaient très peu et même chez de véritables cancres. Ces céphalalgies sont bien plutôt le résultat de la croissance, comme l'ont dit d'ailleurs MM. René Blache, Keller, Charcot et l'orateur lui-même.

On peut distinguer deux périodes dans la croissance des enfants : celle de l'enfance proprement dite, qui s'étend jusque vers l'âge de douze ans, et celle de l'adolescence, qui commence à cet âge. Dans la première, le petit lycéen des basses classes croît en taille de 5 centimètres par an ; mais le cœur ne prend pas un développement proportionnel, et l'enfant se trouve incapable de tout effort considérable et soutenu, soit intellectuel, soit physique.

Chez lui, on peut dire qu'il y a surmenage, si on lui applique les programmes d'enseignement actuel ou si on s'avise de le faire marcher pendant des heures de suite, comme on le fait souvent. Ce qu'il lui faut, c'est une nourriture très abondante, très riche, du bon air et un exercice modéré. Le cœur cède alors facilement et se laisse passivement dilater. Mais ce n'est pas encore à cet âge que l'on observe la céphalée.

La seconde période, celle qui commence vers douze ans, est celle du développement hypertrophique du cœur, coïncidant avec un accroissement moins rapide de la taille. La céphalée apparaît souvent avec une ténacité telle que les études deviennent impossibles. En pareil cas, l'antipyrine donne des résultats merveilleux. M. Sée a pu rendre ainsi, en quelques jours, à un jeune polytechnicien, la faculté de travail qu'il avait perdue, et lui permettre de reprendre son rang.

Il a été tout aussi heureux chez six lycéens, studieux, pleins de zèle, qui se désolaient de leur impuissance intellectuelle, et chez cinq autres enfants ou jeunes gens, âgés de douze à dix-neuf ans, comme les précédents, mais moins travailleurs.

Cela ne veut pas dire qu'il soit impossible de rencontrer de véritables surmenés du cerveau, pour lesquels le repos de l'organe sera nécessaire, ou des individus chez lesquels la céphalée aura pour cause quelque trouble de la vision, et qu'il sera bon de renvoyer aux oculistes. Mais, dans cette série de douze cas, il a suffi d'administrer, pendant quelques jours, l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour, puis de la continuer à doses journalières plus faibles, pour voir disparaître définitivement le mal de tête.

Chez les migraineux, M. Germain Sée fait prendre 1 gramme d'antipyrine dès qu'ils sentent venir l'accès, le matin, avant le premier repas ou au commencement de ce repas. La tête commence à se dégager environ vingt minutes après, et une seconde dose, absorbée trois quarts d'heure ou une heure plus tard, achève la guérison de la crise.

Peu importe que la migraine se rattache ou non à une diathèse arthritique, même héréditaire. M. Germain Sée ne s'inquiète pas des théories étiologiques, mais du soulagement à opérer. Il ne croit pas d'ailleurs que la migraine ait pour cause la dyspepsie. Il considère les troubles gastriques concomitants comme un effet du trouble cérébral. On n'a pas la migraine sans nausée, pas plus qu'on ne l'a sans mal de tête. Sur quarante-deux migraineux ainsi traités, M. Sée ne compte que quatre insuccès, et encore croit-il que l'un au moins de ces derniers malades était un simulateur.

Contre le tic douloureux de la face, le *modus faciendi* est un peu différent. M. Sée ne se borne pas à faire prendre l'antipyrine par l'estomac, il administre en outre ce même médicament en injection hypodermique. La dose d'antipyrine renfermée dans chaque injection reste toujours de 50 centigrammes. Mais au lieu de la dissoudre dans quantité égale d'eau distillée, on l'étend dans 1 gramme de liquide. Introduite ainsi sous la peau, avec lenteur, elle n'y cause plus de douleur vive ni de trombus.

Un malade atteint d'un tic douloureux, depuis quelques jours seulement, fut guéri très vite. Quatre autres, souffrant depuis douze, treize, seize et dix-huit ans, éprouvèrent rapidement une amélioration considérable. Parmi ces derniers se trouve une sage-femme qui, depuis longtemps, se nourrissait exclusivement d'aliments liquides, ne pouvant pas desserrer les dents, et qui maintenant mâche et mange comme tout le monde.

LECTURE

Notice sur les apparitions et les disparitions brusques des épidémies et du choléra en particulier. — M. THOLOZAN, après avoir rassemblé un grand nombre de récits d'épidémies, de toutes dates, remarquables également par leur marche insolite, conclut en ces termes : « En dehors des découvertes que l'avenir et peut-être un avenir prochain nous promet sous ce rapport, je ne pense pas qu'on puisse édifier de théorie, à l'heure actuelle, ni pour ni contre tel système particulier. Il faut, en ces matières, non seulement opérer sur des faits, mais aussi sur des faits assez complets. Or, possède-t-on des faits complets?

La relation d'un fait complet, philosophiquement parlant, serait toute la science ; elle nous dispenserait, en quelque sorte, des autres faits. Nous espérons donc, car il faut toujours espérer le mieux, que l'attention des savants, une fois de plus éveillée sur les phénomènes importants et insolites dont nous avons parlé résoudra le problème. Dans tous les cas, en les comprenant mieux que leurs devanciers, nos successeurs trouveront sans doute moins extraordinaires ces observations et ils seront moins portés à les nier, ou à les passer sous silence.

Mon but n'a pas été, dans ce travail, la critique des doctrines régnantes, non plus que d'apporter des expériences nouvelles. J'ai seulement voulu rappeler les observations de nos devanciers, dans la pensée que le présent gagne toujours à s'éclairer des lumières de l'histoire et de l'expérience du passé. »

A cinq heures, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 août 1887, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bachelier, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 13 août 1887, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Krug-Basse, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital du Gros-Caillou ; Debaussaux, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 août 1887, un concours s'ouvrira le 1er mars 1888, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêtés préfectoraux, en date des 2 et 6 août 1887 :

M. le docteur Brusque, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le docteur Legrain, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, est compris dans la deuxième classe du cadre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés pour deux ans :

Chefs de clinique médicale. — MM. les docteurs Martinet et Durand-Fardel, en remplacement de MM. Siredey et Capitan, dont le temps d'exercice est expiré. — Chefs adjoints : MM. les docteurs Caron de la Carrière et Pignol.

Chef de clinique chirurgicale. — M. le docteur Beurnier, en remplacement de M. Ménard, dont le temps d'exercice est expiré. — Chef adjoint : M. le docteur Michaux.

Chef de clinique des maladies du système nerveux. — M. le docteur Gilles de la Tourrette, en remplacement de M. Babinski, dont le temps d'exercice est expiré. — Chef adjoint : M. le docteur Berbez.

Sont nommés :

Aides d'anatomie (pour une période de quatre années). — MM. Jonesco, Chevalier, Rieffel, Leguen, Regnauld et Rollin, en remplacement de MM. Hallé, Valin, Clado et Mérigot de Treigny, démissionnaires, et de MM. Hartmann et Lejars, appelés à d'autres fonctions.

Aides d'anatomie provisoire (pour une année) : MM. Valat, Deboul et Rumoret.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le lundi 27 février 1888.

Le concours pour dix places de pharmaciens adjoints s'est terminé par la nomination de MM. Jeannin, Venet, Moreau, Bolli, Rousset, Jacquet, Romayer, Neyret, Vacheron et Sulliard.

— *Hospices civils de Marseille.* — La commission administrative rappelle qu'un concours pour trois places de chefs-internes sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 17 octobre 1887.

Les candidats ont jusqu'au 10 octobre pour se faire inscrire.

— M. le docteur Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort et membre de l'Académie de médecine, est nommé directeur de cette École, en remplacement de M. Goubaux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, de lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21575

N° 103. — SAMEDI 27 AOUT 1887. 60e ANNÉE. SAMEDI 27 AOUT 1887. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif (1).

Par M. le docteur P. MICHAUX, prosecteur à la Faculté de médecine.

Dans notre précédente revue, nous nous sommes efforcé d'établir à quel point l'intervention chirurgicale était justifiée dans les contusions et dans les plaies du tube digestif; nous avons ensuite passé en revue les diverses méthodes chirurgicales pratiquement applicables à la cure de ces lésions; pour compléter ce chapitre il nous reste à faire un choix parmi ces procédés suivant les lésions qui seront rencontrées.

En dernier lieu, nous aurons à examiner quelles sont les indications chirurgicales fournies par l'étude des symptômes des contusions et des plaies du tube digestif.

I

INDICATIONS DE PROCÉDÉS TIRÉES DE L'ÉTUDE DES LÉSIONS. — Nous venons de voir combien étaient peu variés en somme les procédés dont dispose le chirurgien pour combattre les lésions traumatiques du tube digestif; ce fait a une grande importance et fait bien voir combien sont précises les indications de procédés fournies par l'étude des lésions et combien elles laissent peu de prise à l'hésitation dans l'esprit du chirurgien. Il suffit pour s'en convaincre de passer en revue rapidement les principales notions fournies par l'étude anatomo-pathologique de la contusion et des plaies de l'intestin.

a. *Indications opératoires fournies par l'étude des lésions de la contusion intestinale et de leur mécanisme.* — Parmi les diverses théories que l'on a données du mode de production des lésions du tube digestif dans le cas de contusion, il n'y en a guère qu'une seule qui mérite d'être signalée en raison de son importance réellement capitale et des conséquences opératoires qu'elle entraîne : c'est la théorie du pincement des viscères entre le corps contondant et les plans osseux profonds, notamment la colonne vertébrale. La lecture attentive des observations publiées ne laisse aucun doute à cet égard; mais l'expérience ne réussit bien que dans les cas où le corps contondant agit dans le voisinage de la ligne médiane; peut-être dans les autres cas faut-il admettre une action presque directe sur le viscère, la paroi surprise par la brusquerie du choc n'ayant pas le temps de se contracter pour résister à l'action vulnérante. Quant à l'éclatement du tube digestif par les matières, à la compression de la paroi intestinale entre l'agent vulnérant et les matières, ce sont des mécanismes au moins exceptionnels.

De ce mode de production habituel des lésions dans la contusion du tube digestif, découle une conséquence très importante, à savoir que les lésions intestinales sont presque toujours localisées au voisinage du point contus, et que, par conséquent, cette notion de la région traumatisée a pour le chirurgien une grande importance puisqu'elle dirige ses explorations.

On pourrait même en déduire, l'utilité de l'incision faite au point vulnéré, si, comme nous l'avons dit dans la revue précédente, l'incision médiane ne présentait pour l'opérateur des commodités qui doivent la faire préférer dans presque tous les cas.

On pourrait encore déduire du mécanisme et du pincement des viscères entre le corps contondant et la colonne vertébrale, la localisation presque exclusive des lésions de la contusion dans les anses de l'intestin grêle : 106 fois sur 125 cas, relevés par M. Chavasse, et encore dans les 19 faits restants, où le gros intestin était atteint, l'intestin grêle était-il lésé simultanément.

Ce fait est parfaitement d'accord avec ce que nous savons de la disposition des anses intestinales dans les diverses régions de l'abdomen. Le mémoire de Trèves dans le *British medical Journal*, les notions sommaires que l'on peut prendre par l'ouverture de l'abdomen dans les autopsies, tout concorde à nous montrer que toute la région médiane est occupée par l'intestin grêle, que seul le côlon transverse coupe perpendiculairement la poche supérieure de cette région, et qu'en somme on ne trouve le reste du gros intestin que sur les flancs ou caché par des anses de l'intestin grêle. Cette disposition anatomique ainsi envisagée d'une manière large est parfaitement d'accord avec l'ordre de fréquence des lésions intestinales, tel qu'il a été relevé par Chavasse dans son travail. D'après cet auteur cet ordre de fréquence devrait être établi de la manière suivante : 1° partie moyenne de l'intestin grêle; 2° partie supérieure; 3° partie inférieure de cet intestin; 4° côlon; 5° duodénum;

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 801.

6° cæcum; 7° S. iliaque. Ce sont donc bien les anses de l'intestin grêle et principalement celles qui répondent en arrière à la colonne vertébrale qui sont atteintes par le traumatisme dans les contusions abdominales. Quant aux autres viscères renfermés dans la cavité de l'abdomen, ils sont atteints, soit simultanément, soit isolément; le foie, la rate, le pancréas sont rupturés, mais de tous les viscères, celui dont les lésions coïncident le plus souvent avec celles de l'intestin, sont incontestablement les reins, il est bon que le chirurgien en soit prévenu.

Cette localisation remarquable des lésions de la contusion à l'intestin grêle est des plus heureuses; nous avons longuement insisté dans la description des procédés opératoires sur la nécessité pour le chirurgien d'amener au dehors l'anse intestinale lésée, et nous en avons fait une des conditions principales de réussite dans les opérations de ce genre, et il est évident que l'intestin grêle presque seul possède la mobilité suffisante pour permettre d'opérer ainsi presque complètement en dehors de la cavité abdominale.

Quant aux lésions de la contusion intestinale proprement dite, elles consistent naturellement dans une attrition plus ou moins considérable des parois intestinales; attrition susceptible de retour à l'état normal dans ses premiers degrés, pouvant aller, dans les degrés extrêmes, jusqu'à la rupture, à la section presque complète de l'intestin, ou tout au moins à la perte de substance et, dans les cas intermédiaires, produisant au niveau du point contus des désordres incompatibles avec le retour de la vie dans les points atteints. C'est alors qu'on observe des escharres de la paroi intestinale, qui se détachent rapidement et déterminent des perforations secondaires suivies de péritonite suraiguë dans les cas où l'on pouvait espérer que les lésions pourraient se réparer sans l'intervention du chirurgien.

Nous n'avons pas à passer ici en revue les diverses variétés que présentent ces lésions, mais nous devons, au point de vue qui nous occupe, appeler l'attention du chirurgien sur la largeur et l'étendue des lésions. Qu'il s'agisse d'une attrition simple avec menace d'escharre, d'une perte de substance complète ou même d'une déchirure, d'une rupture, les lésions ne sont presque jamais assez limitées pour en permettre la réparation à l'aide d'une suture simple, il faut presque toujours supprimer dans une large étendue les points contus; la suture, faite dans des tissus doués d'une vitalité insuffisante, devant presque fatalement manquer, on risquerait presque à coup sûr de voir survenir la péritonite par perforation ou tout au moins la fistule stercorale avec tous ses inconvénients. Nous devons donc conclure de tout ce qui précède que, le procédé opératoire, applicable dans la majorité des cas aux lésions de la contusion intestinale, réside dans la résection de l'intestin suivie de suture. Les lésions intestinales sont-elles très étendues, y a-t-il entre les anses à rapprocher une très grande différence de calibre, on peut recourir à la résection de l'intestin, suivie de la création d'un anus contre nature.

Cette question du choix entre les trois méthodes n'est guère susceptible, dans l'état actuel de nos connaissances, de recevoir une solution précise, le nombre des opérations pratiquées est beaucoup trop restreint pour qu'on puisse s'appuyer sur ces faits, et ce choix reste une question de tempérament. Les uns préfèrent, avec M. le professeur Verneuil, l'opération en deux temps; les autres, avec MM. Bouilly, Segond, font une entérorrhaphie circulaire presque complète, mais conservent, au voisinage de la plaie, une petite fistule destinée à servir de soupape de sûreté. S'il nous était permis de nous prononcer dans un sujet aussi délicat, c'est, croyons-nous, à ce dernier procédé que nous aurions recours et, instruit par l'observation intéressante de M. Bouilly, nous ne saurions trop recommander au chirurgien la prudence excessive dans les soins ultérieurs et les pansements de cette petite fistule et cela pendant un temps considérable.

Une seule question subsiste : les lésions de la contusion intestinale sont-elles souvent multiples?

A nous en tenir aux chiffres relevés par M. Chavasse, cette multiplicité ne serait pas considérable : quinze fois sur cent seulement, au dire de cet auteur, l'intestin serait atteint en plusieurs points; mais, nous croyons que ce chiffre est au-dessous de la vérité, et dans la crainte de laisser une lésion inaperçue, le chirurgien doit toujours pratiquer une exploration minutieuse de toutes les anses intestinales, cette exploration étant faite d'ailleurs avec toutes les précautions dont ne doit pas se départir le chirurgien prudent et antiseptique.

b. *Indications opératoires fournies par l'étude des lésions des plaies de l'intestin.* — Si les lésions de la contusion intestinale imposent au chirurgien une conduite en somme peu variable, il n'en est pas tout à fait ainsi des plaies du tube digestif. Les variétés sont ici beaucoup plus nombreuses et c'est ce qui explique l'apparente multiplicité des opinions chirurgicales qui se sont produites sur ce point.

Nous n'avons pas, évidemment, la prétention d'étudier ici les faits d'anatomie et de physiologie pathologique, incontestablement établis depuis la première moitié du siècle par les travaux de Reybard, de Travers, de Jobert de Lamballe, nous devons nous contenter de rappeler les principales variétés qui doivent modifier la conduite du chirurgien.

Ainsi envisagées, les plaies de l'intestin peuvent être rangées en trois catégories : 1° celles qui peuvent être respectées et négligées chirurgicalement; 2° celles qui sont justiciables de la suture partielle pure et simple; 3° celles qui nécessitent la résection, suivie de l'entérorrhaphie circulaire ou de la formation d'un anus contre nature.

La première catégorie (plaies susceptibles de guérison spontanée et ne nécessitant aucune intervention) comprend toutes les piqûres, et les sections ou les pertes de substance dont les dimensions ne dépassent pas 4 à 6 millimètres. Les piqûres tout à fait étroites de l'intestin ne laissent pas de traces, les fibres momentanément écartées reprennent leur place lorsque l'instrument est retiré. De là, l'innocuité relative des ponctions capillaires de l'intestin.

Losque la solution de continuité atteint des dimensions plus considérables sans dépasser 5 ou 6 millimètres, l'obstruction spontanée s'effectue encore par le mécanisme bien connu de la hernie de la muqueuse, bientôt suivie de la formation de quelques petites adhérences. Nous n'avons pas à insister davantage sur cette catégorie de plaies intestinales : lorsque le chirurgien les rencontre dans une laparotomie, ou bien encore lorsqu'elles se produisent au cours d'une opération, on est en droit de les négliger, le mieux est peut-être encore d'y appliquer dans les cas extrêmes un point de suture de Lembert.

Dans la seconde catégorie (plaies justiciables de l'entérorrhaphie partielle sans résection intestinale), on range toutes les sections ou divisions partielles des parois intestinales depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centimètres, et encore certaines pertes de substance traumatiques dont

les bords sont nets et comme taillés à pic, variété que présentent parfois les plaies par armes à feu, et dans laquelle il convient de ranger le plus souvent les plaies par petits projectiles, notamment les plaies par balles de revolver. — C'est principalement à propos de ces plaies par petits projectiles que s'est élevée la discussion récente de la Société de chirurgie. — Dans sa statistique de la guerre de sécession, Otis faisait déjà remarquer que cette variété de plaies se comportait le plus souvent comme les piqûres ou les petites incisions. C'est encore l'opinion émise par M. le professeur Verneuil. Mais M. Trélat a fait remarquer justement que, dans un certain nombre de cas, les lésions intestinales étaient plus étendues en réalité qu'elles ne le paraissaient, que les bords de la perte de substance, mâchés, contus par le projectile, étaient mal disposés pour cette cicatrisation spontanée et que, dans ces conditions, leur pronostic n'était point aussi bénin qu'on voulait bien le dire. En réalité les deux variétés se rencontrent, ainsi que M. Reclus l'a fort bien fait remarquer. Cet auteur a fait avec des revolvers de 7 millimètres et de 9 millimètres des expériences fort intéressantes, desquelles il ressort que dans les plaies de l'intestin par des projectiles de 7 millimètres, les dimensions de la solution de continuité ne sont guère supérieures au diamètre du projectile vulnérant. Mais certaines conditions d'obliquité du projectile par rapport à l'anse intestinale viennent modifier ces résultats ; M. Reclus a observé des pertes de substance de 1 centimètre, de 1 centimètre et demi au niveau du point culminant d'une anse intestinale, ou d'une plicature un peu brusque. Ces résultats sont sans doute plus accentués avec les projectiles de 9 millimètres; les expériences sur ce sujet ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de conclure, il nous faut attendre les résultats ultérieurs promis par M. Reclus. Le chirurgien, en présence d'une plaie par balle de revolver, doit donc toujours craindre l'existence d'une perforation dont les dimensions sont supérieures à celles qui sont compatibles avec une occlusion spontanée, et, avec les maîtres dont nous invoquions plus haut l'autorité, nous croyons qu'elles réclament, dans un grand nombre de circonstances, l'intervention du chirurgien qui doit régulariser les bords et les soumettre à l'entérorrhaphie partielle, à moins que les dimensions de la perte de substance et l'état des bords de la plaie ne commandent une intervention plus radicale, la résection intestinale suivie ou non de suture.

Ce dernier mode d'intervention doit être réservé aux sections complètes de l'intestin et aux grosses pertes de substance, telles que celles qui résultent des projectiles de guerre, balles des fusils modernes, petits éclats d'obus, etc... Si les lésions ne sont pas multipliées et ne réclament pas par conséquent une intervention chirurgicale trop longue, c'est à l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie qu'il faudra donner la préférence, et plutôt encore à la méthode conseillée par M. Bouilly. Si, au contraire, les lésions sont très étendues, si le calibre des anses intestinales à juxtaposer est trop considérable, on peut ne faire cette opération que sur une ou deux plaies, ou mieux encore réséquer toute la partie de l'intestin grêle qui renferme les blessures et, accolant dans l'angle inférieur de la plaie cutanée ou de l'incision de laparotomie les deux extrémités résultant de l'entérectomie, chercher à obtenir un anus contre nature. La résection de deux mètres d'intestin, faite par Kœberlé, montre bien jusqu'à quelles limites cette résection peut être étendue et indique la conduite à tenir dans le cas de lésions multiples de l'intestin.

Cette multiplicité des lésions intestinales dans les plaies du tube digestif est extrêmement fréquente, il suffit pour le comprendre de se rappeler la puissance de pénétration des projectiles actuels, la superposition des anses intestinales. Kinloch, Annandale, Dennis, Hamilton, cités par Aug. Broca dans la revue que nous avons déjà citée, parlent de six, neuf, dix et treize perforations intestinales par une seule balle. Dans un fait observé par Alexandre en Crimée, il y avait seize blessures de l'intestin grêle par une balle entrée au niveau de la région ombilicale. La statistique d'Otis en renferme de nombreux exemples, mais, en somme, ainsi que l'indique très bien cet auteur, ce sont là des faits exceptionnels; en règle générale, il n'y a guère plus de deux anses blessées, soit au plus quatre perforations. Ces chiffres sont importants à retenir, car ils démontrent la possibilité d'une intervention. Il faut également songer à la possibilité de la lésion d'autres organes, et l'opération ne doit être entreprise que si on a l'espoir qu'il n'existe de ce côté aucune contre-indication opératoire.

Il est encore un fait de physiologie pathologique dont le chirurgien doit bien connaître l'importance capitale, car il constitue un commémoratif de la plus haute valeur, dont il doit toujours s'assurer; nous voulons parler de l'état de plénitude ou de vacuité du tube digestif. Le pronostic des plaies intestinales diffère essentiellement suivant cette circonstance; les travaux du commencement du siècle en avaient bien fait voir toute l'importance, que les observations modernes n'ont fait que confirmer encore davantage. Si le traumatisme a surpris l'intestin dans l'état de plénitude, l'intervention chirurgicale doit être immédiate, à la condition qu'il ne se soit pas écoulé un temps trop considérable depuis l'accident. Dans le cas contraire, on pourra discuter l'abstention.

Une seconde conséquence découle de ce fait, à savoir la nécessité d'une diète absolue, rigoureuse, prolongée autant que possible à la suite et comme adjuvant obligé de l'intervention chirurgicale dans les plaies du tube digestif.

II

Des indications de l'intervention chirurgicale fournies par l'étude clinique de la contusion et des plaies du tube digestif. — Il ne suffit pas de prouver que l'intervention chirurgicale est justifiée par la gravité des lésions du tube digestif, et de tracer les règles et procédés opératoires qui leur sont applicables; il faut encore démontrer que le diagnostic de ces lésions est possible et rechercher les indications chirurgicales fournies par l'étude clinique pour pouvoir établir dans quels cas et à quel moment cette intervention doit être exécutée.

1° *Des indications tirées de l'étude clinique de la contusion abdominale.* — M. Guyon a fort bien exposé, à notre avis, dans les leçons qu'il a faites, cet été, à la Faculté de médecine, les principaux aspects cliniques sous lesquels se présente la contusion du tube digestif :

1° Il y a des cas légers où les symptômes font défaut presque complètement.

2° Parfois, même dans ces cas bénins, on voit des perforations secondaires se manifester au moment du détachement des escharres produites par l'agent contondant.

3° Les symptômes habituels dans les contusions certaines du tube digestif sont le plus souvent ceux de l'étranglement herniaire ou de l'occlusion intestinale.

4° Les symptômes ne diffèrent pas ordinairement, qu'il

s'agisse d'une contusion simple des parois de l'intestin ou d'une véritable déchirure du tube digestif. A l'appui de cette dernière proposition, le savant professeur rapportait un fait extrêmement intéressant, observé par lui à l'hôpital Necker, en 1883. Les symptômes, extrêmement marqués, étaient ceux de l'étranglement interne ; tout faisait croire à une déchirure de l'intestin, et cependant il n'y avait que de la contusion des parois de l'intestin, marquée par des suffusions hémorrhagiques multiples au niveau du point contus. Il existe un certain nombre de faits analogues, qui doivent d'ores et déjà donner au chirurgien une idée des difficultés du diagnostic.

Un autre fait démontre bien qu'il n'est pas seulement difficile de se faire, d'après les symptômes, une idée exacte de l'état dans lequel se trouve l'intestin contus, mais que l'attrition d'autres viscères peut donner lieu à des symptômes analogues ; c'est l'observation communiquée par M. Chavasse à la Société de chirurgie, et qui a fait l'objet d'un rapport de M. Chauvel à la séance du 4 mars 1885. Un cavalier du 18e dragons reçoit dans le ventre un double coup de pied de cheval ; il est apporté au Val-de-Grâce. Pas de perte de connaissance immédiate ; deux heures après l'accident, vomissements bilieux répétés, puis phénomènes de péritonite aiguë, qu'on ne pouvait guère attribuer qu'à une très violente contusion ou rupture de l'intestin. L'opération, pratiquée au troisième jour, démontra des lésions intestinales presque insignifiantes, mais, à côté de celle-ci, une masse épaisse, mollasse, infiltrée dans le mésocôlon, en avant du rachis, et qui n'était autre, comme l'autopsie le démontra, quatre jours après, qu'une rupture du pancréas.

Le diagnostic de la contusion intestinale est donc difficile ; cherchons cependant sur quels signes il est possible de se baser pour distinguer les cas qui commandent l'abstention, les cas qui nécessitent l'intervention chirurgicale.

Deux catégories de symptômes doivent guider le chirurgien dans cette distinction difficile : 1° les symptômes généraux ; 2° les symptômes locaux.

Dans le premier ordre de phénomènes, il convient d'attribuer, au début, une grande importance à l'intensité de la stupeur, « cet effet si remarquable des traumatismes abdominaux », disait Dupuytren ; à la petitesse du pouls, à l'abaissement de la température. Les degrés divers que présentent ces symptômes ont même servi à quelques auteurs à distinguer, dans la contusion abdominale, des cas bénins, des cas moyens, des cas graves.

M. Chavasse a bien insisté sur la valeur clinique et sur les indications fournies par cette association de symptômes, et notamment sur la manière dont s'établit la réaction.

Que la réaction fébrile s'établisse rapidement, que le pouls et la température se relèvent vite pour rentrer bientôt dans les limites normales, et le chirurgien a tout lieu de compter sur des lésions peu graves, sur une marche favorable de l'affection.

Au contraire, que la température persiste au-dessous de la normale, que le pouls reste tout à la fois petit et fréquent, que la respiration demeure courte et précipitée, il faut conclure que l'affection est dans une mauvaise voie, que les lésions sont graves, et s'armer, par conséquent, pour une intervention hâtive sinon immédiate.

Les vomissements bilieux, quelquefois fécaloïdes ou sanglants, auraient une certaine valeur, mais ils n'acquièrent une importance réelle qu'à une période avancée de la maladie, et, pour ce motif, ne sauraient servir d'indications opératoires.

On ne saurait compter davantage sur l'observation des selles qui démontrerait l'existence d'une entérorrhagie plus ou moins abondante ; une constipation opiniâtre est la règle et enlève, par conséquent, toute valeur à ce symptôme pour trancher la question en suspens.

Les signes locaux : douleur localisée, traces de la contusion pariétale, et l'étude attentive des commémoratifs, ont une plus grande importance, non pas tant pour conduire le chirurgien à l'intervention chirurgicale que pour lui indiquer parfois le siège de l'incision et lui donner quelque idée des désordres en face desquels il pourra se trouver.

Il est encore un signe auquel on a attribué une grande valeur, c'est la production, brusque ou lente, d'un tympanisme considérable ; mais l'étude des faits n'a pas justifié la valeur théorique attribuée par Jobert de Lamballe au tympanisme brusque, et, vraisemblablement, c'est bien plutôt un indice de péritonite septique qu'un signe d'épanchement, dans le péritoine, des gaz intestinaux.

Il n'y a pas, en résumé, de signe clinique absolument pathognomonique d'une contusion intestinale grave ; c'est en se basant sur l'ensemble des symptômes généraux et locaux, sur la manière dont s'établit la réaction qui succède à la dépression profonde provoquée par la contusion abdominale, sur l'étude attentive des commémoratifs, que le chirurgien arrivera à poser les indications chirurgicales.

Sans doute, en se bornant aux notions précédentes, on commettra encore bien des erreurs ; mais ces erreurs seront d'autant moins nombreuses et d'autant moins préjudiciables, croyons-nous, que le chirurgien, connaissant bien la gravité extrême des lésions abandonnées à elles-mêmes, saura, sans hésiter, compléter ces renseignements par une exploration attentive, soignée, de la cavité abdominale.

Ce que nous savons des bons résultats de la laparotomie exploratrice, faite avec les précautions voulues, nous engage à conseiller au praticien, dans les cas douteux, une exploration de ce genre, qui ne sera, le plus souvent, que le premier temps d'une intervention plus radicale, reconnue nécessaire.

Une dernière question reste à trancher : quelles sont les limites de temps et d'action imposées au chirurgien par la marche des accidents dans la contusion intestinale ? Ces limites sont extrêmement étroites : la marche de la contusion intestinale est ordinairement des plus rapides, par aggravation progressive des accidents, et surtout des accidents généraux. On a noté quelquefois la mort subite, immédiate, en pleine connaissance ; la durée des accidents est presque toujours très courte dans les cas graves, que nous savons être de beaucoup les plus nombreux ; c'est au bout de douze heures, de vingt-quatre heures, plus rarement de deux ou trois jours, que surviennent les accidents terminaux ; cette durée, d'après quelques auteurs, serait plus courte dans les lésions du commencement de l'intestin grêle, plus longue lorsque la contusion atteindrait la fin de l'ilion ou le gros intestin.

La mort est quelquefois retardée ; on a noté plusieurs fois cette terminaison à la suite de contusions violentes produites par des éclats d'obus ayant détruit une partie de la paroi ; l'ouverture d'un anus contre nature prolonge les accidents, mais des complications surviennent, qui emportent le malade.

Enfin un dernier point à signaler est l'existence de perforations secondaires produites par le détachement des escharres, soit que les lésions intestinales aient été mécon-

nues dans leur gravité, soit que le défaut de précautions dans l'hygiène du malade ait favorisé la production de ces perforations secondaires; les conséquences thérapeutiques qui en résultent ne sauraient être oubliées de tout bon chirurgien.

En résumé, nous ne saurions assez le répéter, les limites de temps laissées au chirurgien par l'évolution des lésions de la contusion abdominale sont extrêmement étroites; ici, plus que partout ailleurs, l'intervention doit être immédiate ou ne pas être; elle doit être faite dans les quinze ou vingt premières heures, pour qu'on puisse espérer un succès; plus tard, le devoir du chirurgien est de s'abstenir. Dans ces limites étroites de temps, nous croyons que l'intervention chirurgicale doit être appliquée à la majorité des contusions intestinales graves, toutes les fois qu'après quelques heures on ne voit pas la réaction s'établir et que, d'après l'intensité du traumatisme, on a tout lieu de craindre une contusion sérieuse du tube digestif. Cette conclusion peut paraître un peu hardie; elle n'est que trop justifiée, croyons-nous, par l'examen des cas de mortalité à la suite de contusions intestinales abandonnées à elles-mêmes. Que si la laparotomie exploratrice ne révélait pas de lésions graves, on n'aurait qu'à refermer le ventre, estimant qu'avec toutes les précautions prises, on n'aurait pas augmenté sensiblement le danger qu'il court.

2° *Des indications tirées de l'étude clinique des plaies du tube digestif.* — Cliniquement, les plaies de l'intestin se présentent sous deux aspects essentiellement différents, suivant que l'intestin blessé fait hernie au dehors ou qu'il est encore renfermé dans la cavité abdominale.

A. Dans le premier cas, le chirurgien n'a pas d'hésitation pour le diagnostic, puisqu'il a sous les yeux la lésion, et nous n'insisterions pas davantage sur cet aspect tout spécial des blessures de l'intestin, s'il n'y avait un écueil important à éviter, celui qui consisterait à croire qu'il n'y a pas d'autre lésion que celle de l'anse herniée. Il est fort possible, en effet, que d'autres anses intestinales encore renfermées dans la cavité abdominale soient aussi blessées, d'où la stricte obligation, pour le chirurgien, de se livrer à une exploration attentive des anses renfermées dans la cavité abdominale.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle se borne à réparer les lésions de l'anse herniée, l'issue de l'intestin au dehors s'étant effectuée naturellement on n'a pas à exécuter ce temps important de l'opération; il va de soi, d'ailleurs, que l'on évitera attentivement de laisser l'anse intestinale trop longtemps pincée par les lèvres d'une boutonnière pariétale trop étroite, et que toutes les précautions seront prises pour réduire aussitôt que possible toute la portion d'intestin herniée qui n'est pas le siège de la blessure, après l'avoir soigneusement lavé. Cette réduction n'est pas toujours facile à opérer : il arrive souvent que la boutonnière est étroite, que l'anse herniée est volumineuse, distendue par des gaz ou des matières. Pour faciliter la réduction, le chirurgien peut recourir au débridement de la plaie pariétale, à la ponction capillaire de l'intestin, mais il est infiniment préférable de tenter la réduction directe par pression sur l'anse intestinale ou, si cela ne réussit pas, en le refoulant par un mouvement compressif rapide et alternatif des deux index rapprochés et se mouvant l'un contre l'autre.

Cet aspect particulier des plaies de l'intestin présente encore d'autres variétés qui méritent de nous arrêter un instant : ce sont celles qui résultent de la hernie traumatique isolée ou concomitante d'une certaine quantité d'épiploon. L'aspect de ce tablier graisseux avec ses petits lobules, sa coloration jaunâtre, ne prête guère à confusion; seul un épanchement sanguin dans les mailles graisseuses pourrait en altérer profondément l'aspect; il suffit, croyons-nous, d'être prévenu de la possibilité de ce fait.

L'évolution de cette hernie épiploïque a été l'objet, depuis des siècles, de bien des discussions chirurgicales qui sont aujourd'hui nettement tranchées; comme il y a là une question importante de traitement chirurgical, nous demandons la permission de nous y arrêter un instant. Les anciens avec Hippocrate croyaient que l'épiploon hernié était éliminé par gangrène; en réalité, ce n'est pas tout à fait par ce processus que ce bouchon graisseux diminue de volume.

Tantôt il se produit du gonflement, suivi de suppuration; tantôt, au contraire, la diminution s'opère graduellement pour aboutir au bout d'un certain temps à une disparition complète.

De ces faits était née la doctrine de la non-intervention dans les cas de ce genre; Hipp. Larrey et Robert avaient longuement insisté sur ce principe : le chirurgien, disaient-ils, *doit savoir attendre.* Il est incontestable que la guérison survient par ce mécanisme; mais elle est lente à venir, le blessé reste exposé aux douleurs de l'inflammation, à la suppuration; il persiste parfois une sorte de tumeur inflammatoire secondaire; on conçoit donc qu'avec les progrès de l'antisepsie et de la chirurgie abdominale, la pensée soit venue aux chirurgiens d'en finir immédiatement avec cet accident, en réduisant l'épiploon après l'avoir ou non réséqué, suivant l'état dans lequel il se trouve.

La hernie traumatique de l'épiploon se présente au chirurgien sous deux aspects principaux.

Premier cas. — Épiploon sain, peu serré dans le canal de la plaie.

Réduire après avoir au besoin débridé la plaie pariétale et nettoyé soigneusement la portion herniée.

2e cas. — Épiploon enflammé ou traumatisé. Ces lésions présentent tous les degrés depuis les petites sections jusqu'aux plaies contuses les plus violentes.

La question est aujourd'hui jugée : si l'on est appelé de bonne heure et que les lésions soient peu marquées, on peut procéder à la réduction immédiate, après avoir fait une toilette soigneuse de l'épiploon hernié. Mais pour peu que les lésions soient un peu marquées, il est infiniment préférable de faire la ligature suivie de l'excision immédiate de la portion traumatisée et de réduction.

Pouteau proscrivait la ligature en masse; lorsque la portion herniée n'est pas trop considérable, c'est cependant le procédé auquel il faut recourir, ainsi que le démontrent plusieurs observations publiées récemment dans la *Revue de chirurgie*, par notre collègue Hartmann. Le plus souvent il faut faire la ligature en chaîne, avec la soie phéniquée, en ayant soin d'attirer au dehors la plus grande quantité possible d'épiploon, pour faire porter le fil sur des parties absolument saines. Nous concluons donc à l'emploi de l'excision immédiate de l'épiploon hernié.

Si l'on était appelé trop tard, on pourrait se borner à l'ancienne méthode, ou recourir à l'excision secondaire fort recommandée par Mac Leod (d'Edimbourg), mais en ayant soin de la retarder autant que possible pour être sûr que ce travail inflammatoire qui préside à la formation des adhérences est absolument terminé.

B. Quand l'intestin blessé ne fait pas hernie au dehors, deux cas peuvent se présenter :

1° La plaie pariétale donne issue à des gaz fétides d'origine stercorale, et le sang qui s'écoule par la plaie est manifestement mélangé à des matières fécales; le diagnostic s'impose.

En même temps d'ailleurs que cette issue des matières fécales, apparaissent les premiers symptômes de la péritonite suraiguë : vomissements porracés, hoquet, altération des traits, ballonnement du ventre; dans ces circonstances, le blessé est presque sûrement perdu ; c'est en recourant à la laparotomie immédiate, suivie de la résection et de la suture des anses blessées, qu'on arrivera à lui donner les plus grandes chances.

On ne sera plus réservé dans cette intervention que si l'on est appelé tardivement, si l'examen des matières ou de la région blessée, ou encore les dimensions de la blessure permettent de supposer qu'il s'agit d'une plaie du gros intestin que nous avons vu se comporter d'une manière beaucoup plus bénigne.

2° Lorsqu'il n'y a pas d'écoulement de matières au dehors, le diagnostic est bien plus difficile ; or c'est précisément dans ces cas qu'il importerait beaucoup d'être fixé.

Cela s'observe surtout dans les petites plaies intestinales par balles de revolver et autres projectiles de petit calibre, et c'est surtout à propos de ces faits que les opinions sont partagées, relativement à l'intervention chirurgicale.

On a beaucoup parlé de la gravité des phénomènes généraux, de la douleur vive, localisée, profonde, de l'épanchement des gaz intestinaux dans la cavité abdominale, des vomissements de sang, des écoulements sanguins longtemps persistants, se faisant par la plaie cutanée dans une région où il n'y a ni gros vaisseaux ni viscères vasculaires, et ne pouvant provenir que des vaisseaux péri-intestinaux. En fait, ces signes acquièrent parfois une certaine importance, mais aucun d'eux n'a la valeur pathognomonique de l'épanchement de matières et de gaz, se faisant par la plaie cutanée.

Mais quelquefois ce signe pathognomonique n'a pas toute sa netteté; l'issue de quelques bulles de gaz légèrement odorantes n'est pas absolument démonstrative. Que faire alors pour compléter le diagnostic? Ne serait-ce pas le cas de recourir aux opérations exploratrices? Je n'ai pas la prétention de traiter ici complètement cette question, mais je crois être d'accord avec la presque totalité des chirurgiens français pour conseiller l'opération de la laparotomie exploratrice, avec l'idée bien arrêtée de n'en faire que le premier temps d'une opération curative complète, et de ne s'y limiter qu'en présence de lésions inextricables. Étant donnée l'innocuité considérable de ces opérations, on est en droit de se demander avec M. le professeur Guyon, d'accord d'ailleurs en cela avec M. Legouest et d'autres chirurgiens militaires, s'il n'y aurait pas lieu de revenir dans une certaine mesure sur les anciens arrêts des chirurgiens qui défendaient toute exploration par la plaie, et si on ne pourrait pas, avec toutes les précautions antiseptiques aujourd'hui usitées, débrider un peu largement la plaie pariétale pour pouvoir examiner dans de meilleures conditions avec le doigt l'état des viscères lésés profondément, et acquérir ainsi parfois une conviction ferme de perforation intestinale, le doigt introduit par la plaie agrandie ayant ramené des matières dont la nature ne serait plus alors douteuse. Cette exploration pourrait quelquefois être faite par la vue, la plaie pariétale étant largement débridée.

Mais dans les cas dont il est question, dans ces plaies par petits projectiles de revolver, le doute est souvent plus grand encore. Le chirurgien appelé dans les premières heures ne recueille aucun signe de valeur, tout au plus y a-t-il du ballonnement du ventre, sans aucune sensibilité. Que faut-il faire? Telle est la question délicate. Les uns, avec MM. Tillaux, Després, disent : « Il faut attendre, observer. » Les autres, à la suite de MM. le professeur Trélat, Bouilly, Reclus, Segond, Pozzi, conseillent d'intervenir. Nous n'avons pas à nous prononcer en dernière analyse ; on ne peut le faire qu'en présence d'un cas donné; mais pour toutes les raisons longuement énumérées plus haut, nous tenterions d'intervenir et de faire la laparotomie, d'abord exploratrice, avec toutes les précautions antiseptiques ; bien décidé d'ailleurs à poursuivre jusqu'au bout l'opération commencée.

Mais ces premiers symptômes des lésions intestinales disparaissent vite derrière le tableau symptomatique de la réaction péritonéale et plus tard de la péritonite par perforation. Nous n'avons pas à rappeler ici le tympanisme, le gonflement du ventre, les hoquets, les vomissements porracés, la fréquence et la petitesse du pouls, l'altération des traits; il nous suffit de savoir que la péritonite consécutive aux plaies de l'intestin est d'un diagnostic généralement facile, beaucoup plus facile en tous cas que dans la contusion.

En réalité c'est cette *réaction péritonéale* que l'on attend presque toujours et qui constitue pour le chirurgien l'indication chirurgicale. Tout le monde sans doute tend à penser qu'il est déjà bien tard, qu'il vaudrait mieux opérer plus tôt; mais en fait personne n'ose le faire, et nous ne pouvons que conclure avec les plus audacieux que le praticien doit être là, tout prêt à intervenir, la main sur le bistouri, attendant les toutes premières manifestations de la réaction péritonéale, n'oubliant pas surtout que les interventions du genre de celles que nous avons décrites ne réussissent plus pour les plaies de l'intestin avec la quinzième ou la dix-septième heure.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

345. M. Mavrikos. De l'érysipèle chez les nouveau-nés. — 346. M. Lacoste. Contribution à l'étude de la maladie de Parkinson (De quelques formes anomales). — 347. M. Sourice. La maladie kystique de la mamelle ou maladie de Reclus. — 348. M. Bargy. Contribution à l'étude clinique des ostéosarcomes. — 349. M. Duchesne. De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique. — 350. M. Caravias. Étude sur les vaselines liquides, comme véhicule dans la méthode hypodermique. — 351. M. Cédié. Traitement des loupes. — 352. M. Rojas. Contribution à l'étude du diabète sucré chez l'enfant. — 353. M. Suzor. La rage. — 354. M. Hommey. Contribution à l'étude anatomique des kystes du rein.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 24 août 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Arnold, Salètes, Pongis, Vignol, Debierre et Duroux, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Collin, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Salesse, pour le 53e d'infanterie; Aubertie, pour le 122e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Duval et Barreau, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, Mary, pour le 37e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Dieu, pour le 63e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Budin, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Quilliet est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Machelart, des fonctions de préparateur de chimie minérale.

M. Mathurin est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

— *Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.* — Prix de l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : prix, M. Mouillade; mention honorable, M. Bourdin. — Deuxième année : mention honorable, MM. Lucy et Malafosse. — Troisième année : prix, M. Gaudier. — Quatrième année : prix, M. Audry.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Moreau; première mention, M. Bourcet; deuxième mention, M. Defretière. — Deuxième année : prix, M. Ducher.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont nommés pour deux ans :

Aide de physique, M. Roby, en remplacement de M. Gaunac dont le temps d'exercice est expiré; — aide de chimie, M. Massal; — aide d'histoire naturelle, M. Zaleski, en remplacement de M. Gaziglia, dont la délégation est expirée; — aide d'histologie, M. Arrivat, en remplacement de M. Masméjean, dont la délégation est expirée; — aide de physiologie, M. Cannac, en remplacement de M. Abelous, dont la délégation est expirée; — aide d'anatomie, M. Mouret, en remplacement de M. Batigne, dont le temps d'exercice est expiré; — aide de médecine opératoire, M. Teulon, en remplacement de M. Castagné, dont la délégation est expirée; — aide d'anatomie (pour un an), M. Castan.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Étienne, chef de clinique chirurgicale, est maintenu dans ses fonctions pour un an à partir du 1er juillet 1887.

— *École de médecine et de pharmacie de Toulouse.* — M. Noguès, professeur de clinique interne, est nommé professeur honoraire.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Lignier, docteur ès sciences naturelles, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de botanique.

— *Faculté des sciences de Lille.* — Sont maintenus dans leurs fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888 :

MM. Buisine, chef des travaux pratiques de chimie, et Paillot, chef des travaux pratiques de physique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Rigollot est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Douliot, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale) en remplacement de M. Granjon, décédé.

— Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes suppléants en médecine à l'asile public d'aliénés de Brou, près Lyon, s'ouvrira le 5 décembre 1887.

Pour tous renseignements s'adresser à la direction de l'asile.

— M. le docteur Variot est nommé médecin de l'infirmerie centrale des prisons du département de la Seine, en remplacement de M. le docteur Albert Josias, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Frison, médecin principal en retraite, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bastia.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Henri Legendre, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé ces jours derniers à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le charbon des animaux et de l'homme, par M. Straus, professeur agrégé. 1 vol. in-8 de 223 pages, avec 4 figures et une planche. — Prix : 6 francs. — Paris, 1887. Delahaye et Lecrosnier.

Étude de posologie hydrominérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation, par le docteur Lahilonne, brochure grand in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1887, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21585

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

LA PROFESSION MÉDICALE
ET L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR (1)
— EN FRANCE —

Dans les articles précédents, nous avons voulu donner une idée de ce qu'était la situation du médecin dans la plupart des autres pays. Presque partout, se pénétrant encore de la vieille règle romaine, on assimile l'exercice de l'art de guérir à un commerce proprement dit. Tantôt ce commerce est laissé pleinement libre; tantôt il est monopolisé entre les mains de certaines sociétés; tantôt l'État le réglemente à sa fantaisie. Mais dans tous les cas, par cela seul qu'on se place au point de vue commercial, le médecin se trouve exposé, de la part de ceux qu'il a soignés, à des poursuites analogues à celles que motive dans le commerce la tromperie sur la qualité de la marchandise vendue. L'ignorance, l'impéritie pouvaient déjà être alléguées sous la législation romaine et devenir la base d'une action en réparation pécuniaire. L'homme qui, exerçant le commerce de la médecine, avait mal soigné un esclave, par exemple, l'avait mal opéré et se trouvait ainsi avoir causé la mort de cet esclave, devait en rembourser au maître la valeur. C'était donc au juge de décider si le malade avait été bien soigné ou non : et il en est encore exactement de même chez les peuples modernes qui considèrent les choses au point de vue romain. En Angleterre, en Amérique, etc., nous pourrions citer des procès, absolument contemporains, dans lesquels la fortune, la considération, la liberté même de médecins étaient mises en cause sur la plainte de leurs clients. Or, il faut bien le dire, si les juges reçoivent par leur investiture le pouvoir de se prononcer souverainement sur toutes les questions, ils ne reçoivent pas en même temps la compétence nécessaire. La chose jugée doit être tenue pour vérité : c'est une règle de droit. Nul n'est admis à contester après coup cette vérité dans tel ou tel cas particulier. Mais, d'une façon générale, et sans violer aucune règle, il est permis de dire que, si la vérité se trouve dans les sentences des juges, c'est par suite d'un heureux hasard.

Il est vrai que, dans les cas où leur incompétence est par trop notoire, les magistrats peuvent avoir recours à des expertises, faire comparaître devant eux des hommes spéciaux. Mais est-ce une ressource suffisante? Gallien nous raconte que le médecin le plus distingué et le plus savant de son époque, Quintus, se vit chasser de Rome et interdire l'exercice de la médecine pour impéritie, sur l'avis même de ses confrères, jaloux de lui. Cette fois les magistrats n'avaient pas négligé, avant de rendre leur sentence, de consulter les gens du métier.

Ce n'est donc pas une sécurité pour le public, mais c'est un danger permanent pour les médecins, que de confier aux magistrats le contrôle des capacités et des actes professionnels.

I

En France le système est différent. Les connaissances spéciales, et par conséquent les capacités professionnelles, de ceux qui exercent la médecine ont dû être établies d'avance par toute une série d'examens, subis devant une Faculté, et par un diplôme obtenu après plusieurs années d'études. Les juges n'ont rien à y voir. Celui qui possède le diplôme de docteur ne peut jamais être accusé d'impéritie. Celui qui ne le possède pas, s'il est officier de santé, n'a qu'une capacité limitée par la loi. Mais dans ces limites il est couvert par rapport aux accusations d'impéritie. Quant à celui qui se trouve dépourvu de tout diplôme, il lui est interdit de faire acte de médecin, quelle que soit sa science, et les magistrats en ce cas ne sont encore appelés à juger que le fait même de l'absence de diplôme.

On n'a même pas à s'inquiéter de savoir si l'on traite par des remèdes proprement dits, capables de nuire, ou par des pratiques d'ailleurs innocentes, par des passes magnétiques, par simple action morale. Le délit est toujours le même, ainsi que l'a jugé la Cour de cassation dans son arrêt du 18 juillet 1884, relativement à un fameux zouave qui guérissait en déclarant qu'on était guéri.

« Attendu, en droit, dit cet arrêt, que la disposition de « cet article (l'article de la loi du 19 ventôse an XI, qui interdit la médecine aux non-diplômés) est générale et absolue, qu'elle ne subordonne pas l'existence de l'infraction « qu'elle prévoit à telle ou telle condition particulière, à telle « ou telle prescription ou administration de médicaments, « mais qu'elle frappe, abstraction faite du mode de traitement pratiqué, tout exercice de l'art de guérir sans diplôme de médecin ou d'officier de santé, etc. »

Cette jurisprudence, d'ailleurs, n'est point nouvelle. Déjà

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 693, 738.

antérieurement, la Cour de cassation avait consacré les mêmes principes et, notamment par un arrêt du 24 décembre 1852, par un autre arrêt du 27 mars 1854, déclaré que toute pratique, quelle qu'elle pût être, employée envers un malade, à titre de médication, par qui n'avait pas de diplôme, tombait également sous le coup de la loi comme constituant un acte d'exercice illégal de l'art de guérir.

La prétention d'intervenir administrativement pour accorder aux uns le droit d'exercer la médecine, sans avoir le diplôme exigé par la loi, pour refuser à d'autres le droit de l'exercer où ils le voudraient, sous prétexte d'impéritie, alors qu'ils seraient munis de ce diplôme, cette prétention, dis-je, s'appuyant sur les vieilles traditions romaines, bien que tout fût changé dans la législation médicale, s'est produite plus d'une fois en France : mais c'était un anachronisme.

Si l'État, représenté par un ministère ou par un préfet, eût substitué pratiquement sa volonté à l'existence du diplôme de capacité, tout le système qui nous régit était renversé par sa base. Le particulier qui s'est adressé à un médecin n'est pas obligé d'en croire l'État quand celui-ci, sans autre preuve que son caprice, lui dit que cet homme a reçu toute l'instruction nécessaire. Il peut soutenir le contraire et demander réparation du dommage qu'on lui a causé par impéritie, s'il se croit victime de l'ignorance de l'homme autorisé ainsi à exercer la médecine.

II

Le système français a cela de particulier que l'exercice de la médecine n'y est nullement assimilé à un commerce proprement dit. Si le médecin, dont la capacité professionnelle est attestée par son diplôme, n'est en rien soumis à ce point de vue au contrôle des juges ordinaires, il ne ressort pas davantage, bien entendu, des tribunaux de commerce. Ce n'est pas un commerçant, bien qu'il paye une patente ; car, cette patente, les avocats la payent également : et les avocats constituent une corporation régie actuellement d'après les vieilles règles qui régissaient cette corporation avant la Révolution française et qui interdisent à ses membres, sous peine d'expulsion immédiate, tout acte ressemblant à un acte de commerce, toute stipulation relative aux honoraires futurs, toute demande en paiement devant les tribunaux.

Pour les médecins, on n'est pas allé tout à fait aussi loin. Ils sont admis pendant un an à réclamer les honoraires qui leur sont dus. Mais, comme on le voit, la prescription en ce qui les touche est excessivement courte et s'ils s'avisaient de faire souscrire d'avance à leurs clients la promesse d'une somme déterminée pour un traitement qu'ils entreprendraient, il est très douteux qu'un tel billet trouve grâce devant les juges (1).

Le régime des patentes est un régime à part. Parmi ceux qui, non commerçants, payent cet impôt, nous venons de citer les avocats. Il faut y ajouter la classe des officiers ministériels, tels que greffiers, huissiers, etc., qui, remplissant un office public et à ce titre faisant foi dans leurs actes jusqu'à inscription de faux, ne sauraient être considérés comme des commerçants ordinaires ; car la juridiction de laquelle ils ressortent, est la juridiction criminelle.

Tous ces patentés, qui n'ont rien à faire avec les tribunaux commerciaux, ne sont pas appelés à voter lors de l'élection des juges de commerce. Un arrêt de la Cour de cassation, du 10 janvier 1885, le déclare formellement : « Les « patentés qui ne font pas des actes de commerce leur « profession habituelle, tels que médecins, vétérinaires, « huissiers et greffiers, ne doivent pas être inscrits sur les « listes électorales des tribunaux de commerce. »

III

Il en est tout différemment pour les pharmaciens.

En effet, en France, les principes posés par une jurisprudence unanime sont les suivants :

Si les médecins ne peuvent être en aucune manière assimilés à des commerçants, les pharmaciens sont des commerçants régis par le code de commerce et par toutes les lois commerciales.

Sur ce dernier point nous pouvons citer, parmi les documents récents, un arrêt de la Cour de Paris rendu le 20 janvier 1886.

« Considérant, dit cet arrêt, que les pharmaciens sont des « commerçants ; que leur profession rentre dans la pre« mière catégorie spécifiée dans l'article 632 du code de « commerce ; qu'ils achètent des marchandises pour les « revendre et en tirer un bénéfice ; qu'ils sont considérés « comme commerçants, soumis à la juridiction commer« ciale, ainsi qu'aux prescriptions du code de commerce ; « considérant que vainement on prétend trouver dans les « règles particulières auxquelles est soumise cette profes« sion, dans les restrictions qui lui sont imposées et dans « les études auxquelles on oblige les pharmaciens, la preuve « qu'elle doit être considérée comme une profession libé« rale, etc. »

La conclusion est que les sociétés de pharmacie peuvent également être assimilées à des syndicats professionnels et intervenir, en cette qualité, dans les poursuites exercées contre ceux qui vendraient, aux poids pharmaceutiques, des substances médicamenteuses sans avoir reçu le diplôme de pharmacien.

IV

En ce qui touche les médecins, les décisions de la jurisprudence sont toutes dans un sens diamétralement contraire. Nous avons déjà cité plus haut un arrêt de la Cour de cassation décidant que les médecins ne doivent pas être inscrits sur les listes électorales des tribunaux de commerce bien que patentés ; un autre arrêt de cette même cour, daté du 25 juin 1885 et beaucoup trop long pour être cité textuellement ici, leur refuse le droit de se constituer en syndicats professionnels, comme le peuvent faire les commerçants et industriels, d'après la loi du 21 mars 1881, pour défendre leurs intérêts, en poursuivant ceux qui font acte de concurrence déloyale.

« Attendu, dit l'arrêt, que la loi sur les syndicats profes« sionnels n'a point été rendue applicable à toutes les pro« fessions, que les travaux préparatoires ont constamment « affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les « effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit « comme ouvriers ou salariés, à l'industrie, au commerce

(1) L'interdiction formelle, édictée expressément par la loi même, relativement aux médecins, de recevoir de leurs clients des hérédités ou des legs, en dehors des legs rémunératoires représentant les honoraires que ce client leur eût payés s'il eût vécu, rentre dans la même série d'idées. Ce n'est point parce qu'il peut exercer une pression morale que le médecin ou le confesseur ne peut devenir héritier, car les domestiques, les dames de compagnie, etc., peuvent exercer une pression morale encore plus forte, et cependant sont valablement institués, ainsi qu'on le voit toujours : c'est parce qu'il est prêtre ou médecin, exerçant à ce titre une mission spéciale.

« ou à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes « et de toutes autres professions ; que la loi n'est pas moins « absolue dans ses termes, etc. »

L'exercice de la médecine, par ceux qui n'ont pas de diplôme, n'est pas en effet considéré comme une atteinte portée aux intérêts de tel ou tel groupe de médecins diplômés, mais est puni comme une infraction à une loi protectrice de la santé publique, loi qui, pour exiger le diplôme, pour organiser tout le système qui nous régit, s'est inspirée d'intérêts supérieurs aux intérêts individuels, quelque respectables qu'ils soient.

La pratique de la médecine n'étant pas regardée comme un commerce, ce n'est pas dans le but spécial de constituer un monopole en faveur d'une classe déterminée qu'on l'a interdite à quiconque ne possédait pas de diplôme. C'est pour ne pas livrer aux juges incompétents la décision suprême dans ces questions si graves, si délicates, de la direction de la santé, de la marche à suivre et de la détermination à prendre alors qu'il s'agit de vie ou de mort. En exigeant un certificat de compétence, obtenu d'avance devant ceux qui, seuls, sont aptes à le délivrer, la loi de ventôse ne s'est donc inspirée que de l'intérêt public. Or, toutes les lois pénales motivées par l'intérêt public ne peuvent être appliquées que sur la réquisition de la magistrature debout, constituée particulièrement pour cela. Les médecins, individuellement ou collectivement, les sociétés de médecins, qu'elles s'appellent syndicat ou autrement, n'ont donc nullement à s'en mêler (1) : telle est la jurisprudence actuelle, d'autant plus affirmative dans ce sens que la constitution de syndicats professionnels pour les commerçants, industriels ou agriculteurs, lui fournissait l'occasion d'insister sur les différences qui séparent, dans les lois françaises, la profession du médecin, libérale par excellence, de toutes ces professions dont la recherche du gain est la seule préoccupation.

Suivant la jurisprudence, les règles et les devoirs de sa profession interdisent au médecin de « faire commerce de son art », c'est ce que déclare formellement un arrêt de la cour de Paris, du 31 mai 1866, jugeant, pour cette raison, nulle et illicite une association entre médecin et pharmacien.

« Considérant, porte cet arrêt, que, par cette convention, « ils ne manquaient pas seulement tous les deux aux règles « et aux devoirs de leur profession : le médecin, en *faisant « commerce de son art* et en se créant un intérêt à prescrire « des remèdes superflus, le pharmacien en se prêtant à cette « spéculation abusive et en privant les malades du seul « contrôle qui puisse prévenir le danger des préparations « médicales infidèles ou défectueuses (2), etc. »

V

Dans une législation tout dépend du point de vue auquel on se place. Souvent ce point de vue tient lui-même aux vieilles traditions du pays, aux habitudes de la vie, aux manières de voir qui y subsistent depuis un temps immémorial. Qu'on l'approuve ou non, le fait est que le régime actuel, en ce qui touche la médecine, bien que s'étant développé peu à peu, est la suite directe et la conséquence d'un régime antérieur, qui, progressivement, s'était créé durant des siècles. Les médecins occupaient une place très haute dans l'ancienne société. Bien qu'on n'ait pas conservé pour eux, comme pour les avocats, l'organisation en corporation, on n'a pas voulu les faire déchoir.

Non seulement c'est la plus libérale, mais c'est la plus libre des professions. Par le diplôme, elle est couverte contre la plupart des dangers qui la rendent ailleurs si précaire ; et dans le secret, devoir que la loi lui *consacre*, si je puis m'exprimer ainsi, elle trouve la meilleure sauvegarde pour son indépendance et pour sa dignité.

« Aux termes d'une jurisprudence constante, déclare avec raison la première chambre du tribunal du Havre, dans un jugement daté du 30 janvier 1886, celui que la loi oblige au secret professionnel est seul juge, en son âme et conscience, de la question de savoir s'il a été, ou non, consulté sous le sceau du secret. » Et elle ajoute que le médecin, affirmant se considérer comme astreint au secret, « ne peut dès lors sous aucun prétexte être contraint de violer ce secret : qu'on ne s'explique vraiment pas comment, alors que le ministère des médecins n'est pas obligatoire, alors que les familles ne peuvent exiger d'eux certaines révélations, les compagnies d'assurances sur la vie peuvent avoir l'étrange prétention d'obliger les médecins à fournir des certificats et à révéler en leur faveur le secret qu'ils sont tenus de garder ».

Comme on le voit par les derniers mots de cette citation, le procès qu'avait à juger le tribunal du Havre était motivé par les exigences d'une compagnie d'assurances sur la vie. Cette compagnie invoquait ses statuts pour refuser de payer la prime à l'occasion de la mort d'un de ses assurés, tant que le médecin qui l'avait soigné dans sa dernière maladie ne constaterait pas par écrit la nature, la marche, la durée de cette maladie. Le tuteur des enfants du défunt, afin de toucher la somme en question, avait mis en cause devant le tribunal le médecin, qui, de son côté, avait appelé en garantie le syndicat des médecins du Havre. Il faisait partie de la société qui portait ce nom et qui interdisait à tous ses membres de délivrer, directement ou indirectement, aucun certificat pour les sociétés d'assurances sur la vie. S'il s'était agi d'un de ces intérêts en vue desquels les syndicats commerciaux ou industriels se sont constitués, la jurisprudence de la Cour de cassation, nous l'avons vu, n'aurait pas permis l'intervention d'un syndicat de médecins. Mais le tribunal du Havre a parfaitement compris que, si les médecins n'étaient pas admis à se coaliser, sous un nom quelconque, pour faire la guerre aux charlatans, ils avaient le droit de se réunir pour mesurer ensemble la portée de leurs devoirs professionnels et se soutenir dans leur observance. La société de médecins du Havre nommée *syndicat* a donc pu, dans cette circonstance, contribuer au gain du procès soutenu par l'un de ses membres; et la partie adverse a été condamnée à payer tous les frais, « attendu, dit le jugement, que l'appel en garantie du syndicat des médecins du Havre a été nécessité par les prétentions, reconnues mal fondées, de....., qui, succombant, doit supporter tous les dépens ».

Ceci n'est, il est vrai, qu'un simple jugement de tribunal de première instance ; mais il est conforme à la doctrine, et il fait bien voir que ce que la jurisprudence veut interdire aux médecins, ce n'est pas de se constituer en sociétés portant tel ou tel nom, c'est de s'assimiler aux commerçants et d'invoquer les lois commerciales.

(1) Cette doctrine a surtout pris corps depuis la loi nouvelle sur les syndicats commerciaux, etc. Auparavant, de nombreuses décisions judiciaires, entre autres un arrêt de la cour d'Amiens, permettaient aux médecins d'une localité de se porter collectivement partie civile contre les charlatans de cette région.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1866, pp. 299 et 300.

VI

Les lois qui les regardent sont celles qui s'appliquent à tous les citoyens : par exemple le paragraphe 12 de l'article 475 du code pénal relatif aux réquisitions faites en cas de flagrant délit, ou de tumulte, etc., par un magistrat ou un dépositaire quelconque de la force publique. La Cour de cassation a jugé plusieurs fois, notamment le 24 juillet 1884, qu'en cas pareil, le médecin, comme tout autre, pouvait être requis pour faire un acte de sa profession; tel que l'est, en ce qui le touche, une constatation de médecine légale. Mais l'arrêt même que nous citons montre dans quelles étroites limites se trouve renfermé ce droit de réquisition.

Le magistrat a beau affirmer, dans la pièce officielle adressée par lui au médecin requis, l'existence du flagrant délit, cela ne suffit pas pour obliger le médecin à lui obéir, si en fait le flagrant délit n'existe pas.

La question était soulevée à ce propos. Dans une rixe, plusieurs individus avaient été blessés. Ils avaient consulté le médecin du lieu. Quelques jours après, le juge de paix, désirant avoir un rapport sur la nature et la gravité des coups reçus, s'adressa à ce médecin, qui refusa. Une réquisition en règle, sous prétexte de flagrant délit, n'eut pas plus de succès. Le médecin aurait pu, dans ce cas, invoquer le secret médical, puisqu'il avait été consulté volontairement par ceux qu'on lui demandait, après cela, d'examiner au point de vue médico-légal. Mais il se contenta de nier le flagrant délit, seule circonstance permettant au magistrat de lui donner des ordres. Il l'emporta devant le tribunal de simple police; il l'emporta également devant la Cour de cassation.

« Attendu, dit celle-ci, que l'article 475, § 12, n'est applicable qu'autant que la réquisition faite par l'officier de police judiciaire compétent a lieu dans un des cas d'urgence ou de flagrant délit auxquels ledit article se réfère limitativement et qui, seuls, justifient l'exercice du droit de contrainte par l'autorité publique; attendu qu'il résulte, en fait, des constatations du procès-verbal et du jugement, que la rixe, qui avait été l'occasion des blessures, avait eu lieu à une époque, qui n'est pas précisée, mais qui était antérieure de plusieurs jours aux réquisitions; que, depuis, la gendarmerie avait procédé à une enquête; qu'ensuite le parquet a été consulté, qu'il a envoyé des instructions au juge de paix; et que c'est seulement à la suite de ces instructions, qu'à la date du 7 mars, ce magistrat a adressé ses réquisitions au docteur.....; attendu que, si le juge de paix a, dans ses réquisitions, déclaré agir en flagrant délit, cette énonciation, contredite par les termes de ces mêmes réquisitions, desquels il résulte qu'elles survenaient plusieurs jours après le fait délictueux, ne saurait avoir pour effet de rendre applicable, dans l'espèce, le paragraphe 12 de l'article 475, etc. »

Ainsi en France, sous le régime de la loi de ventôse, le médecin ne peut jamais, sauf dans le cas de flagrant délit, être contraint par un magistrat, ou par qui que ce soit au monde, à faire acte de sa profession.

Comme le rappelle le tribunal du Havre, son ministère n'est pas obligatoire. Personne n'est obligé de recourir à lui. Mais, en revanche, de son côté, il n'est obligé de prêter à personne son ministère. On ne le voit pas, comme dans certains États américains, perdre la meilleure partie de son temps à des besognes administratives qui ne lui rapportent rien et lui sont imposées sous des peines sévères. Dans certaines parties de l'Amérique, tout magistrat peut appeler, quand il lui plaît, un médecin pour lui faire un rapport de médecine légale. Le médecin ne reçoit rien pour cela : mais il est contraint d'obéir : et les journaux racontaient récemment l'histoire d'une notabilité du corps médical, d'un médecin très occupé, qui, dérangé ainsi de ses affaires, appelé *gratis* devant le juge, fut envoyé par celui-ci en prison parce qu'il ne voulait pas répondre à toutes les questions qu'on s'amusait à lui poser.

De pareils scandales ne sont pas possibles sous la législation française.

VII

Dans les pays où l'on considère la médecine comme un commerce que l'autorité est appelée à réglementer, on en vient tout naturellement à se dire que ce commerce ressemble, par certains côtés, à celui des denrées nécessaires à la vie : et que les pouvoirs locaux ont le droit de tarifer les soins médicaux, comme ils peuvent tarifer le prix du pain, le prix de la viande, etc. C'est ainsi qu'il existe, nous l'avons vu, des tarifs médicaux pour les médecins du gouvernement dans certaines colonies anglaises et qu'il en existe ailleurs s'appliquant indifféremment à tous ceux qui exercent l'art de guérir.

Nous citerons, par exemple, celui qui est actuellement en vigueur devant des tribunaux allemands et qui, publié récemment, nous a paru vraiment dérisoire.

En France, les principes qui régissent la matière sont tout autres. Voici comment les exposait le tribunal civil de Paris, dans un jugement rendu le 1er août 1884 :

« Il s'établit, entre le médecin et la clientèle, une convention explicite, résultant du paiement des honoraires réclamés lors de la première maladie ou opération, pour fixer le prix de ces honoraires à l'avenir. »

Ainsi, entre le client, libre de ne pas s'adresser à tel médecin, et le médecin, libre de ne pas donner ses soins à tel client, il peut s'établir : soit une convention expresse, fixant les prix des visites et opérations, soit une convention tacite, résultant, ou de la connaissance que le client peut avoir d'ailleurs des prix habituels du médecin, ou simplement des premiers paiements qui lui ont fait connaître ces prix avec certitude.

Le droit pour le médecin d'élever ses tarifs, suivant sa situation scientifique, ses convenances, etc., est expressément consacré par le même jugement : mais, bien entendu, sous cette réserve que le médecin ait fait connaître, aux clients qu'il avait déjà, l'élévation de ses tarifs.

« Le médecin, ajoute le tribunal de la Seine, qui a le droit de fixer un taux plus élevé pour l'avenir, doit prévenir ses clients et les mettre à même de continuer à recevoir ses soins aux conditions nouvelles ou de changer de médecin. »

Ainsi, du moment où les prix du médecin ont été acceptés par son client, d'une manière expresse ou tacite, par le paiement d'une première note, etc., quels que soient ces prix, le client n'est jamais admis à les prétendre exagérés.

Reste la question, plus délicate, d'une première demande d'honoraires, sans qu'aucun paiement antérieur ou qu'aucune convention formelle entre les parties ait précédé cette demande.

En pareille circonstance, s'il y a discussion sur les prix, la jurisprudence la plus moderne veut que le tribunal s'éclaire en s'informant auprès des médecins de la même région. C'est un des cas où l'intervention d'une société médicale peut devenir très efficace.

Telles sont les règles en ce qui concerne les tarifs.

VIII

Mais il reste encore à savoir comment le médecin pourra établir la réalité de sa créance, si son client s'avise de la contester.

Ici, il faut bien le dire, nous sortons complètement des règles ordinaires de nos codes français. En effet, sous le régime de la loi de ventôse, comme sous le régime antérieur, le médecin occupe une place tout à fait à part. Ce n'est point un commerçant. Il n'a donc pas le droit de tenir des livres de commerce faisant foi contre ses clients. D'une autre part, il est impossible, et il n'est jamais venu à l'esprit d'aucun juge, d'appliquer à ses honoraires le principe du code civil d'après lequel une dette dépassant 150 francs ne peut être prouvée en l'absence d'un commencement de preuve par écrit émanant de la partie adverse.

Nous avons déjà dit que les traditions médicales répugnent à la stipulation faite par écrit, d'avance, d'une somme déterminée pour un traitement à entreprendre. On ne va pas aussi loin que pour les avocats qui sont expulsés de la corporation s'ils se permettent d'exiger un écrit pareil. Mais enfin, pour le médecin, cela paraîtrait une atteinte à la dignité du corps médical.

D'une autre part, il n'est pas possible de ne pas tenir compte de l'ingratitude humaine et d'empêcher le médecin de se faire payer de force par les clients qui méconnaissent après coup les services qu'il leur a rendus. Limiter à 150 francs, dans tous les cas, ses demandes possibles, ce n'eût pas été une idée sérieuse. Aussi la jurisprudence a-t-elle maintenu, en ce qui le touche, l'état de choses qui précédait la rédaction du code civil et s'est-elle appliquée à en formuler la doctrine.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que le médecin ou chirurgien peut, quelle que soit la somme réclamée, se passer d'une preuve par écrit émanée de la partie adverse. Le fait d'être allé le consulter ou de l'avoir appelé chez soi est un commencement de preuve suffisant pour tenir, suivant la jurisprudence, la place du commencement de preuve par écrit exigé pour toute autre dette en dehors des lois commerciales.

Mais une certaine divergence dans les opinions s'est produite sur le point de savoir si l'affirmation seule du médecin pouvait faire foi jusqu'à preuve contraire. Telle est la doctrine d'un arrêt d'après lequel les clients d'un médecin, ayant implicitement accepté de s'en référer à la bonne foi du praticien, auraient charge de prouver, en cas de contestation, l'exagération de sa note.

Cette doctrine est celle qui se conforme le mieux aux traditions dans une matière dont toute la réglementation est traditionnelle.

Dans un jugement récent le tribunal de Libourne s'est un peu écarté de l'avis de la Cour. Ne pouvant transformer d'ailleurs en commerçants les médecins, contre une jurisprudence constante et unanime, il a voulu les considérer comme des quasi commerçants. Son idéal serait de les voir tenir une comptabilité, strictement régulière, sur des registres spéciaux imités de ceux du commerce : et il exprime ce désir, mais tout en reconnaissant d'ailleurs que rien n'oblige les médecins à s'y conformer.

« Il faut reconnaître, dit-il, que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoins du nombre de leurs visites, alors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant; que sans doute leurs livres ne sauraient, au même titre que ceux des commerçants, faire foi en justice ; mais que les tribunaux peuvent y puiser des présomptions suffisantes pour fixer leurs convictions. »

Ce tribunal de première instance ne s'est pas aperçu des contradictions que présente le système qu'il veut substituer à la doctrine de la Cour. Il reconnaît, en effet, d'une part, que les registres des médecins ne font pas preuve, comme ceux des commerçants, et, d'une autre part, il demande des documents de comptabilité d'un caractère *suffisamment probant*. Il est vrai qu'en fait ses exigences sont plus modestes.

« Attendu, en fait, que le docteur***, quoique n'ayant malheureusement pas l'habitude de recourir à la comptabilité spéciale des médecins, dont la tenue strictement régulière présente les plus sérieuses garanties, a cependant fourni au tribunal un *agenda* régulièrement tenu offrant des caractères suffisants de sincérité; que ce document, rapproché d'autres éléments de la cause, et notamment de la nature de la maladie traitée, etc. »

Les derniers mots « rapprochés de la nature de la maladie traitée » semblent constituer une incitation à la violation du secret médical; mais telle n'était certainement pas la pensée de ce tribunal en prononçant ce jugement, dont la rédaction laisse beaucoup à désirer, mais qu'on n'a pas eu à déférer à la Cour de cassation. En effet, le dispositif, c'est-à-dire la conclusion pratique des motifs, est ici très juste, puisqu'il donne raison au médecin, dont la demande a été jugée n'être nullement exagérée.

Notons que nous avons lu dans un journal de médecine, au sujet de ce jugement, les commentaires les plus singuliers, montrant chez leur auteur la plus complète ignorance des principes. En droit comme en médecine, il ne suffit pas pour un journaliste de copier : il faut encore savoir comprendre.

IX

Le régime de la loi de ventôse, ce régime qui est, somme toute, si favorable au médecin, puisque, se basant sur la preuve de capacité fournie d'avance par le diplôme, séparant à ce point de vue l'exercice de l'art de guérir de tous les commerces dont l'exercice est libre en France, il supprime par cela même les appréciations du tribunal sur l'utilité de telle opération, sur l'indication de tel remède, etc., ce régime, dis-je, ne s'applique point aux dentistes.

Aucune loi semblable à la loi de ventôse n'est intervenue pour les dentistes. Aucune preuve de capacité n'est également exigée d'eux. Leur profession est ouverte à tous, absolument libre, semblable en cela aux industries et aux commerces, pour lesquels le droit d'appréciation des juges peut s'exercer souverainement. Peu importe que le dentiste soit un docteur en médecine, un homme de science. S'il fait acte de dentiste, et non point acte de médecin, il rentre dans le droit commun. Il n'est plus admis à invoquer les privilèges de son doctorat, puisque la loi ne réclamait pas ce doctorat pour l'état de dentiste et par conséquent puisque les juges n'ont nullement à en tenir compte à propos d'un commerce libre. C'est, dira-t-on, une lacune de la loi. Nous sommes un peu de cet avis. Mais la jurisprudence ne crée pas de privilège sans avoir pour motif, au moins éloigné, une loi formelle.

Les dentistes donc sont, chez nous, exposés aux mêmes avanies qui menacent les médecins dans les pays où ces

derniers n'ont pas la faveur d'un régime exceptionnel, semblable à celui qui résulte de la loi de ventôse.

Non seulement, on peut discuter l'utilité des opérations qu'ils ont faites ; mais, si le tribunal est d'avis que ces opérations ont causé préjudice à ceux qui les ont subies, il peut prononcer à ce sujet, pour réparer ce préjudice, contre les dentistes, une condamnation à des dommages et intérêts, dont il est seul appelé à fixer le montant. Les juges retrouvent pleinement ici ce pouvoir tout discrétionnaire et souverain d'appréciation auquel ils renoncent à présent quand il s'agit d'un acte de médecin, fait par un médecin possédant le diplôme légal.

Pour celui-ci, les seules questions à soumettre aux juges sont celles de faits commis par intentions coupables, constituant des crimes ou des délits ; ou d'une faute indépendante des connaissances médicales, telle qu'ivresse complète d'un chirurgien au moment d'une opération ; ou d'une négligence coupable, appréciable par le simple bon sens, telle qu'apposition d'un appareil étranglant un membre au point d'en produire la gangrène et maintien de cet appareil jusqu'à ce résultat obtenu (Cour de cassation, 23 juillet 1862) (1).

Pour le dentiste, quels que soient d'ailleurs ses titres étrangers à l'état de dentiste, le tribunal est juge de sa manière de faire. Il peut le condamner pour impéritie sans tenir compte de l'opinion des experts les plus compétents, car jamais l'avis, tout consultatif, d'un expert ne lie en rien un tribunal.

C'est ainsi que l'on doit comprendre un jugement récemment rendu par le tribunal de la Seine (1re chambre, 9 juin 1887).

Ce jugement est regrettable, car il atteint un savant connu, estimé par tous, un docteur qui voudrait voir tous les dentistes devenir docteurs comme lui et qui dirige l'école destinée à leur donner, en attendant, le commencement de connaissances indispensable pour exercer honnêtement leur profession libre.

Mais il ne faut pas s'imaginer qu'il atteint en aucune façon ceux qui exercent la médecine, comme l'ont prétendu plusieurs journaux.

Le docteur D... a été traité par le tribunal comme un simple dentiste, c'est-à-dire, au point de vue légal, comme le premier venu s'avisant d'exercer une industrie libre. Le tribunal était donc dans son droit, dans son droit strict, et ne songeait nullement à empiéter sur les privilèges de la profession médicale, — ainsi que le démontre d'ailleurs la suppression intentionnelle du titre de docteur en parlant de M. D..., — quand il a prononcé le jugement suivant :

« Le tribunal..., jugeant en dernier ressort... attendu que « la demoiselle R. affirme qu'elle n'avait pas consenti à ce « que D... lui posât un ratelier;

« Que l'ablation de ses dents a eu lieu sans que le dentiste « lui en fasse connaître l'objet; que par la suite et pour terminer tout différend, elle prétend qu'il a été convenu « qu'on ne lui réclamerait pas d'honoraires, pas plus qu'elle « ne réclamerait de dommages ;

« Attendu qu'enfin D... n'a pas posé de ratelier à l'appelante, que dès lors l'ablation de ses dents a été une opération inutile pour elle et purement nuisible;

« Attendu que la demande de D... limitée à cinquante « francs et le long temps écoulé avant sa réclamation en « justice rendent vraisemblables les allégations de la « demoiselle R.;

« Que dans tous les cas, l'opération pour laquelle des « honoraires sont demandés ne lui a pas profité;

« Par ces motifs : Reçoit la demoiselle R. appelante du « jugement rendu contre elle par le tribunal de Paix du « VIe arrondissement de Paris le 4 février 1886, enregistré, « et y disant droit, infirme le dit jugement, et faisant ce « que le premier juge aurait dû faire;

« Déclare D... » mal fondé dans sa demande principale « et déclare la demoiselle R. mal fondée dans sa demande « reconventionnelle, les en déboute.

« Fait masse des dépens de première instance et d'appel, « pour être supportés un tiers par la demoiselle R. et deux « tiers par D... » (Tribunal civil de la Seine, 7e chambre, 7 juin 1887).

Ce jugement nous montre d'ailleurs, à nous autres médecins, ce qui nous menacerait le jour où la profession médicale deviendrait un commerce libre ; ce qui menace actuellement déjà les médecins dans la plupart des autres pays, où ils n'ont pas, pour les couvrir, le régime de la loi de ventôse et de la jurisprudence progressive basée sur cette loi.

Nous ne voulons pas dire que ce régime soit absolument l'idéal. Il y aurait évidemment certaines améliorations à y apporter, et nous nous réservons d'en parler quand approchera la discussion des projets de loi actuellement soumis aux chambres françaises. Mais c'est un des moins défectueux de ceux qui existent par le monde : et avant de songer à le changer, il est bon de le bien connaître, de le comprendre tel qu'il est aujourd'hui.

Dr V. Revillout.

(1) La cour de Besançon disait déjà, dans un arrêt daté du 18 décembre 1848: « On doit reconnaître que les tribunaux ne sont point juges compétents des théories, des opinions, des systèmes, qu'ils ne peuvent apprécier l'opportunité, l'exactitude plus ou moins parfaite d'une opération chirurgicale, la valeur d'un procédé comparée aux résultats d'un autre procédé, parce qu'ils ne sauraient jamais être convertis en conseils médicaux supérieurs, distribuant le blâme avec la peine, et indiquant la route qu'il faut suivre; que leur action ne peut donc s'exercer dans cette région réservée à la science; » et depuis lors la jurisprudence a de plus en plus progressé dans ce sens (voir l'arrêt de la cour de Metz, du 21 mai 1867, cité dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1867, p. 276).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs Charcot, Grancher et Verneuil, sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1887-1888.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie, pour l'année scolaire 1887-1888, est composé comme suit :

MM. Cadiat, chef des travaux; Variot, préparateur; Launois; Pilliet; Chatellier; Leroy; Girod, aides préparateurs.

Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, pour raison de santé, à M. Cadiat, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Rémy, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Carpentier est nommé pour trois ans prosecteur, en remplacement de M. Curtis, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé pendant l'année scolaire 1887-1888, pour raisons de santé, à M. Berne professeur de pathologie externe.

M. Polosson, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de pathologie externe.

Sont nommés pendant l'année scolaire 1887-1888 :

1° *Chefs de travaux de laboratoires.* — MM. Magnien, histoire naturelle; Rodet, médecine expérimentale; Chandelux, anatomie et histologie; Bard, anatomie pathologique; Didelot, physique; Linossier, chimie minérale; Reboul, physiologie; Levrat, médecine opératoire; Beauvisage, matière médicale; Hugonenq, chimie organique; Coutagne, médecine légale; Florence, pharmacie; Mondan, clinique chirurgicale; Blanc, clinique médicale (travaux biologiques).

2° *Préparateurs de travaux de laboratoires.* — MM. Despeignes, histoire naturelle; Gaillard, médecine expérimentale; Meurer, anatomie pathologique; Lignon, chimie minérale; Doyon, physiologie; Pollosson (Auguste), médecine opératoire; Jacquemet, matière médicale; Barral, chimie organique; Saint-Cyr, médecine légale.

3° *Aide-préparateur de travaux de laboratoires.* — M. Trévoux, anatomie pathologique.

— M. le professeur Trélat, membre de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission à Constantinople et à Athènes pour visiter les établissements scientifiques, médicaux et charitables de ces deux villes.

M. le docteur Barette, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est adjoint à la mission de M. Trélat.

— A la suite du concours ouvert pour la nomination de médecins-adjoints des hôpitaux de la ville de Rouen, les candidats ont été présentés par le jury dans l'ordre suivant : MM. Brunon, Boucher et Lerefait.

— Un legs de la valeur de *quarante mille francs* vient d'être fait à l'Académie des sciences, par Mme Foehr, décédée récemment à Paris. Les arrérages de cette somme, placée en rentes françaises 3 p. 100, devront servir à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « Prix Dellion ». Ce prix est destiné à récompenser un travail ou un ouvrage important sur l'art de guérir.

— Un hospice intercommunal fondé par les trois communes suivantes du département de la Seine : Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes, va être créé à Fontenay-sous-Bois.

— La prochaine session ordinaire de la Société française d'otologie et de laryngologie s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1887.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21591

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous comprenons très bien les doutes qu'a rencontrés dans le sein de l'Académie M. Luys, quand il a exposé, avec photographies à l'appui, les effets toxiques ou pathogènes produits par des substances renfermées dans des tubes et souvent innocentes par elles-mêmes : telles que de l'eau pure, dont la seule approche, dans un tube, par derrière, sans qu'elle fût en vue, aurait suffi pour provoquer une attaque d'hydrophobie.

Nous comprenions d'autant mieux ces doutes que les photographies qui passaient sous nos yeux, reproduisaient les traits — et portaient d'ailleurs inscrit le nom — d'une fille à nous bien connue, depuis longtemps, la nommée E.....

C'était déjà cette E..... qui était en scène, comme premier sujet, nous ne dirons pas comme premier rôle, il y a quatre ans, à la Salpêtrière, dans des expériences pour lesquelles nous avions été convoqué par M. Luys, avec plusieurs autres médecins, et dont nous avons résumé les résultats ainsi qu'il suit dans une revue clinique datée du 30 août 1884 (1).

« La faculté de percevoir des impressions venues du dehors, celle de les mesurer, d'en saisir la portée, d'y réfléchir, d'agir en conséquence, de proportionner exactement l'effet physique à l'effet voulu : l'intelligence du sujet, en un mot, est également en activité dans tous les états où on réalise sur lui une action physique qu'on pourrait croire purement passive.

« Il n'y a pas, à ce point de vue, de distinction à faire entre la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme.

« Quand on obtient des contractures neuro-musculaires dans la léthargie, de la raideur cireuse dans la catalepsie, etc., il a fallu d'abord pour cela que l'individu pût se rendre compte de ce qu'on attendait de lui. Il l'a deviné quelquefois avec une sagacité rare; ayant toute son attention dirigée vers ce seul objet, il a pu s'en douter d'après le moindre indice : l'agitation de l'air causée par le mouvement de la main, le bruit fait par ce mouvement, quelques paroles à voix très basse indiquant ce qui se passait.

« Il suffit d'un rien; mais ce rien est *absolument indispensable* pour que le sujet sache ce qu'il doit faire et pour qu'il le fasse.

« Sa passivité n'est jamais qu'une *passivité voulue*, si je puis m'exprimer ainsi.

« C'était une vérité qui ressortait déjà des recherches de M. Bernheim; mais elle est à mes yeux d'autant mieux démontrée que nous avons pu en avoir la preuve sur des sujets étudiés par d'autres et qui semblaient, au premier abord, être le plus complètement passifs.

« C'est ainsi que, dans des expériences faites par M. Luys et auxquelles nous assistions avec d'autres médecins, tous les effets de contracture provoqués, dans l'état de léthargie par le geste ou par le regard de l'opérateur, ont cessé de se produire d'une façon régulière, quand on a pris soin de bander les yeux du sujet mis en léthargie et d'éviter la moindre parole, le moindre bruit, qui pût lui faire comprendre ce dont il s'agissait. »

Avec E....., toutes ces précautions étaient indispensables. Elle montra, d'ailleurs, en cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres (par exemple, dans celle qui motiva son admission, à la Charité, dans le service de M. Luys, lorsque ce savant eût quitté la Salpêtrière, sans qu'elle fût prévenue), une activité d'intelligence, une richesse d'imagination, une promptitude de décision vraiment remarquables. En léthargie, sur un fauteuil, elle devait lever celui de ses membres sur lequel se fixerait le regard de M. Luys : et, même avec les yeux bandés, tant qu'elle avait pu deviner quel était ce membre, par des paroles dites à voix basse, l'expérience avait parfaitement réussi.

Nous priâmes alors M. Luys de regarder sans rien dire, et, bien que convaincu qu'elle n'entendait rien en l'état de léthargie, il se prêta à notre désir avec la plus grande complaisance. Que faire en l'absence de tout indice? E..... ne perdit pas la tête : elle leva à la fois, d'un mouvement lent et régulier, les quatre membres.

Nous pûmes d'ailleurs juger, tout à notre aise, de cette abondance de ressources fournies à E..... par son cerveau, la même année, un jour que M. Luys, retenu par l'enterrement d'un aliéniste célèbre, n'arrivait pas, après nous avoir convoqué, ainsi que d'autres, notamment M. Peyron actuellement directeur de l'Assistance publique, pour une série d'expériences.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1884, p. 795, voir aussi *Gazette des hôpitaux*, année 1884, pp. 569, 618, 731, 770, 794; année 1886, pp. 774, 796, etc.

A son défaut, l'interne du service nous avait dit d'étudier nous-même les malades en question, et nous fûmes frappé de la sagacité avec laquelle les trois principales, E..... surtout, savaient, en se prêtant à tout ce que nous voulions obtenir d'elles, rendre les résultats intéressants.

Il y avait bien parfois quelques fausses notes, entre autres la réponse que nous avons reproduite dans le passage suivant d'une revue clinique (1): « L'une d'elles, qui, sur notre injonction, nous avait dit ne plus voir l'interne, alors qu'il parcourait la salle, interrogée de nouveau par nous sur ce point quand il fut sorti, nous répondit : « Parbleu ! il n'est plus « là. »

Mais, en l'absence de M. Luys, cela n'avait pas d'inconvénient.

Cette question, malgré toute l'émotion qu'elle a causée à l'Académie, ne doit pas nous faire oublier de signaler aux praticiens le mémoire remarquable de M. Lancereaux sur le traitement curatif de la cirrhose alcoolique du foie, et le commencement d'une discussion sur les antipyrétiques, ouverte par une savante communication de M. Dujardin-Beaumetz.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Cancer de la langue. Ablation de la langue avec l'écraseur ; ligature préalable des deux linguales.

Observation recueillie par M. Vilpel, interne du service.

Le 2 février 1887, entre dans le service de M. Desprès, salle Saint-Jean, n° 15, le nommé B..., comptable, âgé de quarante-trois ans.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Lui-même n'a jamais été malade (ni syphilis, ni rhumatismes), jusqu'en 1882, année pendant laquelle il reste alité plusieurs mois à la suite d'une fracture compliquée du cou-de-pied. Jusqu'alors le malade était commis-voyageur et par conséquent buvait un peu. Jamais il n'a fumé la pipe, ni le cigare, mais il fumait de nombreuses cigarettes.

En 1880, le malade s'aperçoit que sa langue présente sur sa face dorsale, vers la pointe et les bords, une coloration blanchâtre avec une très légère induration du tissu sous-jacent; mais il n'y a alors ni douleur, ni gêne dans la parole ou la mastication. Neuf mois avant son entrée, apparaissent sur les bords de la langue, d'abord à droite, plus tard à gauche, de petites tumeurs accompagnées d'un léger picotement. Quatre ou cinq mois plus tard, la pointe et les bords de la langue se fendillent plutôt qu'ils ne s'ulcèrent franchement. L'ulcération n'a pris d'extension notable que depuis deux mois pour arriver à l'état actuel. Cependant, il n'y a jamais eu d'hémorrhagies, à proprement parler, mais des douleurs d'oreilles assez violentes se font sentir en même temps que l'ulcération se propage.

Le malade qui n'a subi aucun traitement chirurgical se décide à entrer à la Charité. Il est maigre, pâle ; il est évident que le malade ne se nourrit plus.

Le jour de son entrée, M. Desprès constate l'état suivant : le malade a de la difficulté à s'exprimer ; les labiales surtout sont très mal articulées. La mastication et la déglutition sont assez difficiles et provoquent de légères douleurs. L'haleine est d'une fétidité très marquée, les pressions sur la langue provoquent un léger écoulement sanguin.

La langue présente depuis le V lingual jusqu'à la pointe, qui est elle-même légèrement entamée, une vaste ulcération, profonde, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et sanieux. On y trouve de nombreux points de sphacèle qui donnent naissance à un suintement purulent, assez abondant et d'une odeur repoussante. Cette ulcération repose sur une base indurée.

Le plancher de la bouche ne présente pas trace d'induration ; la muqueuse y est saine et permet les mouvements de la langue, qui peut être assez facilement portée en haut vers la voûte palatine ou projetée en avant en dehors de la cavité buccale. En explorant avec le doigt la portion verticale de la langue, en arrière du V lingual, on sent que la muqueuse et les tissus sous-jacents ne présentent pas d'induration et paraissent sains.

Dans la région sus-hyoïdienne, sur les côtés de la ligne médiane, deux petits ganglions de la grosseur d'un pois roulent sous le doigt. On ne peut trouver aucun autre ganglion dans la région cervicale.

Un gargarisme au chlorure de zinc est prescrit pour atténuer la mauvaise odeur répandue par l'ulcération.

Le malade est opéré le 9 février.

M. Desprès se proposant d'enlever toute la langue, l'opération est faite en deux temps : d'abord ligature successive des deux artères linguales pour amener l'hémostase de la langue, hémostase nécessairement incomplète à cause de leurs nombreuses anastomoses ; puis ablation de la partie malade de la langue à l'aide du serre-nœud.

La ligature des artères linguales est faite suivant le procédé ordinaire, au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, en commençant par la droite. On applique sur chacune d'elles un fil de soie. La plaie cutanée est réunie par trois points de suture au fil d'argent; un drain est placé dans la plaie. Au cours de la ligature de la linguale droite un petit ganglion un peu dur est enlevé.

M. Desprès procède alors au second temps de l'opération. Il faut d'abord mettre en place le fil de fer recuit avec lequel doit se faire la section de la langue. Un gros trocart est enfoncé sur la ligne médiane dans la région sus-hyoïdienne et ressort sur le plancher buccal immédiatement en avant du frein de la langue. C'est par cette voie que passent les deux extrémités du fil qui sont fixées au serre-nœud. L'anse qui est contenue dans la cavité buccale est portée profondément en arrière du V lingual, à l'union de la portion horizontale avec la portion verticale de la langue, là où la muqueuse et les tissus sous-jacents sont encore sains. Elle y est maintenue en place avec assez de difficulté, jusqu'à ce que le fil, raccourci par le serre-nœud, ait produit un sillon assez profond et ne puisse glisser en avant. On a ainsi placé sur la langue une anse en fil de fer dont les deux extrémités se réunissent en arrière de la symphyse du maxillaire inférieur et dont la partie médiane passe en arrière du V lingual. Toute la portion libre de la langue, c'est-à-dire celle qui est malade, est en avant du fil et la section se fera suivant une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

La langue n'est pas immédiatement sectionnée : on donne seulement cinq à six tours au pas de vis. Le malade est reporté dans son lit, le serre-nœud et le fil étant encore en place. Dans la journée, l'interne, suivant la prescription

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 796.

de M. Després, donne six tours au serre-nœud et le soir M. Després vient terminer la section. La vis du serre-nœud tournée jusqu'à son extrémité, la langue est encore adhérente par quelques points en avant et est détachée avec des ciseaux. Le plancher de la bouche et la portion de la langue qui reste, explorés avec le doigt, ne présentent pas trace d'induration et sont complètement sains.

Pendant tout le cours de l'opération sur la langue, qui a duré huit heures en tout, il ne s'est pas perdu de sang. Ce résultat est dû à la ligature des linguales et surtout à la section lente et progressive de la langue.

La plaie sus-hyoïdienne, dont les bords vont se mortifier par suite de la pression du serre-nœud, est pansée à l'eau et à l'alcool camphré comme celle des ligatures. On ne fait aucun pansement sur la plaie buccale, qui est seulement lavée plusieurs fois par jour avec une solution de chlorure de zinc.

T. 37°,9.

10 *février*. — Pansement des plaies de la région sus-hyoïdienne qui sera renouvelé tous les matins.

Comme le malade éprouve de la difficulté à se nourrir par la bouche, on lui fait prendre du bouillon (2 litres 1/2) et du vin (1/2 litre) au moyen d'une sonde en caoutchouc passant par les fosses nasales. Ce mode d'alimentation est continué jusqu'au 8 mars, presque pendant un mois. La plaie buccale est ainsi soustraite à une grande cause d'irritation et la cicatrisation en est plus rapide; enfin le malade ne se nourrit pas de pus avalé avec les aliments ce que l'on n'évitait pas assez autrefois.

12 *février*. — Les fils d'argent des plaies des ligatures sont enlevés ainsi que les drains. L'escharre produite sur la ligne médiane par la pression du serre-nœud sur la région sus-hyoïdienne commence à se détacher et laisse apercevoir une plaie bourgeonnante. La plaie linguale est recouverte de portions mortifiées qui commencent à se détacher.

La température est toujours restée normale.

A partir de ce jour, les plaies des ligatures se réunissent régulièrement; mais tandis qu'à droite le fil tombe le 20 février, il se trouve inclus dans la plaie gauche. La cicatrisation est complète à droite le 8 mars, tandis que le fil formant corps étranger dans l'intérieur de la plaie entretient toujours une légère suppuration à gauche. M. Després se décide à dilater, avec l'éponge préparée, ce petit orifice fistuleux et le lendemain retire le fil sans difficulté. Trois jours après, la cicatrisation est complète. A cette époque l'état du malade est aussi satisfaisant que possible : la plaie médiane de la région sus-hyoïdienne est complètement fermée, sans qu'à aucun moment elle ait donné naissance à un trajet fistuleux. La section de la langue est faite régulièrement; on ne sent à l'exploration digitale aucun noyau induré. La parole est plus facile qu'avant l'opération. La mastication n'occasionne ni gêne ni douleur.

Le malade est envoyé à Vincennes le 23 mars et le 25 mai il est encore complètement guéri.

Réflexion. — Ce procédé d'ablation de la totalité de la langue est un procédé qui met sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, si commune dans ce genre d'opérations, même après la ligature des linguales au-dessous du muscle digastrique. Nous ne saurions aussi trop insister sur l'alimentation par les fosses nasales, qui était d'ailleurs bien faite par le malade lui-même. M. Després emploie pour ce but un flacon à deux tubulures : à l'un des tubes est fixé un tube de caoutchouc fixé à la sonde que l'on place dans la narine, à l'autre tube est fixée une poire soufflet en caoutchouc que le malade manie lui-même à son gré. On place dans le flacon du bouillon, du vin ou même du tapioca et l'alimentation se fait avec la plus grande facilité.

SUR LA SOLLICITATION EXPÉRIMENTALE

DES RÉGIONS ÉMOTIVES ET INTELLECTUELLES, CHEZ LES SUJETS HYPNOTISÉS, A L'AIDE DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES ET TOXIQUES TENUES A DISTANCE.

Par M. J. LUYS, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité.

Les recherches personnelles que j'expose en ce moment en abrégé devant l'Académie, et qui seront plus tard publiées *in extenso*, sont le résumé d'une série d'expériences que j'ai entreprises dans le but de vérifier les faits signalés au Congrès de Grenoble par MM. Burot et Bourru (de Rochefort). Elles consistent à mettre en présence des sujets hypnotisés certaines substances médicamenteuses ou toxiques et à déterminer chez eux des réactions d'un certain ordre.

1° Mes expériences personnelles portent actuellement sur soixante-sept substances dont j'ai pu, à l'aide de dispositifs spéciaux et de procédés techniques, étudier l'action sur les sujets hypnotisés. Elles ont été répétées sur des sujets différents et chaque substance a paru déterminer des effets iden[illegible]ques, à l'aide de tubes de verre numérotés et scellés à la lampe.

2° La condition fondamentale pour déterminer les effets à distance des substances stimulatrices, c'est de mettre le sujet en état d'hypnotisme. C'est la condition *sine quâ non*.

L'état d'hypnotisme, et surtout la phase léthargique, développe chez les sujets une réceptivité spéciale, en vertu de laquelle non seulement les facultés de motricité arrivent à un état de surexcitation extrême (hyperexcitation neuro-musculaire), mais encore ses facultés émotives (dans la période de catalepsie) arrivent à un état pareillement d'éréthisme et, sous l'influence des sollicitations les plus minimes irradiées des plexus périphériques, se mettent incontinent en activité.

Ainsi, chacun sait qu'on développe chez lui, lorsqu'il est en léthargie, des symptômes réactionnels somatiques d'une incontestable véracité. Il suffit du moindre attouchement venant effleurer la peau des avant-bras pour solliciter la réaction des muscles sous-jacents et faire apparaître une contracture rigide d'une intensité des plus caractéristiques.

De même, s'il est conduit dans la période cataleptique, on voit en quelque sorte les forces nerveuses changer de domaine et se concentrer dans les régions émotives.

Celles-ci, à leur tour, dans cette nouvelle phase, sont envahies par une superexcitabilité spéciale en vertu de laquelle elles entrent immédiatement en éréthisme, et cela sans la moindre sollicitation irradiée des nerfs périphériques, et dans la direction voulue par l'opérateur, qui a su volontairement toucher tel ou tel point déterminé, et provoquer comme sur un clavier docile des réactions émotives variées, gaies ou tristes.

Tous ces phénomènes s'opèrent silencieusement, sans la moindre parole provocatrice, sans suggestion, rien que par le fait de telle ou telle substance présentée au sujet au niveau de tel ou tel plexus nerveux périphérique.

Ainsi une substance déterminera du côté gauche des réactions gaies, par exemple, et à droite elle déterminera des réactions tristes. Ainsi la morphine, par exemple, chez un sujet, a déterminé, placée à gauche, des phénomènes de surexcitation violente, tandis que le même tube, présenté à droite en un point symétrique, a déterminé un état de bien-être très significatif.

3° Bien plus, les médicaments présentés ainsi à distance du sujet, non seulement sont susceptibles d'avoir une action sur les régions émotives, mais encore ils pénètrent plus profondément dans l'organisme, et vont porter le trouble dans les grandes fonctions de la vie organique. Ces manifestations inattendues, si net-

tement exprimées et quelquefois si inquiétantes au point de vue de leur apparence, déjouent toute supercherie de la part du sujet. Ainsi, sous l'action du tube, on voit certaines substances déterminer des troubles subits du côté du cœur et de la respiration. Les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers et ralentis à 40, en même temps que la face devient turgide et bleuâtre. D'autres fois, ce sont les muscles inspirateurs qui cessent tout à coup de fonctionner. Le sujet tombe dans un véritable état apnéique. D'autres fois, suivant que le tube est promené dans telle ou telle région du cou, on amène la turgescence du corps thyroïde, ainsi que je l'ai déjà signalé, ou des troubles laryngés et un véritable cornage.

Ces manifestations, quelquefois terrifiantes peuvent, amener des complications d'une extrême gravité, et je ne saurais trop avertir les expérimentateurs d'arrêter immédiatement l'action du tube, pour ne pas se trouver inopinément en présence d'un cas d'homicide par imprudence.

4° Pour obtenir dans cet ordre de recherches des résultats précis et comparables, il est indispensable d'agir suivant une méthode fixe et bien définise, ans laquelle tout est confusion.

Ainsi quand on essaye l'action d'une substance sur un sujet qui réagit, il est bon d'attendre pour commencer une expérience nouvelle que le sujet ait complètement expurgé l'action de la substance étudiée précédemment; et pour arriver à ce diagnostic, il faut avoir des signes de reconnaissance. C'est ce qui permettra de préciser le point où on en est.

Chaque expérience en elle-même peut être considérée comme un véritable processus expérimental isolé que l'on met en action. Ce processus a une période ascendante, une période d'état et une période de décours. Il faut que, pour que les choses se passent régulièrement, le sujet parti par exemple de la période de léthargie, sous un autre stimulant quelconque, arrive *motu proprio* à la période de somnambulisme lucide, après avoir passé par la catalepsie, et arrive de même à la période de léthargie de retour, après avoir parcouru de lui-même le cycle naturel de son processus expérimental.

Mettez le sujet par exemple en présence d'une substance quelconque placée dans un tube, que ce soit une substance telle que la morphine, si la substance n'a pas une action spéciale sur les régions intellectuelles, au bout de deux ou trois minutes il va ouvrir les yeux silencieusement, passer ainsi en période de catalepsie, et là développer cette émotion spéciale que la substance va provoquer en lui.

Ces émotions sont variables : de l'étonnement, de l'appréhension, de la crainte, et jusqu'à la terreur la plus profonde, ou des émotions inverses de ravissement, de béatitude et de jubilation extrême. Toutes les expressions du visage et du corps s'accentuent ainsi définitivement, suivant les incitations qui frappent le système nerveux. Et cela, sans la moindre sollicitation verbale; le sujet agit comme un automate qui développe ses rouages.

Aussitôt qu'on enlève le tube stimulateur, la mimique du visage s'affaiblit, le sujet cesse d'être ébranlé, il s'affaisse, redevient calme et rentre dans sa période de léthargie de retour. On constate qu'il y rentre lorsque la surexcitabilité neuro-musculaire est devenue perceptible. C'est le signe pathognomonique que le processus spécial a cessé d'agir sur l'organisme.

Dans une autre forme de processus expérimental, si le sujet est plus intelligent, ou bien si les substances ont plus d'action (café, spartéine, haschich), le sujet passe rapidement de la période de catalepsie à celle de somnambulisme lucide. Il devient loquace alors et rappelle une série de scènes en rapport avec les émotions qu'il subit.

Mais aussitôt qu'on suspend l'action du tube stimulateur, il s'arrête, ne parle plus, et insensiblement repasse par les phases diverses qu'il a parcourues dans sa période ascendante. Il descend peu à peu de lui-même et arrive pareillement à son point de départ, à la phase de léthargie de retour. La constatation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est le signe pathognomonique qui le prouve et témoigne que l'action de la substance incitatrice n'existe plus.

Les phénomènes dus à l'action des substances médicamenteuses à distance sont donc calqués sur les phénomènes normaux de l'hypnotisme et s'enchaînent et se hiérarchisent de la même façon. C'est cette méthode spéciale que je recommande, et qui me paraît être l'élément essentiel de toute étude sérieuse, apte à fournir des éléments comparables.

5° L'action des substances médicamenteuses à distance chez les sujets en état d'hypnotisme peut se rapprocher, au point de vue dynamique, de l'action des aimants. Avec un petit aimant contenu dans un tube, ou même présenté à distance, j'ai obtenu des effets dynamiques très nets, tels que des convulsions, de la face en particulier, et même des états émotifs d'effroi, tout à fait comparables à ceux obtenus par l'action de certaines substances employées dans le cours de mes expériences.

6° Il est vraisemblable que cette méthode nouvelle, qui permet de pénétrer expérimentalement jusque dans les régions de l'innervation centrale, est susceptible d'amener des résultats imprévus dans la thérapeutique des affections nerveuses. On comprend cependant qu'elle ne pourra être d'un usage général, parce qu'elle s'applique comme condition fondamentale à des sujets hypnotisés, et que jusqu'à présent tous les névropathes ne sont pas dans ce cas.

Néanmoins j'ai à ma connaissance des observations relatives à deux sujets hystéro-épileptiques types, que je connais et suis depuis cinq ans, et chez lesquels j'ai pu, en les mettant régulièrement une ou deux fois par semaine en présence de tubes médicamenteux, arriver à éloigner la fréquence des attaques, et à diminuer d'une façon très nette leur intensité.

LE TRAITEMENT DES CIRRHOSES DU FOIE

Par M. Lancereaux.

Membre de l'Académie de médecine, médecin de la Pitié.

La cirrhose hépatique passait autrefois pour être une affection à peu près incurable. Cependant, dès l'année 1860, étant interne à la Pitié, j'eus l'occasion de voir dans le service de mon maître, M. Marotte, un malade atteint d'une induration avec tuméfaction inégale du foie et ascite considérable qui, étant sur le point de succomber, demanda qu'on lui fît sur l'abdomen des frictions avec le baume tranquille. Quelques semaines plus tard, l'ascite avait disparu, l'embonpoint était revenu et l'*exeat* accordé. N'ayant aucune confiance dans l'action du baume tranquille, je tins à examiner ce malade avant sa sortie de l'hôpital, et je m'aperçus qu'il présentait au niveau du crâne des pertes de substance pouvant loger une grosse noisette; il reconnaissait d'ailleurs avoir eu la syphilis, et rapprochant toutes ces circonstances, j'en arrivai à la conclusion que l'affection hépatique de ce malade reconnaissait une origine spécifique. Quelques mois plus tard un autre malade entrait dans le même service avec une ascite manifestement due à une affection du foie. Traité tout d'abord et sans succès par les purgatifs drastiques, je le trouvai un soir asphyxiant. Une ponction fut pratiquée, elle donna 13 litres de liquide et me permit de constater que le foie, légèrement inégal, débordait quelque peu. Me souvenant du précédent malade, je voulus examiner celui-ci d'une façon complète, et un des premiers désordres que j'eus à constater, ce fut la présence d'exostoses multiples à la surface du crâne (1). Un traitement ioduré fut immédiatement prescrit, l'ascite se reproduisit, mais le liquide épanché ne tarda pas à être résorbé et un mois plus tard le malade sortait guéri.

Les traitements employés contre la cirrhose hépatique ont, la plupart du temps, visé l'hydropisie qui résulte de cette cirrhose. Les drastiques et les diurétiques ont été de préférence employés; on a pu leur attribuer, dans quelques cas, la diminution des épanchements ascitiques, mais il faut savoir que ceux-ci peuvent cesser spontanément sous l'influence de l'établissement d'une circulation collatérale, ou encore à la suite de la formation de membranes

(1) Voyez la relation de ces deux faits dans mon *Traité de la Syphilis*.

péritonéales. Dans ces derniers temps, la pilocarpine, agent nouveau, a été très vantée. Sur deux malades atteints de cirrhose atrophique, Jakoby (1) fit la ponction abdominale, dès que l'ascite commença à prendre de grandes proportions, et, en même temps, il prescrivit, trois fois par jour, dix gouttes d'une solution de pilocarpine. L'action de la pilocarpine se manifesta promptement par une sialorrhée, et l'ascite ne se reproduisit pas.

Ces faits, tout en frappant mon attention, ne rentraient pas moins dans le domaine commun dès l'instant que l'affection de la glande hépatique était rapportée à la syphilis. Or, dès ce moment, je remarquai qu'à côté de l'affection syphilitique du foie, il se rencontre, chez les impaludiques, une induration avec augmentation du volume de cet organe déjà décrite par les auteurs sous le nom d'engorgement hépatique. Cette augmentation de volume de l'organe affecté qu'accompagnent un état lisse et à peine granulé de la surface de la glande, un certain degré d'induration, une ascite rare et un ictère très commun, a une évolution lente et une durée de plusieurs années. Ces caractères différant de ceux de l'affection syphilitique du foie, il me parut logique de conclure que l'affection en question avait une tout autre origine et, vu sa physionomie spéciale, je fus conduit à en faire un type à part que je rattachai à l'impaludisme.

Vers la même époque enfin, il me fut facile de constater que la cirrhose la plus commune, celle qui servait de type à la description des auteurs classiques de cette époque, se rencontrait généralement chez des buveurs, puis, prenant en considération les caractères propres à cette dernière, à savoir : la diminution du volume du foie, l'absence habituelle d'ictère, l'ascite rapide et presque constante, et enfin, tenant compte de l'évolution de cette affection, j'en arrivai à constituer un troisième type de cirrhose ou *cirrhose alcoolique* (2). Plus tard je dus reconnaître que ce type présentait plusieurs variétés se rapportant surtout à la participation plus ou moins active des cellules hépatiques au processus morbide. Ainsi au lieu d'être petit, le foie acquiert dans quelques cas un volume plus considérable, l'ascite fait défaut s'il survient de l'ictère (cirrhose alcoolique graisseuse).

L'étude histologique apprenant que toutes ces lésions sont constituées dans le principe par des éléments cellulaires assez semblables, il était naturel de se demander si l'emploi de l'iodure de potassium ne parviendrait pas à les combattre toutes. Aussi ai-je cru devoir faire usage de cet agent dans la cirrhose impaludique et il m'a paru avoir de bons résultats, mais l'hydrothérapie est ici le moyen par excellence. Dans la cirrhose alcoolique, l'emploi prolongé de ce médicament est suivi d'effets encore plus avantageux, comme j'ai pu m'en assurer depuis longtemps, mais c'est principalement lorsqu'il se trouve associé à un régime lacté exclusif qu'il est réellement efficace.

Appelé par un confrère, en 1881, pour un jeune homme de 25 ans, grand buveur de vin, atteint d'une affection hépatique très avancée, caractérisée par la diminution du volume du foie, une ascite considérable, une grande maigreur, la sécheresse de la peau avec œdème des jambes, l'atrophie des muscles, la rougeur de la langue, des vomissements verdâtres, en un mot tous les phénomènes de la cirrhose alcoolique la plus classique, je conseillai tout d'abord un régime lacté exclusif et des frictions sur la peau, puis au bout de quelques jours l'emploi de l'iodure de potassium. Bien que l'état de ce malade m'eût paru tout d'abord incurable, cependant, le confrère qui m'avait appelé étant venu à mourir, on me demanda de continuer le traitement. Ce ne fut pas sans quelque surprise que bientôt après je vis cesser et disparaître la rougeur et la sécheresse de la membrane muqueuse de la bouche. Le malade parvint tout d'abord à se nourrir un peu mieux, il semblait moins maigre; son ascite pourtant continua de progresser, une ponction abdominale devint nécessaire, elle donna issue à 12 litres d'un liquide séreux. Le régime et le traitement furent continués, des frictions stimulantes furent pratiquées sur toute la peau, le malade prit quelques bains salés. L'ascite se reproduisit en grande partie, puis elle disparut totalement et, trois mois environ après le début de la cure, il n'existait plus de liquide dans l'abdomen, l'embonpoint et les forces étaient revenus et le malade pouvait se considérer comme guéri. Plus tard, il changea sa profession et ses habitudes, je le revis plusieurs fois depuis lors et tout dernièrement encore, c'est-à-dire cinq ans après le début de la maladie, je puis affirmer qu'il continue à se bien porter.

A partir de ce moment, il ne me resta plus aucun doute sur l'influence efficace de l'iodure de potassium joint au régime lacté dans le traitement de la cirrhose du buveur. Cet agent ne guérissait pas seulement les désordres syphilitiques du foie, il était encore pour le moins fort utile dans le traitement de la cirrhose du buveur. Aussi depuis lors n'ai-je pas manqué de le prescrire dans cette dernière affection, associé le plus souvent à un régime lacté exclusif et à un traitement hydrothérapique. Ce sont les résultats de cette médication que je me permets de soumettre au jugement de l'Académie. Je croyais tout d'abord en être l'initiateur, mais je dois reconnaître que d'autres médecins ont employé pour combattre la cirrhose hépatique des moyens assez semblables. Cependant en présence des succès que j'obtiens chaque jour, il m'est impossible de ne pas faire part de mon expérience sur une méthode de traitement qui a de réels avantages et que l'on ne peut trop recommander.

Mes observations en tout cas ne seront pas stériles, si elles parviennent à montrer que la forme la plus vulgaire de la cirrhose du buveur, celle qui est particulièrement désignée sous le nom de cirrhose atrophique, est susceptible dans un grand nombre de cas, non pas seulement d'amélioration, mais d'une guérison définitive. La forme graisseuse, dite encore cirrhose hypertrophique, est par contre plus difficile à combattre, ce dont il est facile de se rendre compte, si on remarque que, dans cette forme, il s'ajoute toujours, à la sclérose conjonctive, une altération graisseuse et parfois une désagrégation plus ou moins complète de la cellule glandulaire du foie.

(M. Lancereaux donne ici trois observations, très détaillées, de cirrhose du foie guérie par le traitement qu'il préconise, puis il reprend :)

Ces faits ne sont pas les seuls où nous ayons eu à constater les bons effets du régime lacté et de l'emploi de l'iodure de potassium; mais un plus grand nombre ne prouverait pas mieux. Un point qu'il importe de faire remarquer est leur ressemblance parfaite. Dans chacun d'eux, en effet, il est question d'excès de vin et parfois même de liqueurs alcooliques, et ces excès sans aucun doute sont l'origine de l'affection hépatique. Celle-ci se révèle tout d'abord par des troubles digestifs : diminution de l'appétit, vomissements pituiteux, etc.; ensuite par les caractères de la cirrhose vulgaire, à savoir : augmentation légère du volume du foie; plus tard atrophie, ascite, hyperémie de la rate, dilatation des veines sous-cutanées de la région supérieure des veines de l'abdomen, œdème des jambes, purpura et épistaxis; puis, avec ces phénomènes, dépérissement général, maigreur excessive dans quelques cas, rougeur de la membrane muqueuse de la bouche et impossibilité de se nourrir à l'aide des aliments ordinaires. Cette dernière circonstance m'ayant conduit à conseiller à mes malades l'usage exclusif du lait cru, j'en arrivai à peu près à associer ce régime à l'emploi de l'iodure de potassium. En ce moment même, plusieurs cirrhotiques de mon service hospitalier, soumis à ce traitement, se trouvent en bonne voie de guérison. Je ne puis donc trop le recommander, car son succès presque constant, du moins dans la cirrhose ordinaire du buveur, répond de sa valeur. Une seule fois, croyant avoir affaire à cette affection, je n'obtins pas le moindre résultat de la médication et je dus douter de son efficacité; mais, le malade ayant succombé, il me fallut reconnaître que j'avais commis une erreur de diagnostic et qu'il s'agissait, non pas d'une cirrhose, mais d'une périhépatite membraneuse comprimant la veine porte.

(1) Jakoby, Zur Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1886, nº 10.

(2) Voyez sur les différents types mon *Atlas d'anatomie pathologique*, Paris, 1870.

La rapidité de la guérison et partant la durée de la médication varient nécessairement avec la forme, l'intensité et la période plus ou moins avancée du mal. L'observation nous a appris que la cirrhose alcoolique vulgaire ou cirrhose atrophique, cette affection autrefois si grave, prise à temps, était presque certainement améliorée sinon guérie par le traitement que nous préconisons ici. La cirrhose alcoolique, avec augmentation de volume du foie, cède moins facilement; celle qui s'accompagne d'ictère plus difficilement encore. Cette dernière même, à une certaine période, quand surtout sa marche est rapide, est généralement impossible à arrêter, et tue pour ainsi dire fatalement.

Dans les cas favorables, l'amélioration ne tarde guère à se produire; elle se manifeste assez ordinairement une quinzaine de jours après le début du traitement. Les urines deviennent plus abondantes, l'œdème des membres, s'il existe, et l'ascite diminuent, puis disparaissent tandis que la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen s'efface peu à peu et que la rate perd de son volume. Le météorisme cesse enfin et, pendant tout ce temps, les fonctions digestives, toujours plus ou moins troublées, se rétablissent et, à un état de dénutrition avec émaciation progressive, succèdent une nutrition normale et le relèvement des forces. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat varie depuis six semaines jusqu'à quatre et cinq mois. Est-ce à dire qu'au bout de ce temps, alors même que les conditions de santé seraient les meilleures en apparence, on doit compter sur une guérison définitive? Nous ne le croyons pas. La plus grande prudence est nécessaire pour consolider cette situation. Non seulement il importe que les malades évitent de boire du vin et de reprendre leurs fâcheuses habitudes, mais il est utile qu'ils prolongent leur cure pendant plusieurs mois; un certain nombre d'entre eux devront même se traiter pendant une année et plus, s'ils veulent éviter tout retour de leurs accidents. Ceux-ci ont en effet de la tendance à reparaître et nous les avons vus se reproduire chez quelques-uns de nos malades pour avoir cessé trop tôt le traitement et l'hygiène qui en est inséparable.

(M. Lancereaux raconte l'histoire d'un homme qui, à l'âge de 3 ans, ayant depuis longtemps l'habitude de boire trois à quatre litres de vin par jour, fut atteint d'une cirrhose grave avec ictère et ascite. Il fut traité par le régime lacté et par l'iodure de potassium. L'ascite disparut et il se produisit une amélioration considérable qui s'accentua et se maintint une année entière. Malheureusement cet homme reprit bientôt ses habitudes d'intempérance et les accidents se reproduisirent, se compliquant d'une néphrite suppurée, d'abcès périnéphrétiques, et cet homme succomba.)

Ce fait nous apprend que, pour obtenir une guérison durable, un traitement prolongé est absolument nécessaire et de plus la renonciation aux habitudes contractées. Ainsi le médecin ne peut trop s'appliquer à faire comprendre à son malade le danger auquel il s'expose et à lui montrer l'issue fatale dans le cas où il ne voudrait pas se soumettre.

Pour avoir une idée exacte d'une médication, il faut avant tout que cette médication soit simple, qu'un seul agent soit en jeu, or dans l'espèce trois ordres de moyens sont en présence : l'hydrothérapie, l'iodure de potassium et le lait. Ces moyens ont-ils une influence égale, et dans le cas contraire quel est le plus important? L'hydrothérapie n'a pas été employée chez plusieurs de nos malades, il en résulte qu'elle n'est pas indispensable. L'iodure de potassium a une plus grande valeur, mais comme son usage a été constant dans les observations qui précèdent, il est difficile de porter un jugement certain sur son efficacité.

Toutefois, ayant prescrit ce médicament autrefois à une époque où je n'employais pas le régime lacté exclusif, je dois avouer que j'étais loin d'avoir les succès que je constate aujourd'hui et partant j'en arrive à croire que le régime lacté exclusif joue le rôle le plus important dans la médication de la cirrhose, telle que nous l'avons instituée. La combinaison de ces moyens a sans doute de grands avantages puisqu'elle nous réussit presque toujours. Au reste, si l'iodure de potassium peut arrêter le développement des éléments jeunes de tissu conjonctif et s'opposer à leur organisation définitive, le lait fait cesser toute irritation, et, par cela même, il annihile la cause qui donne naissance à ce tissu et engendre la cirrhose hépatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

LECTURES

Pneumotomie. — M. GUERMONPREZ raconte l'histoire d'un jeune homme atteint à vingt-quatre ans, après une fièvre typhoïde grave, de vomiques qui persistèrent pendant quatre ans. Trois opérations successives, — une incision exploratrice de la plèvre; puis l'ablation de deux segments de côtes, suivie de ponctions multiples, et d'une pneumotomie superficielle; enfin une pneumotomie profonde, suivie d'injections irritantes destinées à libérer un foyer inaccessible, — semblent avoir mis le malade en très bonne voie. Après avoir rapporté cette observation en détails, M. Guermonprez conclut en ces termes :

1° L'incision exploratrice de la plèvre est, dans certains cas du moins, une opération peu dangereuse;

2° Quand l'odeur de la vomique fait présumer que le foyer de suppuration confine au canal digestif, l'incision du parenchyme pulmonaire doit être prolongée jusqu'à une profondeur suffisante à travers un tissu d'apparence saine;

3° Si deux foyers communiquent difficilement comme le font les abcès en bouton de chemise, l'un d'eux peut se trouver plus ou moins accessible;

4° Les injections tièdes de solutions stimulantes peuvent amener la communication entre les deux foyers; elles peuvent ainsi faciliter leur évacuation par la paroi thoracique;

5° Pratiquée dans de bonnes conditions, la pneumotomie est une opération dont les suites sont relativement bénignes, et qui peut rendre des services réellement importants.

Sur la sollicitation expérimentale des régions émotives et intellectuelles chez les sujets hypnotisés, etc. — M. LUYS fait une communication sur ce sujet (voir plus haut).

DISCUSSION

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL BERGERON dit que M. Luys vient avancer des faits trop extraordinaires pour que l'Académie puisse avoir l'air de les accepter, sans enquête, comme démontrés. Les feuilles publiques sont remplies de récits de ce genre, et il en résulte un très grand trouble dans les esprits, car c'est le renversement de toutes les idées reçues, de ce qui semblait les bases de la raison humaine. Il serait donc bon qu'un certain nombre des membres de l'Académie fût convoqué par M. Luys pour assister à ses expériences et faire un rapport sur ce sujet.

MM. ROGER et **LARREY** insistent vivement dans le même sens. M. Luys est membre de l'Académie, et on ne peut pas nommer une commission malgré lui. Mais il est de son intérêt même de consentir à cette enquête; et en tout cas l'Académie ne pouvait prendre, par son silence, la responsabilité de ce qu'il raconte devant elle.

M. BLOT dit qu'en attendant le résultat de cette enquête, il serait bon de ne donner aucune publicité à la communication de M. Luys.

M. BERGERON fait observer que c'est impossible, puisque la séance était publique quand cette lecture a eu lieu.

M. BROUARDEL déclare que la nomination d'une commission académique, étudiant la question, lui semble nécessaire. M. Luys avance des propositions d'une gravité extrême, à tous les points de vue, particulièrement au point de vue de la médecine légale. Comment se défendre, en effet, contre l'accusation d'avoir causé la mort par l'action, à distance, d'une substance qui, enfermée dans un tube de verre, n'aurait rien perdu de son poids?

Il faut savoir à quoi s'en tenir sur la réalité du fait allégué.

Il faut donc qu'une commission académique, sans parti pris, se mette aussitôt à l'étude et fasse renouveler devant elle les expériences de M. Luys.

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Luys s'il ne s'oppose pas à ce qu'on nomme une commission de cinq membres.

M. LUYS consent.

La proposition de nommer une commission de cinq membres est alors mise aux voix et adoptée à l'unanimité par l'Académie.

COMMUNICATIONS

Sur les médicaments antithermiques considérés comme sédatifs du système nerveux. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à propos du dernier discours de M. Germain Sée sur l'antipyrine et son action puissante contre certaines névralgies, tient à rappeler que l'acétanilide et le phénol peuvent être rangés dans le même groupe de médicaments antithermiques et analgésiques.

Dans l'acétanilide comme dans l'alcaloïde nouveau que les chimistes avaient nommé « dimethyloxiquinizine » et que les médecins pour plus de brièveté nommèrent antipyrine, ce furent les propriétés antithermiques qui frappèrent le plus tout d'abord. Aussi l'appela-t-on d'après le même principe antifébrine. Mais bientôt on reconnut que l'action que ces substances pouvaient exercer contre la fièvre n'étaient pas leur indication principale, et on abandonna ce mot pour reprendre le nom chimique d'acétanilide qui ne préjugeait rien et était prononçable.

M. Dujardin-Beaumetz résume les dernières recherches de M. le professeur Lépine (de Lyon) et les siennes propres sur les effets de l'acétanilide, particulièrement efficace contre les douleurs fulgurantes des tabétiques, celles qui sont causées par la compression des nerfs ou de la moelle, qui accompagnent la névrite des nerfs optiques, etc.

La dose journalière a pu être portée jusqu'à 3 grammes dans certaines circonstances. Elle était ordinairement de 1gr50 à 2 grammes, fractionnée toujours par portions de 50 centigrammes. Dans certains cas, il se produit une cyanose manifeste avec refroidissement, ce qui tient à la diminution de l'oxyhémoglobuline transformée en méthémoglobuline.

Mais cette cyanose n'a jamais présenté le moindre danger.

Le salol, sur lequel un des élèves de M. Dujardin-Beaumetz vient de faire une excellente étude, présente aussi des propriétés sédatives du système nerveux non douteuses, comme on l'a constaté chez des tabétiques, des rhumatisants, etc.

Il est très peu toxique et peut s'administrer à la dose de 4 à 8 grammes par jour. On peut le considérer comme une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, et on retrouve libre, le premier de ces corps dans les urines des malades auxquels on administre ce composé.

Si l'on compare, au point de vue thérapeutique, les trois corps nouveaux qui jouissent également de propriétés analgésiques, on constate que l'antipyrine se montre supérieure, dans les névralgies, les migraines, les céphalées, à l'acétanilide, qui lui est, au contraire, supérieure dans les douleurs des tabétiques, etc.

M. Dujardin-Beaumetz avait espéré que l'acétanilide pourrait constituer une médication efficace contre l'épilepsie. Il avait en effet obtenu deux succès. Mais les expériences faites à Bicêtre dans le service de M. Denys et celles qui ont été poursuivies à la clinique de M. Joly (de Strasbourg) ont été négatives.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle en terminant le mot d'Hippocrate : « Soulager est une œuvre divine. »

M. GERMAIN SÉE. J'aurai à parler longuement encore sur les antipyrétiques, notamment sur l'antipyrine et l'acétanilide. Mon ancien élève, M. Lépine, a dit que si j'avais connu l'acétanilide, je ne lui aurais pas préféré l'antipyrine. Je la connaissais à merveille ; mais c'est un toxique redoutable, attaquant les globules du sang, donnant à celui-ci une couleur chocolat et produisant une cyanose effroyable.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Sée ne veut pas dire sans doute que l'acétanilide tue nos malades. Elle les bleuit quelquefois ; mais comme ils ne souffrent pas, ils se consolent d'être bleus. N'a-t-on pas accusé d'ailleurs l'antipyrine elle-même d'être un toxique dangereux parce qu'elle provoquait quelquefois une éruption rouge ? Rouges ou bleus, nos malades n'en sont pas moins heureux d'être soulagés de leurs douleurs sans aucun danger pour leur vie.

M. GERMAIN SÉE. Je demande que la suite de la discussion soit remise à la prochaine séance, pour que je puisse avoir le temps de rassembler tous les documents que je possède sur cette question complexe.

Le traitement des cirrhoses du foie. — M. LANCEREAUX fait une communication sur ce sujet (voir plus haut, p. 864).

A cinq heures la séance est levée.

Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Grassi, ancien directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de soixante ans.

— *Errata*. P. 841, 2e colonne, ligne 18, lire « Mendousse » au lieu de « Hendoupe ». — P. 854, note, avant-dernière ligne, lire « tous les jours » au lieu de « toujours ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21607

sont très bourrus, étaient eux-mêmes tout blancs. Nous étions ébaubis.

Après avoir savouré un café bouillant sous la tente-popotte, qui s'abat la dernière, nous avons, en attendant le départ, allumé du feu, et nous nous sommes chauffés sur toutes les faces, en battant la semelle et en faisant fumer nos manteaux, qui n'étaient pas complètement secs.

A propos de ces feux que l'on alimente avec les arbustes et les herbes, il est indiqué de signaler l'odeur infecte qu'ils répandent. Quand on est sous le vent, ce qui est toujours le cas de l'ambulance, on est très désagréablement affecté. Je crois que c'est l'armoise qui est la cause de ce parfum; il rappelle celui de la valériane en décoction, et ça ne sent pas bon.

Aux innombrables étoiles, a bientôt succédé un brillant soleil. Mais le froid était vif, et l'on arpentait avec plaisir.

A la grande halte, le général en chef a, devant les troupes formées en carré, distribué plusieurs décorations. J'y ai pris un très vif intérêt. Ne sais-je point par moi-même ce que vaut cet honneur du ban qui s'ouvre et fait vibrer jusqu'à la dernière fibre?

Nous avons traversé quelques chaumes de blé et de maïs, et, par exception, un oued fangeux d'où l'on est sorti sauf, pour n'en pas dire plus. On voyait, tout contre les monts, des douars dont les gens ont, comme à Kasserine, apporté des fusils (des patraques). Ces gens-là, sur qui je ne puis m'empêcher de tomber, toutes les fois que je les rencontre, ne font, pour vivre, que le strict nécessaire. Si habiles qu'ils soient à borner l'horizon de leur existence matérielle, il n'en faut pas moins qu'ils mangent et fassent manger leurs bêtes. C'est pourquoi ils sèment et récoltent quelques céréales. Mais ils se contentent de gratter le sol avec une charrue élémentaire, et ils n'enlèvent même pas les chardons qui les encombrent.

Nous avons campé à l'entrée du *Kanguet-el-Sloughui* (le défilé des lévriers), sur les vestiges d'une ville (Hamina), tellement ruinée qu'il n'y a pas à en parler.

Il y avait 10 degrés à quatre heures du soir.

Beccaria (13 décembre). — Trois kilomètres d'un défilé bien nommé (car un lévrier est seul capable de le franchir facilement et rapidement), tel a été le début de l'étape. Comme on ne pouvait s'y engager qu'à la queue leu-leu, on a échelonné la colonne. La cavalerie est partie à six heures et demie, les malades ont suivi à sept heures, puis le convoi, à sept heures et demie, et le gros, dont je faisais partie, a filé à neuf heures.

A dix heures, après quelques difficultés que le génie avait autant que possible aplanies, nous débouchions dans la dernière plaine tunisienne, que nous avons semée d'animaux exténués. Sans aucune comparaison, je venais d'avoir mon dernier mort de l'expédition. Nous avons encore eu maille à partir avec un oued, et, enfin, nous sommes arrivés au bout de ce territoire méridional qui n'est qu'une vaste ruine, et où je compte bien ne pas remettre les pieds.

Nous sommes rentrés sur la terre algérienne par un dernier défilé (Kanguet-el-Mouhab), où j'ai suivi les sentiers des piétons et des mulets. Nous étions à 1 200 mètres d'altitude, dans les nuages qui se fondaient en une pluie serrée et fouettée par un vent glacial. C'était la tempête, et notre colère impuissante s'épanchait en un flot d'homériques injures.

Dieux immortels! quelle nouvelle onglée par tous les bouts, et que je suis étonné qu'on ne se soit pas cassé les reins dans cet horrible trajet! Ce n'étaient que ravines, rocs et pins enmêlés. On ne savait plus où l'on était. Les mulets faisaient des prodiges de souplesse et d'agilité. Et moi, je me laissais aller machinalement aux mouvements de ma bête, comme on doit le faire en pareille circonstance, et comme on nous l'avait fortement recommandé.

L'artillerie, les chevaux, les chameaux et autres impedimenta avaient pris un détour que nous, les troupiers et les moins empêtrés, nous évitions, pour ne pas allonger la route.

A trois heures, nous étions sauvés, nous faisions une pause pendant laquelle nous allumions quelques touffes d'alfa pour nous déraidir, et, contemplant les neiges qui couvraient les pics, nous glissions doucement sur les pentes qui précèdent la longue plaine de Tébessa.

A cinq heures et demie, nous étions si bien redescendus que la température s'était radoucie, et nous avions la chance d'atteindre sans froid notre camp initial de Beccaria, à l'entrée d'une gorge au fond de laquelle on distingue une ferme avec des peupliers, et dont le nom n'a probablement rien de commun avec celui du publiciste italien. A l'extrême rigueur, ne peut-on pas habiter là sans être criminel?

La nuit tombait, nous n'avions plus que le temps de dresser les tentes, et pas celui d'envoyer assez loin chercher de l'eau claire. Nous en avons eu de tellement trouble que j'ai été consulté pour savoir si l'on devait passer outre. Sur mon avis affirmatif, basé sur l'action du feu qui cuit tout, la soupe a été faite. Seulement on a eu le soin, avant de la tremper, de laisser reposer le bouillon, où l'on a ensuite constaté 2 centimètres de dépôt.

A huit heures nous la dégustions chaude et bonne, et maintenant je vais dormir,.. sans opium.

Tébessa (14 décembre). — A la pointe du jour, par un vrai ciel d'hiver, nous avons repris notre route, et, à onze heures, nous avons campé aux abords de Tébessa.

Les camarades nous attendaient pour un déjeuner succulent, où il y avait du beurre, des œufs, une salade avec nappe blanche, devant un bon feu, dans une pièce bien close. Inutile d'insister sur l'honneur que nous avons fait à cette table, où le cœur nous conviait. Le souvenir m'en est resté fidèle!

II

Et ce fut fini pour la colonne, dont la dislocation officielle s'effectua le 16. Les malades avaient été immédiatement hospitalisés, et, depuis ce moment, l'ambulance n'existait plus que de nom: cette chère ambulance, où les angles s'émoussaient facilement et où l'on était tranquille, quoiqu'on y fût régi par le vieux jeu, consistant à ne nous reconnaître d'autres droits que ceux du médecin soignard.

Quand on levait le camp, il y avait quelques à-coup déterminés par le défaut d'unité dans le commandement. L'officier d'administration, qui s'acquittait admirablement de sa besogne, et nous réveillait tôt, de peur de n'être pas prêt à l'heure, et l'officier du train, qui n'aurait pas d'une minute devancé la sienne, et voulait régenter à sa façon, n'étaient pas toujours en parfait accord. J'intervenais doucement; les tiraillements disparaissaient, et le service ne souffrait pas. Mais on ne faisait pas qu'un comme dans la Trinité, et il fallait composer avec l'humeur de ceux-ci, l'ignorance de ceux-là et la susceptibilité de tous, parce que personne ne commandait effectivement, l'intendance étant surchargée et se débrouillant ailleurs.

Et n'est-ce pas le cas de redire, après beaucoup d'autres, qu'on perd pied dans les eaux de la Faculté, à vouloir s'y fourrer sans connaissances spéciales? Le médecin n'est-il pas le directeur naturel de l'hôpital, de l'ambulance, de tout ce qui touche au malade, et ne doit-il pas avoir sous sa dépendance immédiate, comme moteur principal, tous les rouages de la machine sanitaire? Où est la compétence en la matière et à qui s'adressait-on, même dans les errements anciens, si ce n'est au médecin? Dans l'esprit de l'autorité, c'était le médecin qui commandait, et je dus personnellement, en plusieurs circonstances, décliner toute responsabilité, ne commandant à personne, ni à rien.

Nous ordonnions des drogues, voilà tout; et, notons-le hardiment, nous en avions trop à notre disposition. A mon humble avis, la thérapeutique d'une troupe en marche devrait être réduite à la plus grande simplicité; ne comporter ni manipulations, ni triturations, ni comptabilité, et ne comprendre que quelques médicaments absolument indispensables: l'opium, la quinine, l'ipéca, le calomel et puis le chloroforme, et ce serait à peu près tout... pour le meilleur usage possible. Et le matériel serait ainsi réduit. Cela paraît tellement vrai qu'avec le système des foudroiements modernes, on est en droit de se demander à quoi il servira, en dehors de ce qui tient à la chirurgie.

Le matériel médical, les objets de pansement et les ustensiles sont, en Afrique, contenus dans des cantines portées par paires, à dos de mulet. Il me revient même, à ce sujet, une plaisante remarque. Nous en avions trente, médicales et chirurgicales, pouvant se détripler au besoin, mais n'en existant pas moins; et comme chaque cantine était munie de deux cadenas dissemblables, c'était soixante clefs dont on avait la garde et qui étaient supendues à un signe de ralliement en parchemin.

Oh! ces clefs! c'était lourd, encombrant; et quelles habitudes d'ordre il fallait avoir pour tirer tout de suite, dans le tas de celles qui servaient au roulement journalier! Demandez plutôt à mon compagnon de tente, le pharmacien, à qui j'en avais confié une bonne part, et dont l'occasion d'exalter les excellentes qualités se présenterait ici toute seule, si je ne devais effaroucher sa modestie.

Le comptable avait dû se procurer un assortiment de cadenas, en prévision de la casse, et nous marchions derrière l'artillerie et le trésor dont une seule clef, si je ne me trompe, ouvrait tous les coffrets. Pour le répéter, n'était-ce pas le vieux jeu?

A l'ambulance, qui fonctionna deux mois, avaient été admis 784 malades (5 officiers, 27 sous-officiers, 752 soldats) : un douzième de l'effectif. 19 soldats étaient morts sous nos tentes, 4 avaient été tués à l'ennemi; il y avait eu 7 décès après évacuation : total, 30. Nous avions pansé 23 blessés par faits de guerre. Les accidents telluriques, la fièvre typhoïde et la dysentérie avaient été les principaux facteurs des autres malfaisances.

III

Et je relie, par un dernier fil, ces pages décousues.

Le 14 octobre, nous étions partis frais et gaillards de l'antique Théveste. Engagés, presque sans coup férir, dans des régions sauvages, nous avions eu, dès la première heure, la surprise des ruines d'Haïdra, dont les marbres couchés ne semblaient qu'endormis; puis, soutenus dans nos fatigues par l'avide désir des choses ignorées, ébahis par ces monts et ces plaines dont l'air même est désert, nous avions exulté en découvrant Kairouan, cette terre promise où nous ne devions trouver que désenchantement.

Maintenus en haleine par les attraits du Sud, ses sables, ses palmiers et son ciel toujours bleu, nous avions vu Gafsa, et les extases préconçues s'étaient, cette fois, complètement évanouies sous la brutale et triste réalité qu'à chaque pas des ruines faisaient de plus en plus poignante. Et nous étions rendus!

Quel rêve et quel réveil!

Vous ne connaissez pas Tébessa; peut-être même, vous n'avez jamais entendu parler de cet étroit carré d'épaisses murailles qui s'honorent d'avoir vu naître Bélisaire. C'est si loin, quand on vient du rivage, là-bas, derrière les plaines séparées par des monts dont les bizarres découpures festonnent l'horizon! On y arrive fourbu et ahuri par les cahots, aveuglé par la poussière ou empêtré de boue. C'est grand et plat comme la main; tout est petit dans ce petit village : les bâtisses, les rues et... l'envie d'y rester. On y est au bout du monde, et, malgré de magnifiques vestiges de basilique, un arc de Caracalla sur lequel est inscrite la troisième légion Augusta, un temple de Minerve dont le portique est encore admirable, un élégant modèle d'église primitive, élevée par un curé patriarcal, on a quelques raisons de s'y croire perdu.

Quand on revient des sables, cela prend un aspect qui réjouit le cœur; les misères s'oublient devant ces murs qui vivent, la pluie y est supportable, l'encombrement y est gai. Les Arabes qui, au fond, nous mangeraient là comme ailleurs, si nous lest laissions faire, et les Juifs qui, comme partout, n'en veulenqu'aux gros sous, y sont un peu moins sales. Enfin, au risque de sembler dire une énormité, c'était la vie reprise et c'était le bien être.

Tébessa! n'était-ce pas quelque part, pour n'être pas Argos!

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (CONGRÈS DE TOULOUSE), 1887.

Le secrétariat de l'Association française nous adresse la liste complémentaire des communications qui doivent être faites au Congrès de Toulouse, le mois prochain. Nous y relevons les travaux suivants qui se rapportent plus particulièrement aux sciences médicales.

MM. ARMAINGAUD (de Bordeaux) et PAUL LAFARGUE (de Perpignan). Le sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer.

M. ARMAINGAUD (de Bordeaux). Le sanatorium maritime d'Arcachon.

M. ARNAUD (de La Josse). Introduction à l'étude des signes de la mort de l'organisme. — État actuel des connaissances sur les signes de la mort. — Recherches des signes directs de la mort de l'organisme.

MM. BLEICHER et BARTHÉLEMY (de Nancy). Nouvelles recherches anthropologiques sur les camps d'Affrique et de Fourasse; étude des matériaux calcinés et vitrifiés.

M. E. BRÉMOND fils (de Paris). Action entrophique du traitement térébenthiné.

M. EM. BOURQUELOT (de Paris). Sur l'emploi de la photographie microscopique pour l'étude de quelques matières sucrées cristallisables.

M. CARE-DURBAN (de Bordes-sur-Lez). Anthropologie : Sépultures à incinération de Bordes-sur-Lez.

M. CERTES (de Paris). Sur les micro-organismes qui se développent dans l'eau du griffon des sources thermales.

M. CH. CHARDIN (de Paris). Exposé des modifications pratiques introduites dans le principe et la disposition des appareils électro-médicaux dans le but d'en faciliter l'emploi loin des centres de production.

MM. CHAZARAIN et CH. DÈCLE (de Paris). Découvertes des courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain, où détermination des lois des actions des courants électriques appliqués sur la peau dans un but expérimental ou thérapeutique. — Démonstration expérimentale faite sur plusieurs sujets.

M. A. COMBE (de Paris). Note sur les hémorrhagies et les congestions buccales dans leurs rapports avec les fonctions de l'utérus.

M. F. GAILLARD (de Plouharnel). Anthropologie : Des menhirs isolés, des talus et de leur concordance avec les dolmens; diverses fouilles à l'appui.

MM. F. JOLYET, J. BERGONIÉ et C. SIGALAS (de Bordeaux). Étude sur les échanges gazeux dans la respiration de l'homme.

M. J. KUNCKEL D'HERCULAIS (de Paris). Distribution géographique des insectes à Madagascar.

M. LANDESQUE. Anthropologie : Des premiers âges de la pierre dans le Périgord et dans l'Agenais.

M. L. MANOUVRIER (de Paris). Étude sur le prognathisme.

M. L. MONTAZ (de Grenoble). D'un mode de début fréquent et non décrit de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë.

M. NIVET (de Clermont-Ferrand). Note sur les épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné à Clermont, en 1877 et 1886.

M. E. NOCARD (d'Alfort). Sur le tétanos.

M. PALLARY (de Sidi-bel-Abbès). Sur le régime des eaux en Algérie depuis l'époque quaternaire.

MM. H. et L. SIRET (d'Anvers). Fouilles anthropologiques dans le sud-est de l'Espagne.

M. THIRIAR (de Bruxelles). Quelques mots sur l'ectopie testiculaire et ses conséquences.

Le secrétariat de l'Association française nous prie d'annoncer que la mobilisation du 17e corps d'armée ne modifie en rien le programme du Congrès de Toulouse sur lequel elle n'aura aucune influence, les opérations militaires devant être terminées avant l'ouverture de la session.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 août 1887, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Parent, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

MM. les docteurs en médecine Pillet, Colleville, Pascalis, Chatellier, Jullian, Chaslin, Perrenot, Lefranc et Bertrand.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Brocq.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Cabasse et Ribemont.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Fréry.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Quéré.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Petit et Ollive.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Duran, Chenantais, Bayou, Harel, Ertaud et de Sallier-Dupin.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Lemarié.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. Callen et Méricamp.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Rey, Saussol, Bitot, Bezy et Valude.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Barthez et Veil.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Armandy.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Bosson, Nicole, Bourguignon, Blaudez et Soufflet.

— Par décrets, en date des 26 et 28 août 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, démissionnaires, Segrestan et Bellouard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Conit, Buchin, Brégeat, Scheydt, Marty, Pirodou, Charles, Tarrou, Nivet, Schürrer, Ménétrier, Dasque, Nabias, Rochet, Ramakers et Camescasse.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Figuier, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Lacomme, Vial, Baudoin, Dulau, Six, Jacquet et Porteret.

— Par décision ministérielle, en date du 27 août 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Viry, pour occuper un emploi de son grade à l'administration centrale du ministère de la guerre ; Poignon, pour occuper un emploi de son grade à l'École de Saint-Cyr ; Mounier, pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire de Belfort ; Schindler, pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— L'Académie des sciences vient de recevoir le legs d'une somme, dont les arrérages devront servir à la fondation d'un prix qui portera le nom de prix *Pourrat*, du nom de son généreux donateur.

Ce prix, d'une valeur de deux mille francs, devra être décerné, tous les ans, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet proposé chaque année par l'Académie, et relatif à l'art de guérir.

La Commission, chargée de désigner la question à mettre au concours pour 1888, a été nommée dans la séance de lundi dernier ; elle se compose de MM. Charcot, Bouchard, Larrey, Marey et Richet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21617

N° 107. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 6 SEPTEMBRE 1887. — N° 107

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL

Causes d'erreur et règles d'expertise dans les affaires d'attentat à la pudeur.

Voyons aujourd'hui les conditions dans lesquelles peut se présenter l'expertise dans les affaires d'attentat à la pudeur. Cette question ne saurait être trop élucidée, car les causes d'erreur sont si fréquentes dans cette matière, que M. Lorain disait qu'il se fait, chaque année, à Mazas, dix ans de prévention de trop, sur l'inculpation erronée d'attentat à la pudeur.

Ces causes sont diverses ; mais, presque toujours, la faute du médecin est de suivre trop facilement la voie ouverte par le client, et de prendre ainsi, souvent, un point de départ faux. Un premier cas est celui du honteux chantage de certaines femmes, au moyen d'attentats à la pudeur simulés sur leurs filles. Une femme avait accusé un homme d'attentat à la pudeur sur sa petite fille. En effet, la vulve était très tuméfiée, et l'examen de l'hymen était rendu impossible par le gonflement des grandes lèvres, rouges, excoriées, pointillées. M. Fournier, trouvant une disproportion entre l'attentat unique supposé et l'état des parties, eut l'idée de promettre une poupée à la petite fille, si elle lui disait la vérité. L'enfant raconta alors que sa mère lui frottait les organes génitaux avec une brosse à cirage. M. Fournier a rapporté cinq cas semblables à l'Académie de médecine. Ces cas sont intéressants; il faut les connaître pour les soupçonner. Malheureusement, le procédé de la poupée, qui était permis à un médecin consultant, ne serait pas permis à un expert.

Mais je veux surtout appeler votre attention sur des faits beaucoup plus fréquents, dans lesquels l'erreur résulte d'un enchaînement presque fatal de circonstances dont le talent du médecin devrait rompre à temps la continuité. Il résulte ordinairement de ce préjugé que la vulvite est l'indice certain d'attouchements personnels ou impersonnels. Le récit de ces accusations d'attentat à la pudeur est de tous les temps. Je l'emprunte à Astley Cooper. Le chirurgien anglais signale la fréquence des écoulements vulvaires chez les petites filles, et il ajoute :

« De temps à autre, il arrive qu'une femme impressionnable s'alarme à la découverte d'un tel écoulement et qu'elle soupçonne son enfant d'avoir mal agi; elle va trouver un médecin qui, par malheur, peut ne pas connaître cette maladie, et qui déclare que l'enfant a un écoulement vénérien. .... Qu'arrive-t-il en pareille circonstance? C'est que la mère demande à l'enfant : « Qui a joué avec vous? qui vous a pris sur ses genoux récemment? » L'enfant répond, dans son innocence : « Personne, mère, je vous assure. » La mère reprend alors : « Oh! ne dites pas de pareils mensonges; je vous fouetterai, si vous continuez. » Et alors l'enfant est amenée à confesser ce qui n'est jamais arrivé, pour se sauver du châtiment. Elle dit enfin : « Un tel m'a pris sur ses genoux. » L'individu est questionné et nie énergiquement; mais l'enfant, croyant aux menaces de sa mère, persiste dans son dire; l'homme est conduit en justice; un médecin, qui ne connaît pas bien l'écoulement dont je vous parle, donne son témoignage, et l'homme est puni pour un crime qu'il n'a pas commis. » Astley Cooper conclut en disant : « J'ai vu de tels cas plus de trente fois dans ma vie, et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur (1). »

Je vous supplie de bien retenir cette page; car, sauf la pendaison, ce qui était vrai il y aura bientôt un siècle l'est encore aujourd'hui.

Remarquez bien qu'ici la mère et le médecin sont tous les deux de bonne foi. La petite fille seule ment et invente une histoire dont sa mère lui a fourni inconsciemment, par ses questions, les premières bases, et dont son imagination a bientôt comblé les lacunes.

Si vous m'opposez la candeur naturelle de l'enfant, je ferai appel à vos souvenirs, et je vous dirai que l'enfant se forme volontiers un type idéal de telle personne qu'il connaît ou de tel personnage dont il a lu les exploits dans les livres, au point de s'incarner lui-même dans ce type et de se croire un instant le héros d'aventures fantastiques.

Ajoutez à cela que nous avons affaire à une nature féminine et plus ou moins hystérique. On la mène chez le commissaire de police, chez le juge d'instruction, chez le médecin; on l'interroge, on l'examine; elle se sent quelque chose, elle ment, pour continuer son petit rôle, et, une fois le

(1) Astley Cooper, *Surgical Lectures* (*The Lancet*, 1824, t. III-IV p. 275).

mensonge fait, sous aucun prétexte, elle ne change un mot à ses dépositions. Elle ne se laisse même pas troubler par les invraisemblances qu'on relève dans son récit et qu'on explique par l'innocence du jeune âge.

Voulez-vous une preuve de ce que j'avance? Une petite fille de trois ans, qui était dans le service de M. Lannelongue pour une ophthalmie, ayant contracté une vulvite, on soupçonna un attentat à la pudeur. Je demandai à la petite fille : « Qui t'a fait cela? » et, comme elle hésitait, je m'amusai à lui suggérer le nom d'un grand politique étranger. Elle répondit aussitôt : « Oui, c'est lui. » J'avertis le juge d'instruction qu'il pouvait maintenant l'interroger, qu'elle lui dirait le nom du coupable. Et, en effet, plusieurs jours après, elle lui répéta ce nom; elle ne l'avait pas oublié. Rien ne ment aussi facilement qu'une femme.

Un mensonge plus difficile à dépister est celui d'une jeune fille, qui, voulant se débarrasser d'un tuteur et même d'un père gênant, l'accuse de l'avoir déflorée. Il y a là, du reste, un aléa qui échappe au médecin légiste.

Mais, lorsqu'une femme vous amène sa propre fille, en se plaignant qu'elle a été violée, songez que vous êtes en danger d'aller en assises, et surveillez ce que vous allez dire. Certains médecins ajoutent trop volontiers à leur certificat que la vulvite qu'ils constatent est le résultat manifeste d'un traumatisme; d'autres vont même jusqu'à certifier que la membrane hymen a complètement disparu, comme si l'hymen disparaissait du vagin d'une femme comme une pièce de cinq francs d'un porte-monnaie. Quand vous verrez de pareilles affirmations dans un rapport, vous pourrez dire que le médecin qui l'a signé n'a jamais vu de membrane hymen.

Il y a quelques années, j'étais appelé à déposer en justice avec un jeune confrère. Sur sa déclaration que la membrane hymen avait complètement disparu, la justice avait poursuivi, et j'avais trouvé, à mon tour, la membrane hymen intacte. A l'audience, le président, que nos deux dépositions contraires étonnaient beaucoup, nous pria de procéder simultanément et séance tenante à un nouvel examen, et il me fut facile de montrer à mon collègue cette membrane, d'une intégrité indubitable. Or, sur l'aveu très loyal qu'il fit de son erreur, le président lui en demandant l'explication, il répondit : « M. le président, je n'ai jamais vu de membrane hymen. Dans les hôpitaux, lorsqu'on examine une femme devant les élèves, c'est qu'il y a une vaginite, une métrite, et, depuis longtemps, la membrane hymen n'existe plus. Si je m'étais permis de rechercher comment est faite cette membrane, sur des jeunes filles non déflorées, j'aurais moi-même commis un attentat à la pudeur. » Ceci est vrai pour la grande majorité des étudiants en médecine. C'est une raison de plus pour que l'extrême prudence soit votre première règle d'expertise.

L'interprétation du crime de viol sur les adultes est beaucoup une question de nuance. L'indignation n'est bien souvent, chez eux, qu'à la surface ; je me rappelle une femme qui disait : « Monsieur, il m'a jetée par terre, sans même me faire compliment sur ma figure! » A moins que la victime n'ait été assommée d'abord par des coups, il lui est toujours facile d'empêcher un acte de s'accomplir, par un simple mouvement du bassin.

Lorsque vous serez commis à un examen, diminuez le plus possible les délais, mais ne faites jamais vos constatations sans la présence des parents; d'abord parce que la petite fille pourrait très bien changer le nom de l'inculpé en y substituant le vôtre; ensuite parce qu'il n'y a aucun article du code qui oblige les personnes à se soumettre à un examen de ce genre, et, du moment que vous avez affaire à une mineure, le consentement, au moins tacite, des parents est nécessaire. Autant que possible, ne procédez pas à l'examen chez eux. Vous manqueriez souvent de lumière pour constater des érosions, des lésions peu apparentes. Mais, surtout, vous devriez engager une lutte dangereuse avec la petite fille qui, chez elle, se défend, crie, fait un tapage infernal. Je dis dangereuse, parce que, dans un cas cité par Liman, les parties génitales de l'enfant ayant été ensanglantées par l'expert, on ne pouvait plus savoir si la défloration avait été faite avant ou pendant l'examen. Je vous engage donc à faire parvenir, par le commissaire de police, une lettre invitant les parents à vous amener leur fille tel jour, à telle heure, dans tel endroit. En procédant de la sorte je n'ai jamais rencontré de résistance, jamais!

Une autre question, souvent débattue, est celle-ci : Le médecin expert doit-il demander des renseignements à la petite fille et à la mère? Quelquefois, il est impossible de ne pas demander des renseignements, mais le corps du rapport et les conclusions ne doivent viser que ceux de ces renseignements susceptibles d'être discutés au point de vue médical. L'expert doit opposer à tout instant, dans son rapport, les dépositions de la mère et ses constatations personnelles à propos de la nature, de la date, des conditions de l'attentat. Ces comparaisons constituent les meilleurs éléments de démonstration.

Les modifications qui surviennent après le coït, dans les organes génitaux externes, fourniraient, d'après certains auteurs, des signes multiples et probants. Or, lorsque les grandes lèvres sont bien développées, chez des enfants bien portantes, elles forment deux bourrelets épais et fermes, absolument en contact sur la ligne médiane et cachant les autres parties. Au contraire, chez les enfants maigres et maladives, l'absence de tissu cellulo-adipeux amène la rétraction des grandes lèvres et laisse à jour les petites lèvres, qui sont alors allongées en forme de triangle.

Vous voyez déjà là une différence très marquée, qui ne dépend que de la constitution personnelle. Mais, dans l'immense majorité des cas, les déformations sont congénitales; par exemple, ces points sébacés des petites lèvres proéminentes, qu'on a regardées comme un caractère du *manuélisme*.

Il y a un autre organe qui a une certaine réputation : c'est le clitoris. J'ai déjà insisté sur cette question à propos du livre de M. le docteur Martineau (1), et je pense que vous avez accepté, avec moi, que les déformations qu'il signale ne donnent pas la mesure des habitudes incriminées. Je veux bien que la rougeur et l'érectilité du gland soient une présomption, mais non un caractère absolu.

Une déformation spéciale aux petites filles a été décrite par Dolbeau sous le nom de *canal vulvaire*. La verge, trop grosse pour pénétrer dans le vagin qui, chez une petite fille de cinq ou six ans, a environ le diamètre d'un porte-plume, fait fausse route et creuse, au-dessus de la fourchette, une espèce de cavité en cul-de-sac.

C'est vrai; mais c'est aussi, quelquefois, une conformation de famille. Pour ma part, j'avais constaté, chez une petite fille, un canal vulvaire où j'introduisais le pouce. La

(1) *Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie,* Paris, 1884.

mère accusait le père d'avoir commis un attentat sur son enfant, pendant qu'elle était absente avec sa seconde petite fille.

Il me semblait difficile de conclure sur un signe unique, et je demandai au juge d'instruction la permission d'examiner cette autre enfant. Elle présentait exactement la même conformation, qui était évidemment un caractère de famille. Vous voyez qu'il peut être utile, dans certains cas, d'étendre l'enquête.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Kyste synovial du creux poplité; extirpation antiseptique; guérison.

Pierre S..., huit ans, est dans un collège de Paris. Sa mère s'est aperçue, il y a un an, que le jarret droit de son fils était différent de l'autre. Elle l'a vu pour la première fois en lui faisant porter un pantalon court. L'enfant jouait et ne paraissait pas en souffrir; seulement, il lui arrivait de sentir un peu de fatigue de temps en temps.

État local. — Quand la jambe est étendue, on voit un gonflement manifeste, occupant le côté interne du creux poplité et descendant un peu sur la jambe. Par la palpation, on sent une tumeur assez résistante, dont l'extrémité inférieure descend à 3 centimètres du milieu de la région poplitée. En fléchissant la jambe, on sent que la tumeur plonge dans le tissu cellulaire de la région et pénètre profondément. On reconnaît alors qu'elle a une forme allongée, en massue, plus grosse que le pouce, et longue de 5 à 6 centimètres environ.

Elle passe sous le tendon de la patte d'oie, atteint le jumeau interne, sous la partie supérieure duquel elle se perd.

La tumeur est nettement fluctuante, plus dure quand la jambe est étendue; complètement irréductible. Elle n'a ni battement ni souffle. Elle n'est pas douloureuse à la pression, ne détermine aucun symptôme de compression des vaisseaux ou des nerfs. Le genou ne contient pas de liquide.

Je porte le diagnostic facile de kyste synovial, venant probablement du jumeau interne.

Opération. — 27 novembre. La région est convenablement nettoyée. Incision à la partie interne du creux poplité. Je découvre l'extrémité du kyste, qui a une forme arrondie et une teinte blanchâtre. Je dissèque avec attention le tissu cellulaire qui entoure le kyste, sans le crever. J'isole le kyste des tendons de la patte d'oie, qu'il contourne, et je le poursuis jusqu'au tendon du muscle jumeau interne, auquel il adhère solidement.

La forme de la tumeur rappelle tout à fait celle de la vessie natatoire des poissons. Je l'ouvre en la coupant en travers, et il en sort le liquide filant, blanc, classique, des kystes synoviaux. Je résèque alors les fragments de la poche, aussi profondément que possible, au ras du jumeau, et je puis alors constater que le fond du kyste présente une ouverture large, qui passe sous le tendon du muscle jumeau interne. Un stylet introduit pénètre profondément sous le tendon; mais je ne fais aucune tentative pour atteindre l'articulation.

Le reste de la poche est ensuite gratté avec une curette, pour en modifier la paroi interne, puis touché avec une solution phéniquée à 10 p. 100. La plaie est lavée au sublimé et suturée. Un drain court; pansement à l'iodoforme.

28 novembre. La nuit a été bonne. Pas de douleurs. Le pansement est renouvelé, bien qu'il ne soit pas taché. Le drain est nettoyé et raccourci. Température, 37°2; pouls, 90.

1er décembre. Pansement. Le drain est enlevé; il n'y a pas de sécrétion. État général excellent.

6 décembre. Pansement. Les fils sont enlevés. La peau n'est pas réunie partout, parce qu'elle s'était enroulée. Pas de trace de pus ni d'inflammation. Le fond de la plaie est fermé. L'écartement des lèvres de la plaie est de 1 millimètre environ. Je les réunis par des bandelettes de tarlatane collodionnée.

L'enfant se lève.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LES AMYGDALITES INFECTIEUSES

Par M. le docteur Dubousquet-Laborderie.

I

Avant de parler de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement, il est bon de jeter un rapide coup d'œil sur l'historique de cette question nouvelle de pathologie.

Kannemberg, à la Charité de Berlin, signale l'infection et la néphrite qui accompagnent l'amygdalite phlegmoneuse.

C'est à M. le professeur Ch. Bouchard que revient le mérite d'avoir, le premier en France, fait des recherches sur l'infection et la néphrite de l'amygdalite aiguë et c'est lui qui a proposé la dénomination d'infectieuses pour distinguer ces amygdalites (Cours de la Faculté et *Revue de médecine*, année 1881). En 1883, M. le docteur Landouzy, professeur agrégé, fait à la Charité de Paris de remarquables cliniques où il appelle l'attention des élèves sur de pareils faits (*Progrès médical*, 1883). En 1886, je fais paraître moi-même, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un travail à ce sujet. Depuis cette époque, M. le docteur Joal écrit un mémoire sur l'orchite et l'ovarite amygdaliennes (*Archives générales de médecine*, mai-juin 1886). Depuis longtemps, Lassègue considérait les amygdalites aiguës ou inflammatoires comme une maladie générale et une sorte de fièvre infectieuse.

Pendant le cours de ces amygdalites, il peut survenir des complications du côté des organes génitaux (orchite, ovarite), comme il en survient dans les oreillons, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, le rhumatisme, la variole, et P. James a établi la relation entre l'ovarite et certaines angines tonsillaires.

Tous les médecins ont été frappés par les symptômes parfois effrayants qu'ils constatent pendant certaines amygdalites, et comment s'expliquer qu'une affection purement locale puisse réagir si violemment sur l'organisme! Que d'amygdalites, d'angines phlegmoneuses, d'esquinancies ont été considérées comme simples, quand elles n'étaient que la manifestation la plus visible, la plus palpable d'une infection dont la pathogénie nous échappe encore, mais qui n'en est pas moins réelle. Il y a un grand intérêt pratique à mieux connaître ces faits morbides, comme pronostic et surtout comme traitement.

Il y a aussi un intérêt doctrinal, en ce sens qu'il faut élargir le cadre pathologique et ne plus considérer comme simples et bénignes des maladies *totius substantiæ*.

II

Je ne puis entrer ici dans des détails théoriques sur la pathogénie proprement dite de ces amygdalites infectieuses et rechercher comment il se fait que, dans leur cours, on trouve de l'albumine dans l'urine, en même temps que des dépouilles épithéliales, et qu'il y a coïncidence entre la disparition des microbes du sang, des reins et de l'urine et celle de l'albumine. Je tiens à me renfermer dans les faits simplement cliniques et pratiques, me bornant à rappeler que MM. les professeurs Bouchard et Kannemberg admet-

tent au moins une névrite desquamative et qu'il n'est guère possible de ne pas voir un rapport étiologique entre l'existence des microbes et la production de l'albumine. On peut, à ce sujet, consulter avec intérêt la thèse très bien faite du docteur E. Gaucher, actuellement médecin des hôpitaux de Paris (thèse d'agrégation de 1886, *Pathogénie des néphrites*).

Depuis mon travail, dans le *Bulletin de thérapeutique* au commencement de cette année, j'ai recueilli de nouveaux faits, exerçant dans une localité où la population est nombreuse et misérable, où les gens habitent dans des maisons et rez-de-chaussée humides et encombrés, où les circumfusa et les ingesta sont souvent déplorables, où l'alcoolisme et le surmenage sont des plus fréquents. Sur 29 cas d'amygdalites aiguës, inflammatoires ou phlegmoneuses, j'ai pu toujours incriminer les habitations, les excès ou les privations, le surmenage, l'alcoolisme, l'état antérieur des malades et, sur ces 29 cas, j'ai trouvé 7 fois de l'albumine dans l'urine.

Presque toujours aussi j'ai eu affaire à des gens porteurs de grosses amygdales et sujets aux maux de gorge, ce qui constitue, comme nous le verrons dans un instant, une prédisposition des plus manifestes à cette infection amygdalienne. Mais la nature infectieuse de cette entité pathologique n'exclut pas l'influence du refroidissement qui joue bien son rôle, comme cause occasionnelle, en créant l'opportunité morbide sur des terrains préparés. On observe le plus grand nombre de cas pendant la saison froide ou au moment des changements brusques et fréquents de la température.

Au point de vue étiologique, il paraît donc y avoir des causes relevant du milieu extérieur comme habitations, circumfusa et ingesta, et des causes relevant de l'individu lui-même, comme grosses amygdales, alcoolisme, surmenage, mauvais état antérieur.

III

La symptomatologie ressortira plus claire de la lecture des trois observations les plus typiques qu'il m'a été donné de prendre.

Observation I. — Le 23 octobre 1885, je suis appelé auprès du nommé M..., homme vigoureux mais alcoolique, boucher, âgé de vingt-sept ans. Il habite, toute la journée, une boutique humide, ouverte à tous les vents; il couche dans une chambre donnant sur une cour étroite et malpropre, entourée, d'un côté, par un hangard où on prépare les viandes et, d'un autre côté, par une vacherie.

Cet homme a déjà eu deux fois des maux de gorge, et étant enfant, on a voulu lui couper les amygdales. Les maux de gorge précédents ont ressemblé beaucoup, me dit-il, à celui actuel. A part ces deux atteintes, je ne relève rien dans ses antécédents, sauf des abus alcooliques.

Depuis deux jours, il a mal à la gorge, aux gencives; toute la bouche est douloureuse, et il éprouve une douleur assez vive à chaque déglutition.

Son mal de gorge a été accompagné de frissons à claquer les dents, de céphalalgie très pénible et d'envies de vomir. Il éprouve un brisement général qui lui fait dire qu'il lui semble avoir reçu une volée de coups de bâton. La voix est légèrement voilée. La région sous-maxillaire gauche est un peu gonflée et douloureuse; il ouvre la bouche avec facilité, cependant.

La muqueuse des gencives, de la bouche, du pharynx est rouge. Les amygdales sont rouges et gonflées; elles sont anfractueuses, tailladées, ne présentent aucun enduit. L'amygdale gauche surtout déborde les piliers et touche à la luette, qui est aussi œdémateuse.

J'examine attentivement la peau et les muqueuses, pour m'assurer qu'il n'y a ni éruption ni érosions suspectes. Les poumons, le cœur, les viscères, ne présentent rien de particulier. Le pouls est à 100, la température à 39°5. L'urine est trouble, rare, et contient de l'albumine rétractile (procédé par le liquide Tanret).

La formule du réactif est la suivante :

Iodure de potassium pur	3 gr. 22
Bichlorure de mercure	1 gr. 35
Acide acétique	20 cc.
Eau distillée Q. S. pour	100 cc.

Le précipité ne se redissout pas à chaud; il est insoluble dans l'alcool. Ce réactif est excessivement sensible.

Le précipité obtenu avec ce liquide se fragmente et se caillebote sous l'influence de la chaleur (*albumine rétractile*).

L'urine a présenté de l'albumine pendant cinq jours, diminuant progressivement chaque jour. Le sixième jour, le malade se sentait bien, sauf une fatigue et une faiblesse encore notables, et qui ont persisté pendant plusieurs jours.

Obs. II. — Le 2 novembre 1885, je suis appelé pour Mme L..., fruitière, demeurant absolument en face de la boutique du sujet de ma première observation. Elle vit dans une boutique très humide, sans air; elle en sort à chaque instant, pour servir des clients à l'étalage du dehors. Il est à remarquer aussi que, dans le quartier, il y a, depuis quelques jours, des cas de grippe. Cette dame a eu deux couches normales et une fausse couche. Quoique très lymphatique, elle n'a jamais fait de maladie. Sauf un enrouement presque continuel, de grosses amygdales et des granulations pour lesquelles je lui ai donné des soins, je ne relève rien de particulier dans ses antécédents. Son père, me dit-elle, a eu des esquinancies. Elle a été prise, la veille dans la journée, d'un violent mal de gorge, accompagné de frissons, de courbature, de céphalalgie et d'un mal de reins insupportable. Je la trouve au lit, la figure prostrée, la voix éteinte, pouls 130, température 40 degrés. Elle a eu tellement mal aux reins qu'elle n'a pu rester debout. Rien aux différents organes, aucune éruption, ni érosion sur la peau et les muqueuses, pas trace de rhumatisme. Les amygdales sont très grosses, rouges, luisantes, inégales, le voile du palais et les piliers sont rouges et œdématiés. Léger enduit pultacé dans les cryptes. La déglutition est très pénible et les ganglions sous-maxillaires sont très gonflés, surtout à droite.

L'urine contient de l'albumine rétractile en grande quantité.

Le 3, la température est de 39°4 et le pouls à 100, toujours de l'albumine. L'état général est moins mauvais; la douleur lombaire persiste, mais est moins pénible.

Le 5, pouls 95, température 38 degrés, moins d'albumine, les douleurs de reins sont à peu près calmées.

Les jours suivants, l'albumine diminue pour disparaître et, le septième jour, la température revient à la normale. Cette personne a été longue à se remettre et a maigri d'une façon frappante, comme si elle avait fait une longue maladie. Plusieurs jours après, elle se plaignait encore que ses jambes et ses forces ne revenaient pas. Dans les deux premières observations, je n'ai pas pu malheureusement faire l'examen microscopique de l'urine.

Obs. III. — Charles E..., âgé de vingt-cinq ans, menuisier, habite un rez-de-chaussée bas et humide, il a des habitudes d'intempérance qu'il avoue lui-même; c'est un homme grand et vigoureux, quoique lymphatique. Il n'a jamais fait de maladie et n'a souffert que de plusieurs atteintes de maux de gorge, qui ont toujours présenté les mêmes caractères (frissons, fièvre, gonflement des amygdales avec gêne extrême de la déglutition, puis ses abcès percent et il est soulagé). Le 9 janvier dernier, il est atteint pour la cinquième fois. Je le vois le 11 et, à ce moment, la température est de 39 degrés, le pouls à 100; les amygdales sont énormes et il ne peut desserrer les dents. Il n'y a aucun enduit sur les amygdales. Il se plaint de douleurs fort pénibles siégeant à la région lombaire et n'a pu rester debout. Le 15, il crache du pus en assez grande quantité et se trouve soulagé. Le 17, au matin, il s'aperçoit qu'il est enflé, que ses paupières lui pèsent et il vient me voir dans cet état. Le 20, l'auscultation ne montre rien de

particulier du côté du cœur, ni des poumons, sauf quelques râles humides aux deux bases.

Le foie et la rate sont manifestement augmentés de volume. Il ne porte aucune trace d'éruption, ni desquamation. La figure est bouffie, les paupières et les membres inférieurs sont le siège d'un œdème très marqué, il urine peu et souffre encore des reins. L'urine est rouge brique et contient une grande quantité d'albumine rétractile; le microscope y montre l'existence de quelques cylindres granuleux et bâtonnets. J'ai suivi ce malade attentivement et, soumis au régime lacté, il n'a pas tardé à voir disparaître l'œdème et les douleurs rénales, mais l'albumine a persisté jusqu'au 21 février.

Sans l'albuminurie l'état de mes malades pouvait fort bien n'être que le résultat d'une très vive inflammation, ayant frappé en même temps la muqueuse de la bouche, du pharynx et les amygdales.

Dans aucun cas, je n'ai vu de production herpétique ou diphthéritique et *c'est précisément l'absence d'angine ayant le type herpétique ou diphthéritique et la présence de l'albumine, qui caractérisent les amygdalites infectieuses.*

La deuxième observation est intéressante, par l'élévation de la température, 40 degrés, et la douleur rénale, qui diminua en même temps que l'albumine. Cette fois, le rein n'a-t-il pas été touché assez pour réagir douloureusement comme dans les néphrites aiguës?

Dans ce cas, la convalescence est longue et s'établit difficilement.

Dans la troisième observation, nous voyons l'infection, l'imprégnation de l'organisme devenir plus intimes, plus intenses, plus profondes.

Il y a de l'œdème; le foie et la rate sont volumineux; il y a des râles pulmonaires et les reins fonctionnent mal, pendant plus d'un mois.

Faut-il admettre une simple coïncidence d'amygdalite avec fièvre vive, avec hyperthermie et production d'albumine, ou bien une infection qui frappe également la gorge et les reins. Chaque jour, nous voyons des angines, des pneumonies, des rhumatismes, des fièvres typhoïdes, qui donnent lieu à une fièvre plus vive et de plus longue durée, sans qu'il y ait albuminurie. De plus l'albumine rétractile est surtout produite par une maladie du rein et non par une altération propre du sang. La lésion du rein ou tout au moins son irritation est donc indiscutable, puisque, outre l'albumine qu'on trouve dans l'urine, le microscope y décèle la présence de bâtonnets, de cylindres granuleux et qu'on y a constaté des bactéries à forme rectangulaire, isolées ou soudées, et des points brillants mobiles ou immobiles.

On lit aussi dans les auteurs des cas où des angines franchement inflammatoires ont déterminé des accès convulsifs, délirants, des complications du côté des articulations, de l'ovaire, du testicule, et il me semble bien difficile de rejeter l'infection de tout l'organisme. Mais de toutes ces manifestations plus ou moins tapageuses, *c'est l'existence de l'albumine, la plus importante de toutes, qui avait le moins attiré l'attention.*

Cette infection explique le cas où on meurt (un malade est mort dans le service de M. le professeur Bouchard, et l'autopsie relate des altérations communes aux maladies infectieuses, sans que l'existence de lésions puisse infirmer le diagnostic d'amygdalite infectieuse, qui avait été porté) et donne la clef de ces symptômes, qui prostrent le malade et lui imposent une convalescence longue et difficile.

Il est intéressant de se demander pourquoi existent cette manifestation et cette détermination du côté de la bouche, du pharynx et surtout des amygdales. Kannemberg pense qu'il se fait, après l'infection générale, une décharge sur les amygdales, comme si elles étaient chargées d'éliminer l'agent nuisible. Avec M. le docteur Landouzy, je crois plutôt que les amygdales servent de porte d'entrée et de réceptacle à l'agent infectieux. Placées à l'entrée du pharynx, comme des paravents, elles *écopent* tout, pour me servir d'une expression de Ricord, parlant de l'urèthre en hypospadias, qui, par sa position, ramasse toutes les impuretés qui se trouvent sur son chemin. Nous savons que les personnes qui ont le plus souvent mal à la gorge, sont les lymphatiques, les scrofuleux à amygdales grosses, inégales et anfractueuses; on a même noté que certaines familles y sont plus spécialement prédisposées.

Dans la deuxième observation, le père de la malade avait eu des maux de gorge fréquents et les sujets de mes trois observations sont tous trois des prédisposés. Ce n'est que jusqu'à l'âge de trente et trente-cinq ans, qu'on rencontre surtout des maux de gorge à répétition, qui disparaissent chez le vieillard dont les amygdales sont atrophiées. Plus les amygdales sont grosses et anfractueuses et mieux elles servent de porte d'entrée et de réceptacle aux agents d'infection, qui sont portés soit par l'air, soit par les aliments.

Ce qu'a dit M. le professeur Verneuil des érysipèles à répétition, peut s'appliquer aussi aux germes déposés dans l'amygdale, germes qui y resteraient latents pour infecter l'économie dans des conditions propices à une éclosion qui nous échappe. On peut également se demander, avec quelque raison, si ces amygdalites infectieuses sont contagieuses. Mes deux premiers faits tendraient à le faire croire. Les deux cas éclatent presque en même temps et les deux malades sont absolument des voisins, mais cela ne suffit pas pour pouvoir tirer une conclusion ayant de la valeur.

IV

De cette idée d'infection, le traitement doit être franchement anti-parasitaire, antiseptique. Les simples gargarismes émollients, la chaleur autour du cou, la thérapeutique anodine suivie jusqu'à présent, deviennent insuffisants et il faut avoir recours à des agents plus puissants.

Le traitement sera local et général.

Le premier but du médecin est de chercher à supprimer la porte d'entrée du mal, chez ceux qui y sont plus prédisposés.

L'ignipuncture est un excellent moyen, qui m'a permis de détruire en quelques séances les amygdales d'une fillette de douze ans. On détruit mieux le tissu qu'avec le bistouri, qui a causé des accidents dans la main même d'habiles chirurgiens, ou l'amygdalotome, qui laisse toujours un moignon plus ou moins développé. Avec l'ignipuncture, il n'y a pas d'hémorrhagie et il y a sécurité complète pour le patient et le médecin.

On prescrira des gargarismes et badigeonnages antiseptiques pour détruire les germes contenus dans l'amygdale.

Au début de l'amygdalite, on administrera un vomitif qui n'agit pas seulement par l'action mécanique, mais neutralise encore l'influence nocive des agents infectieux, en produisant une modification de l'économie.

Pour empêcher la pullulation et suivre l'agent infectieux dans l'organisme, on donnera, à l'intérieur, de l'acide phénique, salicylique, du benzoate de soude ou de la résorcine. Dans plusieurs cas, j'ai employé la quinine et la résorcine que je préfère à l'acide phénique, parce qu'elle a sur ce

dernier l'avantage d'être à peine odorante, d'avoir une causticité bien moindre et d'être beaucoup moins toxique. La quinine agit dans ce cas en abaissant la température, qui devient un danger par son élévation, et aussi comme antiputride. On soutiendra le malade par une nourriture et des boissons toniques autant que possible et, s'il y a albuminurie, on ordonnera le lait, qui reste le meilleur remède des déterminations rénales.

DES LIMITES DE LA CONSERVATION

APRÈS LES TRAUMATISMES DE LA MAIN

Par M. le docteur Véroudart.

Lauréat de la Faculté libre de médecine de Lille (médaille d'argent, 1885).

Conclusions. — 1° En règle générale pour tous les os de la main, phalanges et métacarpiens, l'amputation dans la continuité est préférable à une désarticulation, dût-on sectionner l'os immédiatement au-dessus ou au-dessous d'un interligne articulaire;

2° Il faut toujours conserver au pouce le plus possible, en évitant de laisser subsister une tête articulaire sous la cicatrice terminale. L'amputation, la résection, l'exossation même seront employées avec avantage, suivant les cas, pour assurer le bon fonctionnement des parties conservées ;

3° A l'auriculaire on doit suivre constamment la règle d'amputer au corps des os. Pour la phalange métacarpienne, cette amputation sera profitable si elle peut avoir lieu au-dessous du premier pli palmaire digital; si, au contraire, on est obligé de la pratiquer au-dessus de ce pli palmaire, il faudra amputer assez haut et obliquement le métacarpien, pour éviter toute saillie du moignon. Cela s'applique également aux traumatismes plus complexes du bord cubital de la main ;

4° A la phalangette et à la phalangine de l'index, s'applique la règle générale. Pour la phalange, on la conservera encore si le moignon descend notablement au-dessous du premier pli palmaire ; sinon, on fera systématiquement le sacrifice, non seulement du reste de la phalange, mais aussi de la plus grande partie du métacarpien, dans le but de sauvegarder l'ampleur et l'intégrité fonctionnelle du premier espace inter-métacarpien. On agira de même, quand un traumatisme plus complexe aura porté sur le bord radial de la main, le pouce étant intact ;

5° On se conformera encore à la règle générale pour les phalangette et phalangine du médius et de l'annulaire. La grande phalange sera conservée si le moignon descend un peu au-dessous du pli palmaire ; sinon, on enlèvera avec la phalange une partie du métacarpien, qu'on pourra sectionner un peu moins haut qu'à l'index, mais cependant dans la partie étroite de la diaphyse de cet os ; et cela, dans le but de rapprocher à leur base les doigts voisins, d'assurer leur parallélisme et d'éviter le chevauchement de leur extrémité unguéale dans la flexion. On agira de même, que le médius et l'annulaire simultanément soient lésés, ou qu'un seul soit en cause ;

6° Les résections ont donné de bons résultats aux quatre derniers doigts, on pourra les tenter avec avantage. Les faits n'autorisent pas encore à donner le même précepte relativement à l'exossation.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

1. Lassabatie. De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux dans les pays chauds (étiologie-pathogénie). — 2. Rivière. De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive. — 3. Offret. Étude sur la nature et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë. — 4. Leroy. Aperçu historique et clinique sur l'origine et certaines complications du paludisme à la Réunion. — 5. Sudre. Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébrales. — 6. Séguy. Recherches sur les syphilides papulo-squameuses simulant le psoriasis vulgaire. — 7. Chabaud. Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs des cicatrices osseuses. — 8. Tronchet. Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques. — 9. Baillé. Contribution à l'étude des varices du membre inférieur chez la femme enceinte. — 10. Salaun. Contribution à l'étude des fièvres typho-malariennes au Gabon (fièvres rémittentes typhoïdes). — 11. Dichas. Étude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (spontané ou provoqué). — 12. Manon. Des varices de la langue. — 13. Depied. Étude de séméiologie des symptômes réflexes dans les maladies. — 14. Rançon. De la dysentérie endémique dans les pays chauds, notamment au Sénégal (étude clinique de topographie médicale). — 15. Rolland. Quelques considérations sur les lésions traumatiques du crâne. — 16. Couperie. Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leurs traitements. — 17. Huas. Considérations sur l'hygiène des troupes en campagne dans les pays intertropicaux. — 18. Peyret. L'extirpation de la glande lacrymale et ses indications. — 19. Bodeau. Des fractures de la rotule. — 20. Libouroux. Contribution à l'étude de la maladie dite pied de Madura considérée comme une trophonévrose. — 21. Florand. Quelques essais sur l'atténuation et la destruction de la virulence tuberculeuse. — 22. Batut. Étude sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne et son traitement. — 23. Merveilleux. Des limites à assigner au rôle de l'eau dans la propagation du choléra. — 24. Piton. Aperçu sur la médecine en Extrême-Orient (Chine et Japon). — 25. Guichard. Contribution à l'étude de la trépanation des os longs. — 26. Morin. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques consécutives et des paralysies d'origine saturnine. — 27. Lafforgue. Contribution à l'étude médico-légale de l'hypnotisme. — 28. Puybaret. Contribution à l'étude des paralysies dans la fièvre typhoïde. — 29. Tissié. Les aliénés voyageurs, essai médico-psychologique. — 30. Bourdon. De la pleurésie infectieuse. — 31. Durand. Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur la marche des cardiopathies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 août 1887, l'article 5 du décret du 2 mai 1887, modifiant le décret du 10 janvier 1884, relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, est modifié ainsi qu'il suit :

« Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens, professeurs agrégés dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes, les Écoles de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés ou des Écoles de médecine nommés au concours, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecin, de chirurgien ou de pharmacien d'hôpitaux, dans les villes où ces emplois sont donnés au concours. »

— Par décret, en date du 3 septembre 1887, M. Amiaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté, en date du 23 août 1887, sont institués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pour une période de quatre années, à partir du 1er juillet 1887, les docteurs en médecine actuellement en exercice dont les noms suivent : MM. Pruvost et Franckel.

— M. le docteur Blum, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin chef-adjoint de la Compagnie des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

— Sur la proposition du jury d'examen, la commission administrative des hospices civils de Marseille a accordé les prix suivants aux élèves sages-femmes de la Maternité :

1er prix *ex æquo* (médaille en vermeil) : MMmes Mouren et Languasco. — 2e prix (médaille en argent) : Mlle Veran.

Prix de vigilance clinique (médaille en bronze doré) : Mme Lotta.

Prix d'encouragement (traité d'accouchements) : Mlle Blanc, élève de première année.

A la suite de cet examen, neuf élèves se sont présentées devant la Faculté de Montpellier pour obtenir leur diplôme de sage-femme ; ont été admises :

Mlle Mouren, diplôme de première classe avec la mention *très bien.* — MMmes Languasco, Veran, Lotta, Cardy et James, diplôme de première classe avec la mention *bien.* — MMmes Boyer, Marron et Blanc (Joséphine), diplôme de première classe avec la mention *assez bien.*

— Le préfet de la Seine, au nom de la ville de Paris, est autorisé à accepter le legs Albert Hartmann, consistant en une somme de cinq cent mille francs, qui devra être employée à la fondation à Paris, ou dans les environs, d'un asile, qui portera le nom de « Fondation Hartmann », et qui sera administré conformément aux dispositions de la loi du 10 janvier 1849.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21626

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Germain Sée a continué et complété, dans cette séance, sa communication du 23 août, sur les effets analgésiques de l'antipyrine. Après les céphalées, les migraines, les névralgies faciales, l'éminent professeur a fait successivement passer sous nos yeux, avec la vertigineuse mobilité d'un kaléidoscope, toute la série des douleurs : rhumatismes articulaires aigus et chroniques, goutte, sciatique, névralgies intercostales, dorso-lombaires, névralgies des ataxiques, douleurs viscérales, stomacales, hépatiques, rénales, cardiaques, etc., quelle que soit leur cause, diathétique ou mécanique, comme étant également tributaires de la médication antipyrinique. C'était à donner des éblouissements. Nous en appelons à la lecture à tête reposée de ce brillant exposé.

M. Gellé a occupé ensuite la tribune pour une très intéressante lecture sur le rôle des canaux semi-circulaires, dont on trouvera un résumé dans le compte rendu.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Du molluscum fibreux de la région ano-rectale.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, deux malades — un homme et une femme — entrés, l'un pour des hémorrhoïdes, l'autre pour une fissure anale; tous deux, en réalité, pour des excroissances de la marge de l'anus, qui ne sont autre chose qu'un molluscum fibreux de la région ano-rectale. Mais, chez tous deux aussi, la maladie présente un type atténué, car ces excroissances ne sont pas de la plus forte grosseur; elles sont moins volumineuses, notamment, que chez un autre malade que nous avons eu l'occasion de voir précédemment.

Ce dernier, garçon très intelligent et très soigneux de sa personne, me consulta, pour la première fois, il y a près de deux ans. Il présentait alors, dans la région interfessière, des végétations, des saillies de formes diverses, les unes arrondies et sessiles, d'autres pédiculées, à base d'implantation de 3 à 4 millimètres, à pédicule de 1 centimètre de longueur, surmonté d'une masse arrondie plus ou moins grosse; d'autres encore foliacées, aplaties, avec des déchiquetures, des fronces sur les bords. Dans la région sphinctérienne, la muqueuse était bordée de cannelures, tandis que, dans la région ampullaire, on apercevait une muqueuse saine, avec deux véritables polypes pédiculés et gros comme une noisette. Bref, le malade disait, dans son style imagé, que, lorsqu'il allait à la selle, sa tumeur avait l'aspect, la forme d'une marguerite dont les pétales étaient formées par les lames foliacées, et le centre, par la tumeur ampullaire.

Pareil bouquet condylomateux, généralement pathognomonique de la syphilis, nous aurait fait songer tout d'abord à quelque syphilome ano-rectal au début, si l'histoire même du malade ne nous avait forcé de rejeter ce diagnostic. Son rectum, en effet, avait déjà un long passé pathologique. Je le résumerai en quelques mots :

En 1870, fissure anale, guérie spontanément; en 1872, abcès tubéreux ano-rectal, que l'on est forcé d'ouvrir; en 1874, nouvel abcès tubéreux qui s'ouvre seul; en 1878, dysentérie rebelle, pendant le cours de laquelle se développent, sur le pourtour de l'anus, deux petites végétations, lesquelles sont opérées par un simple fil de soie. La dysentérie persiste, et, au bout de quelque temps, apparaissent de nouvelles végétations qui, peu à peu, forment une série de tumeurs dont l'ensemble présente le volume d'un œuf de poule, dans la région interfessière.

Le malade rentre en France, débarque dans un de nos ports de guerre, toujours atteint de dysentérie, et subit une première opération. Les accidents dysentériques résistent au traitement, les tumeurs se reforment, une nouvelle opération est nécessaire. Bref, en 1885, lorsque nous sommes appelé à voir ce malade, la situation est encore à peu près la même.

Je dois ajouter que, le 22 avril 1884, il avait vu apparaître un chancre dur sur le fourreau de la verge, suivi très rapidement d'une roséole précoce, d'adénite, chute des cheveux, plaques muqueuses, angine à répétition, etc., tous accidents dont le début, remontant à 1884, démontre que les tumeurs de la région ano-rectale, antérieures de six ans, ne sauraient être considérées comme de nature syphilitique.

Or, s'il ne s'agissait pas de syphilome, qu'était-ce donc? Un polype? un épithélioma de l'extrémité inférieure du rec-

tum? Pas davantage. La maladie ressemblait à ce groupe d'affections que l'on a englobées sous le nom confus de condylome, et, en réalité, elle rentre dans ce que j'ai appelé les molluscum fibreux de la région ano-rectale.

Je viens de dire que la date des antécédents du malade ne pouvait faire songer à la syphilis; mais, à part même cette antériorité du début des tumeurs, le diagnostic différentiel était encore assez facile à faire entre le syphilome et le molluscum fibreux, malgré les ressemblances fournies par le bouquet condylomateux.

En effet, le syphilome ano-rectal est caractérisé par le rétrécissement et la rigidité de la région sphinctérienne, au-dessus desquels on trouve une rectite ulcéreuse de nature particulière, bourgeonnante, avec perte de substance étendue et sécrétion de matières muco-purulentes; de plus, enfin, une série de fistules sèches accompagnent toujours le syphilome.

Or, chez notre malade, la muqueuse était souple, non rigide, et, s'il y avait obstruction, il n'y avait pas le moindre rétrécissement, la muqueuse ne présentait aucune ulcération, mais elle était parfaitement saine dans l'ampoule rectale. Aussi notre diagnostic ne pouvait-il être hésitant; il s'agissait d'un molluscum fibreux de la région ano-rectale.

Je dis molluscum, et non condylome, bien des affections très différentes les unes des autres ayant été confondues sous cette appellation, telles entre autres qu'hémorrhoïdes modifiées, marisme, polypes, végétations, lupus, etc.; aussi cette dénomination nous paraît-elle absolument mauvaise.

Par contre, la clinique nous montre une identité parfaite entre le molluscum fibreux ano-rectal et les autres molluscum de la peau.

En effet, nous avons, dans la salle Saint-Landry, une femme qui présente, sur la région du dos, des tumeurs semblables, arrondies, les unes grosses comme la moitié d'une noix, d'autres comme des diverticules cutanés ou des grains de raisin vides.

L'anatomie pathologique nous confirme aussi dans cette dénomination, par l'existence de faisceaux conjonctifs et de fibres striées, comme dans le molluscum de la peau.

Mais le molluscum fibreux ne présente pas toujours des lésions aussi considérables; parfois il revêt un aspect tout à fait fruste, témoin deux autres malades du service.

Le premier de ceux-ci est un homme de soixante et un ans, qui présente un bourrelet hémorrhoïdaire, une muqueuse un peu saillante, avec de petites hémorrhoïdes, et, au delà et autour, on aperçoit de petites tumeurs fibreuses, non turgescentes, pédiculées et en forme de massue. Il en est de même chez l'autre malade, une femme.

Ces deux cas sont peu accusés, néanmoins le diagnostic est parfaitement certain, et le molluscum peut être facilement différencié d'avec des tumeurs hémorrhoïdaires avec lesquelles, au premier abord, on pourrait peut-être avoir quelque tendance à le confondre.

Quant à l'étiologie, que trouvons-nous chez les trois malades dont nous venons de vous entretenir? chez chacun d'eux, une cause différente, en apparence (dysentérie rebelle chez le premier, des hémorrhoïdes chez le second, des fissures chez la femme), toujours la même, en réalité, c'est-à-dire une irritation plus ou moins grande de la région ano-rectale. Et c'est cette irritation, continuée pendant un certain laps de temps, qui a entraîné comme conséquence immédiate la formation, le développement de ces tumeurs, auxquelles j'ai cru devoir donner le nom de molluscum fibreux.

D'ailleurs, la syphilis elle-même peut être aussi une cause d'irritation, soit comme chancre, soit comme plaque muqueuse.

Chez la femme, les sécrétions vulvaires peuvent provoquer aussi une irritation de même nature, lorsqu'elles arrivent au contact de la muqueuse du rectum.

En résumé, nous pouvons donc dire que les causes du molluscum fibreux de la région ano-rectale peuvent être un abcès tubéreux, des hémorrhoïdes, des fissures, une sécrétion vaginale, la syphilis, des manœuvres traumatiques, le sodomisme.

Je dois ajouter aux observations de molluscum fibreux celle d'un de mes auditeurs, dont le cas peut se placer entre les cas effacés et les cas très prononcés. En effet, il n'a qu'un seul molluscum, situé à 1 centimètre de la muqueuse marginale, pédiculé, en massue, indolore, et qui ne présente, chez lui, d'autres inconvénients que de rendre les soins de propreté plus difficiles.

En somme, je crois pouvoir dire que le molluscum fibreux de la région ano-rectale est une affection spéciale, dont, si j'en crois la thèse de M. Hamonic sur le même sujet, je serais l'inventeur.

La maladie a été décrite en 1836, mais sous le nom de verrue du rectum. Curling, Gosselin, l'ont très bien vue aussi, mais ils l'ont confondue, soit avec des hémorrhoïdes, soit avec le syphilome. Je suis donc à peu près le premier qui en ait donné la description, et, après moi, M. Hamonic, dont la thèse a été écrite sous les inspirations de M. Trélat. Cette thèse est très bien faite, et je ne lui reprocherai qu'une chose, la dénomination de rectite proliférante, que l'auteur a voulu donner à cette affection.

L'expression ne me paraît pas juste, puisque, en réalité, il s'agit bien de véritables molluscum analogues à ceux que l'on rencontre sur la peau, en d'autres régions du corps ou sur d'autres muqueuses (utérine, laryngienne, pituitaire, etc.).

De plus, le mot de rectite proliférante est encore mauvais, en ce sens qu'il n'existe pas réellement d'inflammation du rectum dans un certain nombre de cas; et, de plus, que, lorsqu'elle existe, elle ne persiste jamais longtemps. D'ailleurs, M. Hamonic reconnaît lui-même que la muqueuse est saine.

Pour tous ces motifs, par des motifs cliniques et anatomo-pathologiques, je maintiens, en somme, l'expression de molluscum fibreux.

Du reste, à part cette dénomination, je tiens à répéter que la thèse de M. Hamonic est excellente de tous points.

Chez l'un de mes malades, on a pratiqué d'abord la rectotomie linéaire, puis l'abrasion de la tumeur. Je crois que, dans nombre de cas, la rectotomie est une opération inutile et je lui préfère la dilatation anale à l'aide du spéculum, opération à laquelle je fais succéder l'abrasion avec le thermo-cautère, porté jusque sur la base d'implantation des tumeurs, afin d'empêcher, autant que possible, toute récidive, toute tendance à la reproduction du molluscum.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Pachyméningite cervicale hypertrophique.

La femme que j'ai fait venir dans cet amphithéâtre nous présente un intérêt rétrospectif, car elle est actuellement,

après deux ans de séjour au lit, tout à fait guérie de l'affection méningospinale dont elle était atteinte, et son histoire est de nature à jeter une véritable lumière sur l'autre malade que je vous présenterai tout à l'heure.

Ces deux cas, en effet, tout en étant de même nature, appartiennent cependant à deux classes nosographiques distinctes. Le premier cas est une affection organique caractérisée par des lésions matérielles, c'est une pachyméningite cervicale hypertrophique. Le second rentre dans la classe des névroses, elle est caractérisée par une contracture spasmodique, de nature hystérique, sans lésions matérielles appréciables de la moelle.

Et pourtant, je le répète, malgré ces différences, il existe entre ces deux maladies, entre autres points de contact, celui de la nécessité, dans les deux cas, d'une intervention chirurgicale pour compléter la guérison.

Le premier cas, la pachyméningite cervicale hypertrophique, a donc été guéri médicalement, mais la malade restait infirme de ses membres inférieurs, elle ne pouvait pas marcher par suite d'une certaine déformation persistante, jusqu'au moment où la chirurgie est intervenue pour parachever la guérison.

La pachyméningite cervicale hypertrophique a été parfaitement décrite pour la première fois par M. Joffroy, dans sa thèse inaugurale, en 1873. Ainsi que cet auteur l'a montré, les lésions anatomo-pathologiques sont caractérisées par un épaississement de la dure-mère dans la région cervicale, dû à une inflammation chronique hypertrophique, formant un véritable renflement dans le canal vertébral, et déterminant une altération des paires nerveuses qui traversent la dure-mère, c'est-à-dire une névrite.

Son évolution clinique présente trois périodes : la première, période névralgique ou mieux pseudo-névralgique, car il y a là une altération matérielle des nerfs. C'est la période douloureuse par excellence de la maladie. Les sujets se plaignent de douleurs quelquefois atroces à la nuque, dans le dos, sur les épaules, dans les bras, avec une sensation de constriction très pénible de la poitrine. Ces douleurs, conséquence de l'hypertrophie de la dure-mère qui entraîne une compression des branches nerveuses qui la traversent et par suite une névrite, durent pendant cinq ou six mois environ, après quoi elles disparaissent complètement pour faire place aux accidents de la seconde période.

Celle-ci est la période paraplégique, elle est caractérisée par une paralysie cervicale atrophique des deux membres supérieurs, paralysie non pas spinale, mais par névrite, qui entraîne avec elle une atrophie musculaire des membres supérieurs ou mieux de la plupart des groupes musculaires de ces membres, car certains d'entre eux parfois ne sont pas atteints ou le sont moins que les autres, notamment le groupe du radial.

Quant à la troisième période, — on ne la rencontre pas toujours, les malades pouvant guérir avant de l'atteindre — c'est la période de la paraplégie spasmodique. Cette paraplégie est la conséquence de l'épaississement, de l'induration de la dure-mère ; l'altération, elle, ne détermine pas l'atrophie musculaire, mais l'exagération des réflexes, une rigidité des membres et la flexion permanente de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, au point que le talon se trouve au contact de la fesse.

La pachyméningite cervicale hypertrophique n'est pas une affection spinale héréditaire, soit directement, soit par transformation, mais bien une maladie accidentelle dont tout le monde peut être atteint sans présenter de prédisposition spéciale.

Parmi les causes principales, nous devons citer le séjour prolongé pendant plusieurs années dans un lieu, dans une habitation humide ; aussi cette maladie est-elle une affection *a frigore* comme le rhumatisme, dont elle semble même être une des manifestations.

Elle peut guérir et guérit même souvent, soit à la fin de la deuxième période, soit même pendant le cours de la troisième, et au bout d'un assez long temps, comme la malade, dont je vais maintenant vous parler, nous en offre l'exemple.

Cette femme, lorsqu'elle est entrée ici il y a six ans, était déjà malade depuis une année. Pendant vingt-quatre ans elle avait tenu, à Montmartre, une petite boutique d'épicerie très humide, derrière laquelle elle couchait dans une petite chambre plus humide encore. La maladie fut loin de se déclarer tout de suite, mais de temps en temps elle éprouvait des douleurs rhumatoïdes. Ce fut donc seulement au bout de vingt-trois ans qu'elle commença à éprouver des douleurs atroces à la nuque, dans le dos, sur les épaules, dans les bras, puis au bout de quelques mois, elle fut atteinte de paraplégie cervicale, avec atrophie musculaire. Enfin, sept ou huit mois plus tard, ses membres inférieurs faiblirent, et bientôt il lui fut impossible de marcher.

C'est après avoir séjourné pendant une année dans le service de M. Huchard, pour ces divers accidents, qu'elle est entrée à la Salpêtrière, présentant une paraplégie spasmodique avec flexion exagérée des membres inférieurs.

Ces paraplégies sont caractérisées par une raideur élastique des membres, qui rend aussi difficile la flexion exagérée que le redressement des membres. Il y a là une contracture spasmodique des muscles antagonistes, une exagération des réflexes rotuliens, ainsi que des troubles de la sensibilité.

Mais sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium, l'électrisation et l'application de pointes de feu sur la région spinale, nous avons vu, à un moment donné, la malade pouvoir commencer à redresser un peu les jambes dans son lit, l'exagération des réflexes rotuliens diminuer, la trépidation du pied disparaître, la résistance élastique cesser et se trouver remplacée par la sensation de brusque arrêt dans les mouvements, par suite des rétractions ligamenteuses, soit un commencement très notable de guérison.

Cependant, comme elle ne pouvait toujours pas marcher, je priai M. Terrillon de l'examiner. Il constata l'aspect luisant de la peau du genou, la non-mobilité de la rotule dans le sens latéral, par suite de la formation de tissu fibreux ; puis, en arrière, dans le creux du jarret, un raccourcissement des tendons fléchisseurs, enfin dans la profondeur du creux poplité des brides fibreuses. D'où l'impotence de la malade. Ce diagnostic, vérifié sous le chloroforme qui démontra qu'il ne s'agissait plus de contraction spasmodique, conduisit M. Terrillon à une double opération chirurgicale : 1° section sous-cutanée des tendons fléchisseurs raccourcis ; 2° quinze jours plus tard, déchirure des brides fibreuses par l'extension forcée des membres, qui furent ensuite placés dans un appareil immobilisateur. Deux mois plus tard, cette femme était complètement guérie.

Voici, comme pendant, une seconde malade, une femme de trente-quatre ans, atteinte de la même affection depuis quatre ans ; elle aussi vivait depuis plusieurs années dans un logement humide. Elle a eu successivement les deux premières périodes de la pachyméningite cervicale hyper-

trophique. Mais la maladie s'est arrêtée au commencement de la troisième période, sans qu'il y ait eu impotence véritable ; les membres inférieurs fléchissaient seulement un peu, il y avait trépidation de la pointe du pied et exagération des réflexes — celle-ci persiste encore, — mais la malade n'a pas été obligée de garder le lit. Il y a eu seulement un commencement de guérison. Chez cette malade, la rétraction fibreuse n'est pas dans les muscles inférieurs, mais dans les supérieurs, elle est compliquée d'un certain degré d'atrophie qui nous empêche d'intervenir chirurgicalement comme dans le cas précédent.

Quand la paraplégie doit guérir, cette guérison se produit le plus souvent à la suite du traitement médical par le relâchement du membre, c'est-à-dire alors qu'il n'y a pas eu de productions fibreuses; mais dans d'autres cas, comme nous venons de le voir, elle ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une intervention chirurgicale, en raison même de ces productions.

Mais pourquoi ces productions se font-elles dans certains cas et ne se rencontrent-elles pas dans d'autres ? Nous l'ignorons.

Quant à la troisième malade que je veux maintenant vous présenter, au point de vue comparatif, c'est une hystérique, et la déformation qu'elle présente est un pied bot, pied bot d'origine hystérique qui dure depuis déjà deux ans. Une contracture spasmodique des muscles en a été la cause. Cependant elle a disparu et la déformation persiste en raison même d'une rétraction fibreuse consécutive, laquelle nécessitera aussi l'intervention de la chirurgie.

Est-ce là un accident fréquent dans la contracture hystérique ? Non, et j'ai même cru longtemps que ces contractures finissaient toujours par guérir sans déformation persistante. Je pourrais vous citer un cas où elle a duré pendant huit ans, sans repos ni trêve, de jour et de nuit, pour cesser tout à coup, brusquement, sous une influence émotive, sans qu'il se soit produit aucune rétraction fibreuse pendant ce long espace d'années. Ces rétractions sont donc rares chez les hystériques, cependant elles existent, et cette malade en est une preuve. Voici d'ailleurs son histoire : C'est une fille mère, âgée de vingt-cinq ans, dont le père est mort dans un asile d'aliénés. A son arrivée à Paris elle est entrée chez un charcutier, duquel au bout de quelque temps elle est devenue amoureuse folle ; elle en a eu un enfant, et à partir de ce moment elle a été en proie à une série d'ennuis et de chagrins tels qu'au bout de deux ans la maladie a éclaté par des vomissements à tout instant, sans efforts, par des crises d'hystérie, avec paralysie et anesthésie du membre supérieur gauche.

Puis, un beau jour, il y a deux ans, en sortant de son lit, ses deux pieds se sont mis en pied bot équin, déformation qui persiste encore aujourd'hui.

Lorsqu'elle est entrée, l'année dernière, dans le service, l'orage hystérique paraissait passé, il y avait déjà quelque tendance à l'amélioration, et j'espérais voir ses pieds bots disparaître sous l'influence du massage, etc., d'autant plus que certaine rigidité du genou avait cessé, et que le massage avait paru donner une légère mobilité à l'articulation tibio-tarsienne. Mais depuis lors nous avons pu constater et vérifier sous le chloroforme, que, dans le cas présent, il y avait aussi productions fibreuses périarticulaires, de là la nécessité également d'une double opération comme chez l'autre malade : 1° section du tendon d'Achille ; 2° redressement forcé de façon à déchirer, à rompre les brides fibreuses, et appareil inamovible.

Cette intervention chirurgicale est d'autant plus opportune que les accidents nerveux ont passé, que la contracture n'est plus de nature spasmodique, mais bien le résultat de productions fibreuses.

LA SYPHILIS EST-ELLE UNE CAUSE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur A. Pâris.

Tel est le sujet d'une thèse soutenue, à Nancy, par M. C. Vernet. L'auteur, à l'exemple de plusieurs confrères et à l'aide d'arguments nouveaux, a cherché à démontrer qu'il doit y avoir quelques liens très puissants, de cause à effets, entre la syphilis et la paralysie générale progressive. Il a établi que beaucoup de paralysés généraux sont en puissance de syphilis, et que, chez quelques-uns, cette affection paraît être la seule cause de la périencéphalite diffuse. Son travail, méthodiquement conçu, clairement exposé, contribuera certainement à entraîner bien des hésitants à admettre l'existence de la paralysie générale d'origine syphilitique, mais il est passible de quelques objections. L'auteur n'a pas tiré sa première conclusion tout à fait conforme à ses opinions, lorsqu'il déclare que la paralysie générale d'origine syphilitique est identique à la paralysie progressive, au point de vue symptomatique, après nous avoir dit, en commençant, que l'on constate « une allure particulière dans l'évolution morbide chez les paralytiques généraux accusant une syphilis antérieure ». Évidemment, il doit y avoir une symptomatologie différente, puisque les lésions ne sont pas absolument de même nature et peuvent avoir un siège variable. Nous concevons la possibilité de rencontrer des scléroses diffuses du cerveau consécutives à la syphilis, mais les lésions spécifiques sont toujours plus prononcées sur certains territoires nerveux, en d'autres termes, elles n'ont pas partout et toujours une évolution régulièrement progressive, puisque leur point de départ peut être une tumeur ou un foyer d'altérations spécifiques. Par conséquent, il y aura quelques manifestations prédominantes suivant l'importance des régions les plus éprouvées. M. Vernet a très probablement observé, comme nous, une petite différenciation parmi les symptômes somatiques et dans l'état général. C'est souvent cette remarque qui conduit à rechercher la syphilis dans les antécédents.

Le travail du docteur C. Vernet, basé sur quinze observations bien recueillies, sur une expérience déjà longue, sur des arguments empruntés au traitement, sera consulté avec le plus grand intérêt par tous les médecins qui voudront étudier la même question.

M. Vernet a très bien montré l'influence considérable de l'iodure de potassium sur la paralysie générale dite d'origine syphilitique, et c'est la thérapeutique qui lui a donné les meilleurs éléments de conclusion.

L'importance du sujet et la méthode adoptée pour son étude (méthode presque purement expérimentale), nous ont engagé à signaler cette thèse.

INJECTION CONTRE LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE.

Par M. le docteur Abadie.

Bichlorure de mercure.	1 gramme
Chlorure de sodium.	2 grammes
Eau distillée..	100 —

Faire dissoudre. — Pour injections hypodermiques dans le cas de kératite parenchymateuse, dans la choroïdite disséminée et dans la rétino-choroïdite. Après dix ou douze injections, l'acuité visuelle s'améliore. Le traitement réussit également dans les choro-rétinites latentes entraînant une amblyopie dont on ne saisit pas la cause. Les injections sont faites ordinairement tous les deux jours, sous la peau du dos, en ayant soin d'enfoncer très profondément la canule sous le derme et de pratiquer ensuite un léger

massage. Si l'injection est mal supportée, on introduit sous la peau, quelques instants auparavant, et par la même piqûre, un centigramme de cocaïne. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre du commerce, transmettant un échantillon d'un remède présenté par M. Fertig (comm. des remèdes secrets et nouveaux).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Dechau qui envoie une note complémentaire du mémoire sur les épidémies de variole à Montluçon précédemment adressé à l'Académie.

2° Une lettre de M. le docteur Dianoli qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. (Le pli est accepté.)

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), une observation sur une suture secondaire du nerf radial, suivie de restauration fonctionnelle. L'auteur rappelle la fréquence des cas de suture nerveuse favorisée par l'antisepsie et les principaux travaux publiés sur ce sujet; il résume son observation en peu de mots : suture du nerf radial, sept mois après la division par un coup de couteau, persistance de la paralysie musculaire et, sept mois plus tard, mise à nu du nerf dont la continuité est trouvée rétablie et excision d'un tissu inodulaire qui le comprimait. Retour rapide de la motilité. La conclusion de cette observation est en faveur de la suture nerveuse, malgré section, obstacle passager à la restauration fonctionnelle.

RAPPORT

M. Marty, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Brouardel et Schutzenberger, rend compte à l'Académie de l'analyse de l'eau des fontaines de la commune de Belvès (Dordogne) qu'ils ont faite sur la demande de M. le ministre de l'instruction publique d'après un rapport de M. le docteur Sarrazin, médecin des épidémies. MM. Marty et Schutzenberger ont procédé à l'analyse de deux échantillons d'eau provenant de deux fontaines différentes de cette commune, qui a été récemment le siège d'une épidémie de fièvre typhoïde, ayant entraîné le licenciement de l'École normale.

Les conclusions de ces recherches sont les suivantes :

L'eau de l'échantillon n° 1, au point de vue de l'analyse, n'est pas de bonne qualité. La proportion élevée des chlorures qu'elle renferme la rend même suspecte.

L'eau n° 2 est certainement mauvaise, aussi bien au point de vue de l'analyse chimique qu'au point de vue de l'analyse bactériologique. L'échantillon mis à leur disposition contenait des bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

COMMUNICATION

M. G. Sée communique les résultats de diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine comparée avec l'antifébrine.

Dans sa dernière communication, M. Sée a traité de l'emploi de l'antipyrine dans les diverses affections douloureuses de la tête.

Dans cette nouvelle lecture, il entretient l'Académie de l'action de cet agent dans les rhumatismes articulaires aigus et chroniques, la goutte et ses paroxysmes; dans les douleurs lombaires, dorso-intercostales, sciatiques ; dans les névrites des ataxiques ; dans les douleurs viscérales, coliques hépatiques, néphrétiques, gastro-intestinales, utérines, etc.

M. Sée mentionne ensuite et étudie les manifestations douloureuses qui accompagnent les divers états morbides de l'estomac et de l'intestin. Il termine par les douleurs et le point de côté cardiaques, anémies douloureuses du cœur, angine de poitrine.

Il résume son travail en disant : L'antipyrine est le remède de toutes les douleurs et de la douleur.

LECTURE

M. Gellé lit un travail sur le rôle des canaux semi-circulaires, qui fait suite à son étude des fonctions du limaçon (Société de biologie, 1887). Il débute par un historique critique des diverses théories émises depuis Flourens jusqu'à nos jours et montre que l'expérimentation, guide le plus sûr, a donné ce qu'on peut en attendre, et que les théories métaphysiques ne mènent à rien.

M. Gellé veut que l'on trouve dans l'observation clinique des éléments excellents de jugement absolument comparables aux faits expérimentaux, les nerfs ampullaires étant seuls en cause dans la production des troubles de motricité, que leur irritation soit expérimentale ou morbide, car, la branche cochléenne est incapable de provoquer des accidents d'équilibration ainsi qu'il l'a démontré. Mais l'observation clinique du vertige auriculaire montre, en plus des troubles des mouvements, des phénomènes subjectifs, absolument cérébraux, et des retentissements viscéraux qui naissent certainement d'excitations bulbaires. M. Gellé en conclut que la seule excitation des canaux semi-circulaires, née dans le labyrinthe même, d'un ébranlement sonore ou autre apporté par l'oreille moyenne, diverge vers trois centres nerveux ou foyers réflexes (c'est le pourquoi des trois canaux) : le cervelet d'abord, qui commande tous les accidents d'équilibration, les impulsions motrices, etc.; puis le bulbe, origine des vomissements, syncopes, troubles trophiques, etc.; enfin le cerveau, seul capable de réagir par les troubles de la vue, les images idéo-motrices, les représentations de mouvements, de chute, de précipitation, de rotation, etc., et par les troubles vaso-moteurs, et les sensations terrifiantes d'instabilité de l'équilibre, etc.

M. Gellé montre que les canaux semi-circulaires sont bien des annexes de l'oreille par l'anatomie de l'organe, par leur développement et par les faits pathologiques. Il prouve que l'excitation est une et bien auditive, vibratoire et non due au choc de l'otoconie ou de l'endolymphe. Chemin faisant, l'auteur indique les réflexes cérébelleux qui président à l'accommodation binauriculaire (épreuve de la synergie binauriculaire) et leur rôle tutélaire pour la fonction de l'ouïe (tutamina de l'oreille).

Les faits cliniques viennent prouver que le rôle des canaux semi-circulaires dans l'orientation est nul; que c'est la sensibilité générale et le sens musculaire qui commandent l'équilibration; qu'on ne saurait admettre ni un sens de l'espace, ni la théorie de Goltz et autres, ni les négations de Steiner (de Naples). L'auteur termine par un résumé complet de ses conclusions.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie externe (1), publiés par le professeur Bouchard (de Bordeaux).

La chirurgie s'est tellement modifiée depuis ces années dernières, que nos livres classiques sont rapidement devenus insuffisants, et que la nécessité de publications nouvelles s'est fait vivement sentir.

Le manuel chirurgical de quatre des agrégés de la Faculté de Paris a déjà comblé en partie cette lacune. La valeur si connue de ses auteurs, la rapidité de sa publication lui ont assuré un légitime succès.

Aujourd'hui, et à côté de ce manuel, paraît une publication nouvelle, sous la direction du professeur Bouchard (de Bordeaux), avec le concours de plusieurs agrégés de cette Faculté. Ce livre comprend actuellement un seul volume en deux fascicules, traitant l'un : de la pathologie générale chirurgicale ; l'autre : des maladies des appareils et des systèmes. Un deuxième volume traitera des maladies des régions. Nous n'essaierons certes pas de donner

(1) Un vol. in-8°. Prix : 12 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

l'analyse des différents chapitres contenus dans ce volume, nous nous bornerons à chercher quelle est la note particulière de l'ouvrage et en quoi il se distingue de ses devanciers ou de ses contemporains.

Nous pouvons dire que ce nouveau livre ne ressemble pas entièrement à ce qui a été publié, en France, jusqu'ici ; c'est purement un livre « de pathologie ». Les curieux de renseignements bibliographiques feront bien de ne le point lire. Les auteurs ont eu soin de nous en avertir, ils n'ont point voulu faire œuvre d'érudition : l'histoire chirurgicale n'a point place en ce volume. De même les auteurs ont préféré renvoyer aux livres spéciaux pour la thérapeutique purement opératoire. Ainsi débarrassé, ainsi allégé, ce livre de pathologie prend une figure bien définie.

C'est sur les connaissances biologiques les plus récentes, et sur les données si importantes conquises par l'anatomo-pathologie que M. Bouchard a pris base pour édifier son travail. Disons que chaque chapitre est précédé d'une revue histologique fort bien faite, rappelant quelles sont, à l'état normal, la structure, les propriétés anatomiques et physiologiques du tissu dont on va étudier les lésions nutritives, qui facilitera singulièrement le travail de revue de l'étudiant. Dans l'étude des causes et des lésions, tout ce qui a trait à la bactériologie a été l'objet d'une attention particulière. C'est avec une conviction absolue que sont défendues, dans ce livre, les théories microbiennes, et que sont développées les notions les plus récemment acquises sur ce sujet.

Le chapitre du traitement s'est donné pour but l'examen et la discussion des indications chirurgicales.

Mais ce qui constitue surtout l'œuvre personnelle de l'auteur, c'est qu'il ne s'est pas borné à une énumération précise et détaillée des phénomènes cliniques, il lui a semblé possible de grouper tous ces phénomènes et de donner pour la plupart d'entre eux une explication rationnelle, basée sur nos connaissances biologiques actuelles ; il suffira pour nous en convaincre de prendre un exemple.

Le premier chapitre du livre étudie les *éléments anatomiques*. Les chapitres suivants s'occupent des modifications pathologiques de ces éléments :

1° Altérations nutritives :
Hypertrophie. — Atrophie. — Nécrose. — Gangrène.

2° Altérations formatives :
Inflammations. — Tumeurs.

3° Lésions mécaniques :
Plaies et leurs complications.

4° Lésions par troubles de l'innervation.

5° Lésions dues à la température ambiante :
Brûlure. — Froidure.

6° Altérations des éléments et tissus néo-formés :
Cicatrisation.

On voit par ce simple exposé combien l'auteur a pris pour tâche de coordonner et de former un groupe d'affections jusqu'alors disséminées et éparses dans les ouvrages chirurgicaux, sans qu'aucun lien les rattachât entre elles.

Leçons de clinique chirurgicale (1), par M. le docteur André Boursier.

Dans ce volume, M. Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, a réuni les leçons cliniques qu'il a faites, en 1886, à l'hôpital Saint-André.

Dans les quinze chapitres qui constituent l'ouvrage, on voit traitées successivement une série de questions des plus intéressantes et toutes d'actualité.

On peut y lire la description des « kystes thyro-hyoïdiens ». Le « goître vasculaire » y est bien étudié. La « laryngotomie intercrico-thyroïdienne » y trouve également sa place.

On se souvient des discussions récemment élevées sur ce sujet à la Société de chirurgie. Il n'est pas sans intérêt de trouver, dans l'ouvrage de M. Boursier, l'étude raisonnée des indications et contre-indications de la laryngotomie, opération si facile, si efficace et d'une rapidité d'exécution si grande.

Krishaber la recommandait ; M. Verneuil s'en est fait le partisan. La description de la technique opératoire termine cette intéressante leçon.

Une autre question, d'une importance pratique de premier ordre, est également traitée par M. Boursier. Nous voulons parler de l'étude des « petites perforations intestinales dans les hernies étranglées ». Cette question si grave de thérapeutique chirurgicale est entièrement étudiée dans la huitième leçon.

Faut-il réduire purement et simplement ? établir un anus artificiel ? faire la kélotomie sans réduction ? ou bien suturer et réduire ?

La discussion attentive des indications thérapeutiques forme là un chapitre indispensable à étudier pour le médecin, qui peut se trouver tout à coup en face de ces cas si embarrassants de la pratique chirurgicale.

Nous signalerons encore, entre autres choses, l'étude des fistules vésico-rectales, du phimosis, des fractures de la rotule et du pied bot varus équin.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Steinheil.

Éléments de pathologie chirurgicale générale (1), par M. Baudry.

Il faut chercher l'origine de ce livre dans des conférences que M. Baudry a faites, depuis trois ans, à la Faculté de Lille. C'est dire que le lecteur ne doit pas s'attendre à un traité complet de pathologie chirurgicale générale. C'est, dit l'auteur, un livre résumant, aussi clairement que possible, les travaux des maîtres. Nous pouvons dire qu'il y a dans ce livre plus qu'un simple résumé ; l'auteur ne se borne pas, en effet, à reproduire, en les abrégeant, les livres déjà écrits ; mais il a su faire un choix heureux.

Négligeant les points déjà bien connus, traités par tous les auteurs, développés dans tous les ouvrages, M. Baudry a réservé son attention et ses soins à certains points qu'il a plus spécialement traités.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur étudie les processus morbides communs à la plupart des affections chirurgicales. Il donne, de l'inflammation aiguë et chronique, une excellente description, à l'aide de tous les faits nouveaux récemment connus.

Un autre chapitre s'adresse aux hémorrhagies. L'auteur aurait pu ajouter l'épithète de « spontanées », car, des hémorrhagies traumatiques, qui doivent être traitées dans un deuxième fascicule, il est à peine question.

La thrombose, le mode d'oblitération des vaisseaux thrombosés, l'embolie, ses variétés (embolie septique, graisseuse) et leurs conséquences, tels sont les sujets des chapitres suivants.

La suppuration est ensuite étudiée avec grand soin. Elle n'est plus, à juste titre, considérée comme une terminaison presque fatale de l'inflammation, mais comme une complication véritable du processus réparateur, et subordonnée à l'intervention d'un microbe particulier. Vient enfin l'étude de la gangrène et des ulcérations.

On trouvera, dans ce chapitre, un résumé fort bien fait des données nouvelles fournies par les travaux de M. Quénu, de M. Terrier, et par la thèse de M. Schreider.

La deuxième partie de ce fascicule s'adresse aux lésions traumatiques en général. Il n'est pour ainsi dire pas de page où le nom de M. le professeur Verneuil ne soit prononcé. Et c'est à juste titre. Ce savant professeur n'a-t-il pas fait sien ce coin de la pathologie générale qui traite des lésions traumatiques ? Nous trouvons dans cette dernière partie l'état actuel de nos connaissances sur le traumatisme, soit en lui-même, soit envisagé dans ses rapports avec quelques états physiologiques particuliers : l'âge, la race, le climat, la grossesse, etc.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Lecrosnier.

La relation des traumatismes avec les autres affections médico-chirurgicales doit être étudiée dans le fascicule suivant, ainsi que les tumeurs et les vices de conformation.

A. Ricard.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

32. Retière. Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la sécrétion rénale. — 33. Laville. Contribution à l'étude du traitement de la rétention des règles par atrésie des voies génitales. — 34. André dit Duvignaud. Contribution à l'étude des variations du chlorure de sodium dans quelques cas. — 35. Mouclier. Essai sur l'histoire chronologique de la médecine grecque depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate. — 36. Puech. Étude sur la pathogénie du décollement de la rétine et son traitement par l'iridectomie. — 37. Suard. Contribution à l'étude de la myosite aiguë suppurée. — 38. Lainé. De la congestion pulmonaire urémique. — 39. Daubin. Des cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil. — 40. Lichtwitz. Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et de quelques organes des sens (goût, odorat, ouïe), et sur les zones hystérogènes des muqueuses. — 41. Fossard. Traitement des kystes hydatiques du foie. — 42. Salaün (François). Quelques cas de typhlite observés à l'hôpital maritime de Brest. — 43. Duville. Contributions à la géographie médicale (Madagascar et Diégo-Suarez). — 44. Pindray. La fièvre typhoïde au quartier d'artillerie de marine à Nouméa (étiologie, prophylaxie). — 45. Heuzé. Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive. — 46. Metge. Pathogénie et traitement des atrophies musculaires consécutives aux fractures. — 47. Renaud. Contre-indications de la chirurgie conservatrice. — 48. Meyrignac. De l'épistaxis considérée comme hémorrhagie sénile. — 49. Dumas. Notes sur deux épidémies de choléra (1884-1885) observées à Toulon dans les hôpitaux de la marine. — 50. Laffont. Contribution à l'étude du typhus abdominal à la Guadeloupe. — 51. Piot. De la méthode de la conservation appliquée au traitement des plaies de l'épaule par armes à feu. — 52. Besnard. De l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne. — 53. Gargam. Calculs des uretères. — 54. Tréguier. Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale. — 55. Merveilleux. Considérations sur l'hygiène des troupes à la Guadeloupe. — 56. Bonain. De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée et de la dysentérie chroniques des pays chauds. — 57. Thamin. Contribution à l'étude des luxations de la clavicule. — 58. Damany. La province et la citadelle de Kouang-Name. Étude de géographie médicale et de pathologie exotique. — 59. Calmeilles. De l'exstrophie vésicale. — 60. Verniolle. Essai de sériation méthodique des principales eaux minérales naturelles de France. — 61. Barincou. De quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité. — 62. Guillet. Contribution à l'étude du pays de Porto-Novo. — 63. Bombart. Les familles d'épileptiques. — 64. Proux. Contribution à l'étude de la paraplégie précoce d'origine syphilitique. — 65. Lauron. Du traitement de l'hydarthrose chronique essentielle par l'injection phéniquée. — 66. Ripoteau. Contribution à l'étude du traumatisme et du rhumatisme. — 67. Bon. Des rétentions d'urine inflammatoires et de leur traitement. — 68. Julia. Sur les symptômes thoraciques initiaux de la tuberculose pulmonaire. — 69. Bertrand. Contribution à l'hygiène navale. Histoire d'une épidémie de choléra survenue à bord du transport-hôpital *le Tonquin* (mesures prophylactiques, assainissement et désinfection de ce navire).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 août 1887, est déclarée d'utilité publique, la construction d'un hôpital à Paris, au moyen de l'acquisition d'un terrain d'une superficie de 20 474 mètres, situé dans le XIXe arrondissement, entre la place du Danube, la rue David-d'Angers, le boulevard Serrurier et la rue du Général-Brunet.

— Le ministre de la guerre a décidé, le 31 août 1887, l'inscription d'office, au tableau d'avancement, pour services exceptionnels rendus au Tonkin :

1° *Pour le grade de médecin principal de deuxième classe.* — De M. Mathias, médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

2° *Pour le grade de médecin-major de deuxième classe.* — De M. Baratte, médecin aide-major de première classe au 2e régiment étranger, au Tonkin.

3° *Pour le grade de pharmacien-major de première classe.* — De M. Dauphin, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21632

N° 109. — VENDREDI 10 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE VENDREDI 10 SEPTEMBRE 1887. — N° 109

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du varicocèle

Par M. R. PICHEVIN, interne des hôpitaux.

I

Le nombre des procédés mis en œuvre depuis un demi-siècle environ pour obtenir la guérison du varicocèle, est véritablement considérable. Il suffit d'ouvrir nos ouvrages classiques pour s'en convaincre. La longue énumération des méthodes permettait aux auteurs d'établir des classifications ingénieuses, mais l'on était fort perplexe quand il fallait se déterminer dans le choix d'un procédé recommandable entre tous par son efficacité et son innocuité.

Mais avant de penser à une intervention chirurgicale quelconque, le chirurgien, fût-il même sollicité par le patient, doit toujours commencer le traitement en ordonnant l'emploi d'un bon suspensoir. Aucune considération étrangère ne peut délier l'homme de l'art du devoir strict qui s'impose à lui d'essayer la guérison par les moyens hygiéniques et par l'usage de cet appareil orthopédique vulgaire.

Imposer le suspensoir à tous les malades porteurs d'un varicocèle, telle doit être la règle absolue, même à notre époque où les plaies opératoires ont un pronostic si favorable.

II

Traitement hygiénique. — Éviter les exercices violents (escrime, équitation, gymnastique, danse, marches forcées); n'user du coït qu'avec modération ; combattre la constipation; proscrire les vêtements trop serrés à la taille ; s'abstenir de bains chauds ; être prodigue, au contraire, d'ablutions froides sur les organes génito-urinaires : voilà les règles diététiques qui nous ont été léguées par nos devanciers et que nous devons appliquer scrupuleusement.

III

Traitement orthopédique. — Tous les bandages, tous les appareils suspenseurs qui ont été tour à tour préconisés, sont justement tombés dans l'oubli. Nous n'en parlerons pas et nous négligerons systématiquement la description du récent procédé de M. Ernoul (de Saint-Malo) (1). De tous les moyens orthopédiques, le suspensoir a seul fait ses preuves. Si le tissu dont est fait le suspensoir importe peu, il n'en est pas de même de son mode d'application. « Un suspensoir ne doit être ni trop lâche ni trop serré ; il faut qu'il s'adapte aux bourses, les soutienne, les relève et les comprime modérément. » Tous ces détails sont utiles à connaître. C'est pour ne pas les avoir mis en pratique soigneusement, que certains malades n'ont pas obtenu les bons résultats que l'on était en droit d'espérer.

IV

Traitement chirurgical. — Nous avons insisté à dessein sur le traitement du varicocèle par les moyens de douceur, afin de bien montrer toute l'importance qu'il fallait y attacher. Mais dans des cas rares le chirurgien est amené à employer des procédés plus chirurgicaux ; et dans certains cas, exceptionnels, il est vrai, quelques chirurgiens n'ont pas craint d'enlever le testicule. La castration n'est guère justifiée pour une semblable cause, et Dupuytren (2) jugeait cette opération avec sa sévérité et sa rigueur habituelles.

« Est-il permis aux chirurgiens de recourir à un pareil moyen (la castration), et la loi ne peut-elle pas les atteindre et les frapper comme produisant une mutilation criminelle? »

Quoi qu'il en soit, l'énormité même de l'opération dirigée contre le varicocèle, prouve suffisamment que les secours chirurgicaux sont parfois nécessaires.

V

Indications de l'intervention chirurgicale. — En première ligne, il faut citer *les douleurs* qui sont parfois d'une extrême acuité. Les souffrances peuvent être telles que l'obligation s'impose de renoncer à certaines carrières (carrière des armes, etc.), à des métiers qui exigent une station verticale prolongée. Parvenu à cet état, le varicocèle constitue une maladie sinon dangereuse, du moins fort douloureuse, et qui se complique d'une véritable infirmité. L'art ne doit-il pas intervenir pour débarrasser le patient et de ses douleurs et de son infirmité?

Le volume du varicocèle peut à ce point gêner certains ou-

(1) *Bullet. génér. de thérapeutique*, Paris 1886. Tome CX, p. 554.
(2) *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris*, Dupuytren, 2e édition, t. III, p. 261.

vriers qu'il faut intervenir activement pour leur permettre de continuer l'exercice de leur pénible profession. Le développement exagéré des bourses est parfois accompagné d'une hypersécrétion cutanée du scrotum (Landouzy), qui peut être la cause d'un *prurit insupportable,* ainsi que Vidal l'a indiqué.

Dans d'autres circonstances, la tumeur variqueuse entraîne des troubles plus graves. Nous avons vu, pendant notre internat chez notre maître M. Le Dentu, un jeune homme qui portait un varicocèle volumineux, et qui présentait ceci de particulier, que la moindre pression sur ses veines du cordon déterminait immédiatement une *lipothymie*.

L'atrophie du testicule est regardée comme une indication d'intervention chirurgicale. Quoiqu'il faille convenir que l'atrophie de la glande séminale, consécutive au varicocèle, soit exceptionnelle, cependant son existence bien constatée devra peser dans la balance en faveur d'une opération, quand surtout l'autre testicule est atteint ou menacé de déchéance.

Les mêmes réflexions s'appliquent *à la frigidité, à l'impuissance* qui ne se rencontrent du reste que rarement.

Bien plus souvent le varicocèle engendre *l'hypochondrie;* cette infirmité hante à chaque instant l'esprit du malade et est l'objet de ses constantes préoccupations, au point de le distraire de sa profession, de briser son activité intellectuelle et de l'amener quelquefois à un état de démence des plus caractérisés.

Vidal a bien montré que certaines *gastralgies*, rebelles à tout traitement, disparaissaient quand on avait guéri le varicocèle, cause des accidents réflexes du côté de l'estomac. On oublie les guérisons de troubles gastralgiques par la cure chirurgicale du varicocèle, parce que l'on a trop présent à l'esprit le fait unique rapporté par M. Jaccoud. Tout le monde connaît l'histoire de ce malade dont la gastralgie apparaissait dès que l'on tentait de faire diminuer le volume de son varicocèle.

Cette affection peut déterminer des *complications inflammatoires* locales, ainsi que Vidal (de Cassis) et Escalier l'ont démontré. Dans son mémoire de 1851, Escalier a rapporté deux cas de phlébite spontanée ayant entraîné la mort. Michon, Nélaton et Monod, chargés de faire un rapport sur la question, déclarèrent « que le moyen le plus sûr de s'opposer au mal qui avait tué les deux malades était l'opération ».

L'intensité des souffrances, le volume considérable du varicocèle, l'hypochondrie et les troubles mentaux plus graves, l'atrophie testiculaire, l'impossibilité de continuer ou d'entreprendre une carrière, la nécessité d'abandonner un métier commencé, voilà les considérations qui déterminent le chirurgien à tenter une opération curative, si toutefois celle-ci n'est pas trop dangereuse.

VI

L'histoire de la cure chirurgicale du varicocèle, féconde en enseignements, mériterait à plus d'un titre d'être étudiée avec soin. Elle reflète en effet les tendances thérapeutiques de quatre grandes périodes de la chirurgie et nous montre les vicissitudes singulières d'une opération tour à tour vantée, condamnée, puis préconisée sous le couvert des méthodes dites préservatrices, proscrite à nouveau et enfin mise en honneur sous l'égide de l'antisepsie. Nous assistons à l'heure actuelle à la rénovation d'un procédé qui date de Celse et qu'avaient adopté Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Franco et A. Paré!

Quelles étaient les causes de ces fluctuations? Comment expliquer les fortunes si diverses du traitement chirurgical du varicocèle? Un court exposé nous permettra de répondre à cette question.

Les anciens opérateurs, nous l'avons dit, ne craignaient pas d'aller hardiment avec le bistouri à la rencontre du paquet veineux, de lier et de réséquer les grosses veines spermatiques. A n'en pas douter des accidents plus ou moins graves s'observaient de temps à autre à la suite de ces interventions sanglantes. Mais en somme, les complications étaient relativement rares et la chirurgie pouvait rendre des services à un certain nombre de malades affligés de varicocèles énormes ou extrêmement douloureux.

A cette période en succède une autre, pendant laquelle les chirurgiens repoussent toute intervention avec l'instrument tranchant. Richerand, A. Cooper, Sam. Cooper déclarent que le varicocèle est une maladie incurable; Monteggia, Callisen, Rust, J. Bell et Ch. Bell condamnent la cure radicale de cette affection.

Boyer (1) écrivait : « Le varicocèle est une maladie incurable. » Richter, au dire de Blandin, ne voyait de salut pour le malade que dans la castration.

Qu'était-il donc advenu dans la pratique de la chirurgie pour déterminer tant d'hommes éminents à renoncer à la cure du varicocèle? La terreur de la phlébite, la crainte de la septicémie arrêtaient les opérateurs les plus résolus. Les désastres se répétaient avec une telle fréquence que « le bistouri fut un instant menacé de passer, comme la lancette, à l'état d'instrument historique » (2). Une véritable croisade fut entreprise contre l'instrument tranchant et elle eut pour résultat de faire adopter les méthodes préservatrices ou oblitérantes. Les chirurgiens « ne songent plus qu'à écraser, broyer, morceler, arracher, déchirer ou brûler les tissus vivants ».

Grâce à cette nouvelle méthode, le traitement du varicocèle entra dans une ère nouvelle. La proscription qui avait frappé toutes les opérations sur les veines fut enfin levée et les chirurgiens, sortant du découragement dans lequel la mort dramatique de Delpech les avait plongés, multiplièrent les procédés pour guérir le varicocèle. C'est vers 1834, que ce nouvel essor fut imprimé à la cure chirurgicale de cette affection par le mémoire de Breschet. Dès lors, les procédés se succèdent.

Pour obtenir l'oblitération des veines spermatiques par coagulation directe du sang ou par phlébite adhésive, un certain nombre de chirurgiens employèrent la compression, l'acupressure, la galvano-puncture, les injections coagulantes.

D'autres opérateurs détruisaient les veines dans une étendue plus ou moins considérable, avec ou sans perte de substance simultanée du scrotum. Pout atteindre ce but, les uns se servaient de la cautérisation, d'autres mettaient en œuvre la compression; c'est ainsi que naquirent les procédés de Breschet, de Velpeau, de Raynaud, de Jobert et de Follin. Enfin, la ligature sous-cutanée des veines ne devait-elle pas éloigner toute chance de phlegmon, d'infection purulente, etc.?

On le crut, et les procédés de Gagnebé et de Ricord virent le jour. Puis, ce fut le tour de l'enroulement des veines par la méthode de Vidal (de Cassis); il faut lire les écrits de cet

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, Boyer, 1825, t. X, p. 233.

(2) *Histoire de la chirurgie française au* XIX*e siècle*, J. Rochard, p. 595.

auteur, qui (soit dit en passant) a puissamment contribué à remettre en honneur la cure du varicocèle, pour constater la chaleur entraînante avec laquelle il préconisait son procédé, le plus efficace et le plus inoffensif de toutes les opérations du même genre, du moins d'après celui qui l'avait inventé.

Mais la vérité est, que tous ces procédés avaient donné des succès, mais qu'aucun n'était réellement inoffensif. Les plus ingénieux, ceux qu'à bon droit on considérait comme les plus sûrs, avaient été suivis d'accidents graves, parfois mortels. Aussi, une quatrième période succède-t-elle à la phase d'engouement pour la cure radicale de cette affection. L'abstention est à peu près érigée en principe, sauf dans des cas absolument exceptionnels, quand le chirurgien a la main forcée.

Nous nous contenterons de citer l'opinion de Nélaton et celle de Gosselin (1).

Nélaton s'exprime ainsi : « Si les accidents sérieux sont rares, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent se présenter et que l'on a vu des malades succomber à la suite d'une opération de varicocèle. Nous pensons qu'un chirurgien prudent ne devra pas faire courir les chances, si minimes qu'elles soient, à un malade pour le guérir d'une affection qui ne cause qu'un malaise que l'on peut considérablement amoindrir par un palliatif, pour une affection, enfin, qui probablement se reproduira après l'opération et tendra à diminuer avec l'âge. »

Gosselin redoute la phlébite suppurée et il est arrêté par la fréquence des récidives et par la crainte de voir les spermatozoïdes disparaître à la suite d'une lésion de l'artère spermatique presque fatale au cours de l'opération.

La cure radicale du varicocèle semblait être condamnée cette fois sans appel, quand la découverte de la méthode antiseptique fit renaître des procédés abandonnés et permit d'en inventer de nouveaux.

VII

« L'opération du varicocèle a largement bénéficié de l'atténuation considérable que l'antisepsie apporte à la gravité de toutes les interventions chirurgicales et l'on peut dire que son pronostic immédiat est aujourd'hui bénin, la guérison des opérés est en effet la règle. On peut donc envisager la cure chirurgicale du varicocèle, telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée, comme une opération simple, peu dangereuse, rationnelle et très utile. » Nous ne pouvons que souscrire à cette opinion de M. Segond, en ajoutant que le chirurgien n'a pas le droit de faire courir les risques même minimes d'une opération à un malade atteint de varicocèle, si celui-ci n'a pas subi l'épreuve du suspensoir, et si les indications que nous avons énumérées ne sont pas nettement établies.

De nos jours deux méthodes se partagent la faveur des chirurgiens. La première consiste à revenir au procédé ancien, c'est-à-dire à mettre à nu les veines du cordon, à les lier et parfois à les exciser. La deuxième, plus nouvelle, est la résection du scrotum.

Ceux qui s'attaquent aux veines sont nombreux, nous citerons Barker, Jalland, Harrisson, Fischer et plus récemment Boyce Barron, Edwards (2), Mayo Robson (3), Mac Cormac (4); en France Terrier, Nicaise (1), Vincent (2), Richelot (3) et Ferron (4).

(1) Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1851, t. V, p. 581.
(2) *Semaine médicale*, 13 janvier 1886, *Lettres d'Angleterre*, p. 16.
(3) *British medical journal. Treatement of varicocele*, London, 1886, t. I, p. 389.
(4) *British medical journal*, march 13, 1886, p. 493.

Tous ces opérateurs ne craignaient pas d'agir à ciel ouvert sur les veines, en employant la méthode antiseptique. D'autres chirurgiens plus prudents reviennent aux méthodes oblitérantes ou préservatrices.

Ogston (5), Barnell (6), Peters (7), Edwards (8) se servent encore de ligature sous-cutanée. En France M. le professeur Richet (9) cautérise avec ses pinces à hémorrhoïdes les veines du plexus postérieur. La ligature sous-cutanée est passible d'un certain nombre de reproches. Elle agit en bloc sur toutes les veines du plexus antérieur et cela à l'aveugle ; elle supprime du coup toutes les branches de l'artère spermatique. Quant au procédé préconisé par Picqué, il n'a qu'un tort, celui d'être d'une autre époque. Détruire brutalement par le feu le plexus postérieur, comme l'enseigne M. Richet, c'est produire une plaie qui doit suppurer, c'est risquer de produire une déférentite et c'est s'attaquer à des veines qui sont souvent peu dilatées, surtout si on les compare à celles du plexus antérieur.

D'autres auteurs, s'appuyant sur les guérisons obtenues à l'aide des appareils orthopédiques, ont eu l'idée de faire la résection du scrotum « afin de relever (10) le testicule d'une manière permanente et solide et pour rendre tout suspensoir inutile... Sir A. Cooper a excisé une portion du scrotum, de telle sorte que la partie restante pût, en se resserrant, constituer un suspensoir naturel. »

L'amputation du scrotum agit de deux façons, d'abord en soulevant et en soutenant le testicule dont le poids tiraille les éléments du cordon et, en second lieu, en diminuant le champ de la circulation veineuse. A vrai dire l'on n'a pas signalé — du moins à notre connaissance — cette action sur la circulation veineuse dans la résection pure du scrotum. Cependant elle n'est pas étrangère aux bons résultats qu'a donnés l'excision de la peau des bourses dans la cure du varicocèle.

En effet Périer (11) s'exprime ainsi : « Le fond du scrotum est occupé par un réseau assez délicat, étendu de la peau à la tunique fibreuse : ce réseau est le point de départ d'un grand nombre de veines. » L'auteur décrit les larges anastomoses de toutes ces veines entre elles, des superficielles avec les profondes, des réseaux d'un côté avec ceux de l'autre côté. Il signale les larges communications entre les veines du testicule et de l'épididyme et celles des enveloppes des bourses, du périnée, du pubis, du bassin et de la cuisse. « Au niveau du point où cesse la tunique vaginale, le réseau veineux du fond des bourses émet un grand nombre de fines veinules qui traversent la tunique fibreuse et vont se jeter dans

(1) Nicaise, *Revue de chirurgie*, 1884, p. 364.
(2) Vincent, Thèse Paris, 1884, nº 170.
(3) Richelot, *Traitement chirurgical du varicocèle. Union médicale*, 29 mars 1885.
(4) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. VI, 1885, p. 145.
(5) *The operation for varicocele* by Alex. Ogston. *Annals of surgery* Saint-Louis. Volume IV, july, december 1885, p. 119.
(6) Barwell.
(7) *Medical record*, 1886, t. XXIX, p. 341, New-York.
(8) *Semaine médicale*, 13 janvier 1886, p. 16.
(9) *Considérations sur le traitement du varicocèle*, Picqué, *Revue de chirurgie*, avril 1886, p. 289.
(10) *Traité pratique des maladies du testicule*, par T. B. Curling, traduit par Gosselin, Paris, 1857, p. 536.
(11) *Considérations sur l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques et sur le mode de traitement du varicocèle*, Ch. Périer. Th. Paris, 1864, nº 45.

les veines épididymaires. » La résection scrotale, en enlevant avec les tissus des bourses un certain nombre de veines du scrotum, ne diminue-t-elle pas le champ de la circulation veineuse? Il suffit d'examiner la portion scrotale excisée pour constater la présence de veines parfois fort développées. Supprimer ces veines n'est-ce pas diminuer la quantité de sang qui passe par les plexus antérieur et postérieur du cordon?

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, l'idée de guérir le varicocèle par la résection scrotale appartient au chirurgien que nous venons de citer, sir A. Cooper (1). Key, Watson et Lutke à l'étranger, Voillemier en France avaient suivi l'exemple de Cooper et, s'il faut en croire Weir (2), cette opération se faisait couramment à New-York de 1856 à 1860. Mais cette pratique était tombée dans l'oubli et c'est Henry (de New-York) qui l'adopta vers 1871, et la fit revivre. A. Cooper se servait du bistouri. Henry (3) inventa un clamp pour enlever une partie du scrotum et sa résection entamait les deux côtés des bourses de façon à obtenir une cicatrice sur la ligne médiane.

King (4), partisan de l'excision scrotale, invente un clamp supérieur aux autres, à son avis du moins. L'instrument ne produirait aucune contusion des tissus et fixerait parfaitement la peau des bourses qui ne pourrait glisser grâce aux rainures du clamp.

Les succès que l'on obtint par la résection scrotale ne sont pas contestables, cependant quelques échecs vinrent démontrer que la chirurgie n'avait pas encore trouvé l'opération offrant le maximum d'efficacité dans le traitement du varicocèle. Comme la ligature des veines avait à son actif un grand nombre de guérisons, grâce aux bienfaits de l'antisepsie, et comme d'autre part la résection scrotale avait donné des résultats satisfaisants, l'idée vint naturellement de combiner la ligature des veines du cordon à la résection scrotale.

Lee en Angleterre, Bœnning en Amérique, Guyon en France essayèrent ce procédé mixte qui, à l'heure actuelle, est pratiqué par Weill dans certains cas, par Abbe plus souvent, par Mac Burney, Helps de Châteaugay et par bien d'autres chirurgiens.

L'opération de M. le professeur Guyon (5) peut se résumer ainsi :

1° Incision elliptique à grand diamètre transversal de la peau de la partie antérieure des bourses;

2° Ablation du lambeau circonscrit par cette incision;

3° Ligature double du plexus veineux antérieur du cordon, à travers la vaginale non incisée et la tunique fibreuse commune;

4° Suture de la peau.

Ce procédé a des avantages évidents et serait parfait, si on ne pouvait lui adresser le reproche suivant : « Cette perte de substance est unilatérale; elle corrige simplement la trop grande longueur d'un côté des bourses par rapport à l'autre. Ces dernières restent lâches et le complément d'opération ne peut guère avoir pour résultat que de faire cesser une difformité (1). » Il est certain que le suspensoir ainsi obtenu n'est pas suffisant et ne peut valoir celui que l'on obtient avec un clamp appliqué sur le fond du scrotum.

(1) *Œuvres chirurgicales de sir A. Cooper*, traduction de Chassaignac et Richelot, Paris, 1837, p. 494.

(2) Weir, *The treatement of varicocele. Med. rec.*, n° X, 1886, t. XXIX, p. 321.

(3) Henry, *Tr. of varic. by excision of redundant scrotum brichan*, New-York, 1881, chez Vail.

(4) King, *Med. rec.*, 1886, p. 558, t. XXIX.

(5) Note sur un nouveau procédé de traitement du varicocèle, par M. Hache, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. II, 1884, p. 298.

Horteloup contribua à acclimater en France la cure dite radicale du varicocèle. Le procédé de l'auteur se trouve décrit dans la thèse de Wicham (2). Dans l'opération de M. Horteloup, la résection scrotale se fait à l'aide d'un clamp spécial et porte sur les 2 côtés des bourses. Non seulement ce chirurgien enlève la peau du scrotum, mais il comprend entre les branches de son instrument une partie des veines funiculaires qui sont coupées dans le cours de l'opération. Celle-ci se rapproche de celle d'Henry (de New-York), mais ce qui en fait l'originalité, c'est la section simultanée des veines postérieures comprises dans le clamp. Pourquoi s'attaquer aux veines postérieures? M. Horteloup (3) nous donne deux raisons : la première c'est qu'il est difficile d'aborder les veines antérieures; la deuxième c'est que la section des veines postérieures suffit pour déterminer l'atrophie de ces dernières.

Ce chirurgien avance ailleurs que, dans le varicocèle, le plexus postérieur est plus développé que l'antérieur, d'où la nécessité d'agir sur les veines funiculaires de préférence aux autres. Il nous est impossible d'admettre une telle proposition; tout ce qui a été écrit sur l'anatomie des vaisseaux du cordon est en opposition avec cette affirmation et les pièces déposées au Musée Orfila démontrent le contraire. Wicham cite à l'appui de l'opinion de son maître une phrase de Curling, mais une lecture attentive du texte prouve que, si l'auteur anglais a constaté dans un cas la dilatation plus grande des veines postérieures, il ajoute que les vaisseaux antérieurs étaient plus nombreux et plus flexueux. Le varicocèle des veines postérieures est, en somme, exceptionnel.

L'opinion quasi unanime, basée sur l'anatomie normale, la physiologie, sur l'anatomie pathologique et la clinique, rapporte à un excès de pression veineuse dans les veines spermatiques la cause du varicocèle.

Au point de vue théorique nous reprochons au procédé de M. Horteloup d'agir systématiquement sur les veines postérieures, alors qu'il faudrait lier les antérieures, du moins dans la très grande majorité des cas. L'auteur n'a pas donné l'explication de l'atrophie des veines antérieures qu'il a remarquée à la suite de la ligature du faisceau postérieur. Dans tous les cas, cette atrophie consécutive des veines spermatiques n'est pas comparable au résultat que l'on obtient en les liant directement. Au point de vue pratique, d'autres reproches peuvent être adressés à l'opération dont il est question. Il est certain que l'appareil instrumental n'est pas à la disposition de tous les chirurgiens. Non seulement il faut se procurer le clamp de l'auteur, mais encore des tubes de plomb, des anneaux de Galli et tout un système de fils, d'aiguilles et d'épingles. L'opération est minutieuse, compliquée. Le clamp ne fixe pas bien entre ses deux branches les veines funiculaires qui ont une grande tendance à s'échapper, de sorte qu'après l'opération on ne trouve dans la portion des tissus enlevés qu'une faible partie des veines funiculaires. Enfin les sutures superficielles que

(1) Le Dentu, De la cure dite radicale du varicocèle, *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

(2) Wicham, *De la cure radicale du varicocèle, par la résection du scrotum*, Thèse Paris, 1885.

(3) *Revue de chirurgie*, 10 nov. 1886, p. 949.

l'on obtient sont loin d'être parfaites, surtout quelques jours après l'opération.

Toutes ces raisons nous conduisent à déclarer que le procédé d'Horteloup ne répond pas à la perfection que nous devons chercher.

Cependant il est juste de proclamer que M. Horteloup a été le vulgarisateur de la cure radicale du varicocèle en France et que son procédé a donné des résultats assez satisfaisants, pour inviter les chirurgiens français à tenter la guérison de cette infirmité par une intervention sanglante.

Reportons-nous à ce que nous avons dit plus haut et répétons que, pour obtenir un résultat satisfaisant sur la circulation veineuse dans le cordon, il faut agir sur le plexus antérieur. Cette pratique est du reste presque générale. Cependant nous ne pouvons passer sous silence les objections qui ont été faites à propos de la ligature et de l'incision des veines spermatiques proprement dites.

On a invoqué la difficulté d'isoler le canal déférent. Nous ne nions pas que, dans des cas exceptionnels, il soit possible d'hésiter à reconnaître le conduit du sperme. Mais difficulté n'est pas impossibilité, surtout pour une main exercée. Dans tous les cas, ceux qui préconisent la section des veines postérieures ne peuvent se prévaloir de la difficulté que l'on peut éprouver à reconnaître le canal déférent, à moins qu'ils n'admettent l'inutilité d'isoler le conduit vecteur spermatique dans les cas où l'on agit sur le plexus veineux postérieur. Cette prétention ne serait pas admissible.

Bien mieux, admettons que le chirurgien ait quelque doute sur le siège du canal déférent; l'incision des téguments au niveau des éléments du cordon permettra d'agir à ciel ouvert sur eux et mettra à l'abri de toute cause d'erreur. On ne lie en effet les veines qu'après les avoir vues et touchées.

La seconde objection peut être réfutée facilement. Notre excellent collègue Wicham insiste sur le danger de toucher aux plexus veineux. La phlébite, la pyohémie peuvent être en effet la conséquence d'une intervention sur les veines spermatiques. Mais ces complications sont-elles spéciales à l'opération portant sur le plexus antérieur. Certes non. Soit que l'on résèque simplement les bourses, soit qu'en même temps on lie ou on coupe des veines funiculaires, comme le fait Horteloup, soit que l'on agisse sur le plexus antérieur, l'on peut voir apparaître des complications inflammatoires et septicémiques. La cause des accidents est l'infection de la plaie; cette infection due à une faute dans la méthode antiseptique est surtout dangereuse, mais qu'il y ait ouverture des veines-antérieures ou postérieures, peu importe.

Nous en dirons autant au sujet du tétanos.

La dernière objection, la plus grave, mérite d'être prise en très sérieuse considération.

Les partisans de la résection scrotale simple ou combinée à la ligature des veines postérieures, déclarent que l'arrêt de la circulation sanguine dans l'artère spermatique a pour corollaire nécessaire l'atrophie du testicule. Or, ajoutent-ils, cette artère est fatalement intéressée quand on pose une ligature sur le plexus pampiniforme. La conclusion s'impose donc : ne pas toucher aux plexus des veines spermatiques proprement dites, si l'on ne veut pas déterminer l'atrophie du testicule.

Mais pour adopter une telle solution, il faut démontrer la déchéance certaine de la glande spermatique, à la suite de l'oblitération de l'artère, et l'impossibilité de respecter celle-ci, quand on lie le plexus pampiniforme.

a) L'anatomie a depuis longtemps fait justice de l'opinion soutenue par Breschet et par Landouzy (1) sur le siège de l'artère spermatique. Malgaigne (2) et Ch. Périer ont prouvé que cette artère n'est pas en rapport immédiat avec le canal déférent et qu'elle se trouve au milieu du plexus pampiniforme. C'est un fait indiscutable. Dans toutes les opérations si souvent employées et qui portaient à l'aveugle sur les veines spermatiques, cette artère était atteinte à coup sûr et la circulation artérielle interrompue. « Tous les opérateurs, disait Malgaigne, ont détruit et détruisent encore l'artère spermatique sans le savoir. » Cette proposition était vraie; elle ne l'est plus à l'heure actuelle, si on veut bien employer le procédé que nous préconisons.

Une incision verticale sur le cordon permet d'aller à la découverte de l'artère spermatique. L'œil et le doigt feront reconnaître les branches artérielles qui se trouvent enlacées par les veines.

Nous avons vu notre maître M. Le Dentu isoler ainsi l'artère et M. Nicaise a réussi facilement. Ce n'est pas à dire pour cela que l'on ne puisse rencontrer certaines difficultés, mais nous pensons qu'il est possible de lier les veines antérieures sans lier en même temps l'artère spermatique.

Ainsi se trouve condamnée l'affirmation trop absolue de ceux qui prétendent que lier les veines du plexus antérieur, c'est en même temps lier la spermatique.

b) La suppression de la circulation artérielle dans la spermatique entraîne fatalement, a-t-on prétendu, l'atrophie testiculaire.

Cette deuxième objection mérite une réponse.

Nul n'ignore les anastomoses qui existent entre les trois artères du cordon (spermatique, déférentielle et funiculaire). Lévis (de Philadelphie), Henry (de New-York), Malgaigne, Gosselin, pour ne citer que quelques-uns, croient qu'après l'oblitération de la spermatique, l'atrophie survient. Les deux autres artères du cordon ne suffiraient pas à la nutrition de la glande.

D'un autre côté, Landouzy, Williams Carlubler, Richelot, Ferron, Tillaux, Weis, Tesas, et bien d'autres déclarent que la déférentielle et la funiculaire peuvent suppléer à l'arrêt de la circulation dans la spermatique. La glande ne s'atrophierait pas.

Malgaigne (3) lui-même, qui condamne sévèrement la ligature de l'artère spermatique, s'exprime ailleurs dans ces termes : L'oblitération de l'artère spermatique remplirait mal d'ailleurs l'indication proposée (atrophier le testicule, dans le cas de sarcocèle, en liant l'artère spermatique), *le sang reviendrait trop facilement au testicule par les deux autres* (déférentielle et funiculaire).

Il est une autre raison qui plaide contre l'atrophie testiculaire à la suite de la ligature de la spermatique. N'est-il pas, en effet, certain que cette atrophie aurait été constatée un très grand nombre de fois, alors qu'on détruisait à l'aveugle le plexus pampiniforme, et que l'on supprimait à coup sûr l'irrigation sanguine par la spermatique ?

Les chirurgiens ont au contraire noté avec soin le retour du testicule à ses dimensions et à sa consistance normales, ou bien encore le réveil des désirs vénériens. Ce résultat a été obtenu souvent, et Barwell a constaté dans trente-deux cas la résurrection de la puissance génésique à la suite d'une opé-

(1) Landouzy, Sur la nature et le traitement du varicocèle, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1838, p. 90.

(2) *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. II, p. 390, Paris, 1859.

(3) *Anat. topog.*, t. II, p. 389.

ration qui empêchait l'irrigation du testicule par le sang de la spermatique.

Il est certain que l'oblitération de cette artère n'entraîne pas *nécessairement* l'atrophie de la glande séminale. Mais la déchéance du testicule *peut-elle* s'observer après la ligature de l'artère principale de la glande ?

Quelle solution donner à cette question ?

« Il faut avouer qu'il est encore prématuré aujourd'hui de lui donner une réponse définitive», dit M. Segond. Quoique, dans un grand nombre de cas, la déférentielle et la funiculaire puissent suppléer à l'arrêt de la circulation dans l'artère testiculaire, nous pensons qu'il faut respecter, autant que faire se peut, cette artère qui est une des sources les plus considérables de l'irrigation artérielle de la glande séminale.

De toutes ces considérations, il ressort qu'il n'est pas prouvé que la déchéance testiculaire soit la conséquence forcée de la ligature de l'artère spermatique, et — point important — qu'il est possible de respecter cette artère en opérant à ciel ouvert sur le plexus pampiniforme.

VIII

L'opération de choix sera donc un procédé mixte comme celui de Guyon, c'est-à-dire une combinaison de la ligature à ciel ouvert du plexus antérieur et d'une excision scrotale.

L'excision scrotale doit pouvoir se faire sans clamp spécial, mais de façon à éviter l'hémorrhagie. « Nulle part (1) la réunion par première intention n'est aussi difficile à obtenir que dans le scrotum, car les bords de la plaie cutanée, renversés en dedans par l'action du dartos, ne s'affrontent qu'imparfaitement malgré les sutures. »

Nous nous rappelons avoir entendu notre éminent maître, M. Verneuil, insister sur la difficulté de réunir par première intention les plaies scrotales. C'est dire qu'un des points importants de l'opération est de faire la réunion de la solution de continuité avec un soin extrême.

L'opération que nous proposons a été exécutée par M. Le Dentu.

Nous allons l'exposer en suivant la description qu'en a donnée notre excellent maître et en ajoutant quelques détails sous notre propre responsabilité.

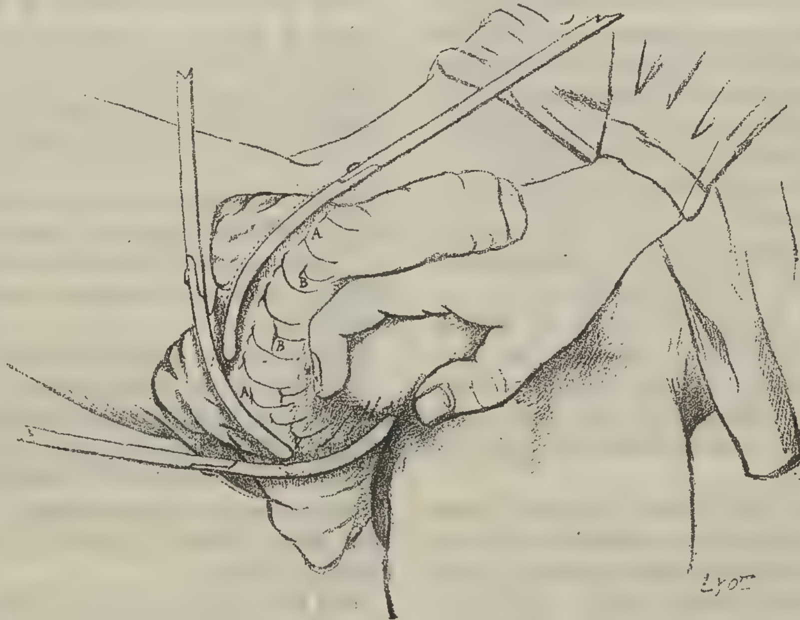
1° Raser avec soin le scrotum qui sera ensuite savonné et lavé avec une solution de sublimé au 1/2000.

2° Isoler le faisceau veineux antérieur *près du testicule*, après avoir fait une incision verticale, le long et sur la partie antérieure du cordon. Reconnaître et séparer avant toute ligature le canal déférent. Disséquer les veines de façon à éviter les branches de la spermatique. Poser deux ligatures (au catgut) sur les veines, à 2 centimètres l'une de l'autre. Exciser le tronçon intermédiaire. Drainer la portion du cordon correspondant à l'excision, suturer avec soin (crin de Florence de préférence).

Tous ces temps seront exécutés lentement et sous le chloroforme. Les plus grandes précautions antiseptiques sont de nécessité absolue.

3° Le malade a les jambes étendues sur le lit et très légèrement écartées.

Faire soutenir les testicules par la main d'un aide, au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal, pendant tout le cours de l'opération. On peut ainsi reporter la ligne d'excision aussi haut qu'on le veut. Il faut cependant ménager une portion des bourses, suffisante pour loger ultérieurement les testicules. Abbe (1) faisait remarquer qu'il ne faut pas enlever une trop grande partie du scrotum ; ce serait mettre les glandes séminales dans une position non naturelle.


Fig. 1.

En guise de clamp, M. Le Dentu se sert de pinces à ovariotomie, dites pinces à pédicule, dont les mors, coudés sur le champ, ont 7 centimètres de long. Au moyen de cet instrument, d'un usage tellement vulgaire qu'il est dans l'arsenal de tout chirurgien, on pourra faire l'opération, qui nécessitera de plus un bistouri, des aiguilles et du fil de Florence.

On place la première pince sur la partie du scrotum voisine du périnée, la concavité des mors tournée vers les testicules (fig. 1).

Une deuxième pince est posée de suite sur le tiers moyen des bourses, la concavité des mors tournée en arrière, le bec atteignant la première pince vers le milieu des mors.

Sans s'occuper de la portion postérieure du scrotum restée libre, on traverse ce dernier avec des aiguilles à suture ordinaire, munies de crins de Florence, à un petit centimètre en avant des pinces. Les sutures doivent être rapprochées. On détache alors, avec un bistouri, la portion du scrotum située en avant de cette première pince. On enlève celle-ci. On noue de suite en avant de cette première section scrotale, les 3 ou 4 fils mis en place à l'avance.

Dès que ce premier temps a été exécuté, on place la pince qu'on vient d'enlever sur la portion supérieure des bourses, mais de telle façon que le segment supérieur du scrotum ainsi étreint, rejoigne, par son extrémité supérieure, la partie inférieure de la plaie qui a été faite pour l'excision du faisceau veineux. Cette troisième incision scrotale doit donc remonter obliquement vers le cordon du côté opéré.

La troisième pince regardera en arrière par sa concavité.

On passe les fils en arrière de la seconde pince et on détache au bistouri le second tiers du scrotum. On noue les

(1) *Semaine médicale*, 13 janvier 1886, p. 16.

(1) *Med. record*, 1886, t. XXIX, p. 340.

fils comme la première fois. Le troisième temps est la répétition des deux premiers au niveau de la troisième pince.

Comme les parties molles ont parfois de la tendance à s'échapper des mors qui les étreignent, il sera bon d'avoir sous la main quelques épingles à suture qu'on plantera en avant des pinces et qui seront enlevées avec la portion correspondante du scrotum. Après avoir enlevé une quelconque des pinces, si on remarque un écoulement sanguin, on place, dans les points d'où s'échappe un peu de sang, une suture profonde à un centimètre au moins en arrière des sutures superficielles, et on noue doucement le fil en avant de la section, comme pour les sutures superficielles.

Partout où les lèvres de l'excision bâillent tant soit peu, on complète le rapprochement par des fils très superficiels.

Panser avec la gaze iodoformée ; par-dessus mettre de la ouate hydrophile, puis un taffetas imperméable antiseptique, et enfin faire un double spica avec des bandes de mousseline humides.

Le pansement ne sera renouvelé, autant que possible, que vers le septième ou huitième jour. Les sutures ne seront enlevées qu'à ce moment. L'opéré sera maintenu au lit jusqu'à ce que la réunion soit définitive.

Quand le malade sera guéri, et surtout dans les premiers temps, il portera un bon suspensoir qu'il sera obligé de garder pour éviter la récidive.

Telle est l'opération la plus rationnelle, la plus complète, des procédés combinés. Elle a déjà donné de bons résultats et l'avenir nous prouvera qu'elle est supérieure aux autres par son efficacité. L'appareil instrumental, nécessaire pour l'exécuter, est peu coûteux et se trouve entre les mains de tout chirurgien. La bénignité de l'opération est égale aux autres méthodes, pourvu que les règles antiseptiques soient suivies avec la dernière rigueur. Si la suppuration apparaît, c'est qu'une faute aura été commise dans l'antisepsie. L'hémorrhagie sera évitée par le procédé des sutures successives que nous avons indiqué. On pourra observer, comme du reste dans toutes les opérations de varicocèle, même dans la simple ligature, un peu d'épididymite ou un certain degré d'épanchement dans la vaginale. Ce sont des incidents plutôt que des accidents, et, dans la très grande majorité des cas, ces incidents n'entravent pas la guérison.

IX

Telle est l'opération de choix. Faut-il l'appliquer dans tous les cas justiciables d'une intervention chirurgicale ? L'étude clinique du varicocèle ne fournit-elle pas des indications précises qui doivent faire préférer ici la ligature, là la résection scrotale, ailleurs la résection combinée à la ligature ?

Notre maître, M. Le Dentu, résume cette question par les propositions suivantes :

1° Aux varicocèles petits et moyens conviennent les méthodes simples (résection scrotale ou ligature des veines avec ou sans excision) ;

2° Aux varicocèles volumineux doivent être appliquées les méthodes combinées.

Déjà M. Segond (1) avait formulé les conclusions suivantes :

1° Dans les cas, *très rares* du reste, de varicocèle petit, très douloureux et non compliqué de relâchement du scrotum, on peut se contenter de sectionner ou de réséquer les veines entre deux ligatures, après les avoir découvertes par une incision longitudinale du scrotum.

2° Lorsque les dimensions des bourses sont excessives, la résection bilatérale du scrotum est suffisante, à cette double condition que les varices ne soient pas trop volumineuses et que l'on ait, au préalable, constaté la possibilité d'améliorer les symptômes fonctionnels par l'usage d'un suspensoir...

3° Lorsque les bourses sont distendues et le varicocèle volumineux ou douloureux (ainsi qu'il arrive d'habitude quand l'opération est indiquée) il faut associer la résection du scrotum à la résection des veines entre deux ligatures et respecter l'artère spermatique lorsque sa dissection n'est pas trop pénible.

Dans son excellent travail (1) Weir pose les conclusions suivantes :

1° Le meilleur traitement des petits varicocèles est la ligature (simple ou double) sous-cutanée des veines avec le catgut.

2° Pour les varicocèles de moyen volume ou dans les cas qui exigent une opération plus radicale, l'excision doit être préférée, si le chirurgien est soigneux.

3° L'on doit traiter par la résection scrotale, avec ligature des veines, les varicocèles énormes, les varicocèles récidivés et les cas dans lesquels la dilatation veineuse, sans être considérable, est accompagnée d'un allongement marqué du scrotum.

La ligature sous-cutanée que préconise Weir doit être rejetée pour les causes que nous avons longuement exposées. Restent deux méthodes : la première, l'excision des veines spermatiques ; la deuxième, l'excision des veines avec résection scrotale.

L'on remarquera que MM. Le Dentu, Segond et Weir s'accordent à reconnaître que les gros varicocèles doivent être traités par l'amputation des bourses combinée à la ligature des veines du cordon. Or, quand y a-t-il indication d'opérer ? C'est le plus souvent quand on est en présence d'un paquet veineux volumineux et d'un allongement plus ou moins considérable du scrotum. De sorte que la ligature des veines avec amputation scrotale est encore l'opération le plus souvent indiquée, en même temps que c'est elle qui présente les plus grandes garanties de succès.

Quant à la deuxième conclusion de M. Segond nous ne pouvons y souscrire volontiers.

Réséquer simplement le scrotum, quand les dimensions des bourses sont excessives et les varices « pas trop volumineuses, » c'est s'exposer à une récidive, c'est négliger de faire une opération plus efficace, alors que le danger n'est pas sensiblement plus grave, grâce à la méthode antiseptique.

Nous n'hésitons pas à déclarer que, dans la grande majorité des cas, il faut se résoudre à faire une opération aussi radicale que possible ; il faut réséquer le scrotum après avoir lié et excisé les veines du plexus spermatique antérieur. C'est dire que l'on ne s'armera du bistouri que s'il y a indication opératoire nettement établie.

En se dérobant à la nécessité d'exécuter une opération aussi complète et aussi efficace que possible, le chirurgien fait courir au patient le risque de voir réapparaître le varicocèle dans un temps plus ou moins rapproché. Si cette éventualité se réalisait, Weir donne le conseil de faire la

(1) *Loc. cit.*, p. 298.

(1) *Medical record*, 1886, t. XXIX, p. 321.

résection scrotale combinée à la ligature des veines. Mais ne vaut-il pas mieux commencer par là? La gravité de cette opération complète n'est pas sensiblement plus grande que celle de la résection scrotale simple ou celle encore de la ligature des veines. Plutôt que de s'exposer aux risques de deux opérations successives, il est préférable de commencer par la seconde qui pourrait devenir nécessaire et qui présente des garanties de guérison plus sérieuses sans entraîner un pronostic plus sévère. Ainsi l'exigent, à notre avis, l'intérêt du malade et la bonne renommée de la chirurgie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ULCÈRES GOMMEUX ET DES ULCÈRES VARIQUEUX DE LA JAMBE.

Par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, chef de clinique de la Faculté.

I

M. le professeur Fournier vient de terminer une série de cliniques sur les *Syphilides gommeuses*, par une remarquable leçon, où le diagnostic différentiel des ulcères spécifiques du membre inférieur est traité avec des détails d'une précision telle qu'ils nous paraissent devoir jeter une lumière décisive sur ce point ardu de la pratique courante.

Il nous a semblé utile d'y insister, surtout au moment où une thèse récente, sortie de l'hôpital Saint-Louis, vient de faire ressortir les difficultés de ce diagnostic.

Dans sa thèse sur les *Lésions cutanées des membres variqueux*, M. A. Broca, après avoir énuméré les caractères des ulcères tertiaires de la jambe (forme, nombre, groupement, aspect des cicatrices, etc.), constate que ces caractères ne leur sont pas exclusivement réservés. Les ulcérations survenues sur l'eczéma variqueux les reproduisent souvent avec une assez parfaite exactitude. D'autres également, d'ailleurs : telle une mortification du tissu cellulaire, consécutive à une contusion, et située sur la face externe du membre, qui revêtait, à un rare degré, l'aspect d'une gomme. Telle encore une phlébite variqueuse ampullaire circonscrite, observée dans le service de M. Lailler, et qui eût pu en imposer pour une lymphangite gommeuse. Nous venons nous-même d'étudier un cas analogue dans le service de notre cher et respecté maître, M. Fournier; il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années, qui s'est présentée à nous avec la jambe gauche tuméfiée dans toute son étendue, recouverte d'une rougeur inflammatoire diffuse, et portant à sa face externe une série d'ulcérations rondes, taillées à pic, à fond bourbillonneux.

Quand la tuméfaction et la rougeur eurent, au bout de deux jours, été diminuées par le repos et les cataplasmes, on put sentir des cordons durs, inégaux, noueux, partant des ulcérations et les reliant entre elles. Le traitement ioduré, institué alors pendant quinze jours, malgré l'absence d'antécédents, n'amena aucun résultat, et il fut bientôt apparent qu'on avait eu là affaire à une lymphangite, suppurée par places sur le trajet des troncs superficiels, et consécutive à un traumatisme vulgaire du pied, chez une femme d'ailleurs variqueuse. La lymphangite simple peut donc, elle aussi, simuler la syphilis, surtout lorsqu'elle donne lieu à des collections ampullaires s'ouvrant par un processus gangréneux.

Nous serons donc d'accord avec M. A. Broca, lorsqu'il écrit que « *les symptômes les plus vulgaires des ulcérations tertiaires peuvent exister également dans d'autres ulcères . . . .* » — Mais peut-être va-t-il un peu loin en disant que « sur la seule considération des signes objectifs, *la nature syphilitique d'une lésion isolée ne doit pas, en général, être affirmée avec certitude* ».

Il serait fâcheux que la quasi certitude de ne pouvoir, dans la plupart des cas, arriver à un diagnostic étiologique portât le médecin à renoncer ou à recourir d'emblée au traitement spécifique; aussi avons-nous demandé à M. le professeur Fournier l'autorisation de résumer ici quelques lignes de sa récente leçon.

II

1° *Considération de siège.* — L'*ulcère variqueux* a un siège affectionné, un siège de prédilection sur les membres inférieurs. Il en occupe le segment le plus déclive, le *segment inférieur*, et là, il siège, « le plus souvent », du *côté interne*.

Sa localisation préférée, c'est la région tibiale inféro-interne, c'est le pourtour de la malléole interne.

Telle n'est pas la *syphilide gommeuse*, qui, sur la jambe, siège *à peu près indifféremment partout*, et qui n'a pas de préférence bien marquée pour tel ou tel segment du membre.

2° *Nombre des lésions.* — Sans doute, l'*ulcère variqueux* peut être multiple à ses débuts, comme multiples sont les foyers d'eczéma variqueux dont il dérive; mais cette confluence, cette multiplicité n'est qu'originelle, exordiale. Ces diverses ulcérations primitives se réunissent bientôt, deviennent coalescentes et aboutissent à se fusionner; si bien que l'ulcère variqueux constitué est, sinon constamment et dans tous les cas, au moins habituellement *unique*.

Tout au contraire, les *syphilides gommeuses* (si elles peuvent être uniques) peuvent aussi et très fréquemment être multiples. C'est ce qui arrive le plus souvent; elles sont au nombre de 2, 3, 4, 5, 10, voire davantage. Et, dans ce cas, la lésion totale se compose d'un groupe de lésions, ou plus ou moins égales entre elles comme étendue, comme surface, ou, ce qui est plus fréquent, d'un *groupe de lésions inégales*, les unes étendues, vastes, considérables quelquefois; d'autres plus petites, plus restreintes, mais toutes semblables d'aspect, offrant toutes un ensemble de caractères communs. Or, presque jamais les ulcères variqueux ne se présentent sous cet aspect, c'est-à-dire cette confluence d'ulcérations identiques.

3° *Configuration.* — Il est très vrai que l'*ulcère variqueux* débute par une ulcération arrondie; que, plus tard, il présente parfois un graphique arciforme, par fusion de plusieurs lésions arrondies; il n'est pas moins indéniable qu'on le voit quelquefois, à sa période adulte, présenter une forme plus ou moins circulaire, ou, plus fréquemment encore, elliptique, à grand axe vertical. Mais, à ne parler que des cas les plus usuels, il est tout aussi incontestable qu'en général, il n'affecte pas de forme particulière; qu'il est le plus habituellement irrégulier de contour.

Somme toute, il n'a *pas de configuration méthodique.*

Tout au contraire, prédilection singulière des *syphilides gommeuses* pour une configuration éruptive méthodique. Elles sont remarquables comme graphique de contour et comme disposition de groupement, par les deux caractères suivants :

a. Graphique de contour. — Elles obéissent à une véritable discipline éruptive, qui les assujettit à tel ou tel des trois types suivants : type orbiculaire; — type arciforme; — type serpentin.

b. Disposition de groupement. — Elles sont le plus souvent disposées en demi-lune, en arc de cercle, etc.

Si bien que, d'après ce seul caractère, il est habituellement possible, non pas seulement de soupçonner, mais d'affirmer, au premier coup d'œil, le caractère spécifique d'ulcérations de ce genre, non moins que d'exclure la varicose comme origine de telles lésions.

4° *Caractère du fond des ulcérations.* — Très variable assurément se présente le fond de l'*ulcère variqueux*, et cela suivant des conditions multiples, telles que : date d'origine; — pansements ou absence de pansements; — irritation par incurie, topiques exci-

tants, cautérisations, fatigue, marche; — complications diverses, etc.

Ainsi, tantôt il est rouge, violacé, vineux; — tantôt rosé et atonique; — tantôt grisâtre, pultacé, sanieux, etc.

Mais jamais il ne présente cet aspect presque caractéristique des ulcérations gommeuses, à savoir : l'enduit crêmeux ou « bourbillonneux » du fond; jamais on ne le voit se présenter avec un « enduit de crême jaunâtre ou jaune verdâtre », formant une couche continue sur le fond de la plaie; jamais on ne le voit revêtu de ces lambeaux charnus, escharifiés, qui constituent ce qu'on appelle le bourbillon gommeux. On peut bien le voir gangréneux par places, par îlots; mais cette complication de gangrène est toute différente d'aspect du véritable enduit ou bourbillon gommeux, tel au moins qu'il se présente dans sa forme typique.

Autre caractère, qui ne se trouve pas signalé dans les classiques : les *syphilides gommeuses* des jambes sont, pas très communément, mais parfois encroûtées; or, *l'ulcère variqueux* (l'ulcère véritable, pas l'eczéma variqueux) ne se présente jamais recouvert de croûtes.

Pourquoi cette différence? Elle tient vraisemblablement à la dissemblance des liquides de sécrétion morbide, celui de la gomme étant concrescible, celui de l'ulcère variqueux étant sans doute trop sanieux et trop diffluent pour se solidifier en croûtes. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est réel et constitue entre les deux maladies une différence objective des plus curieuses.

5° *Caractères des bords et de la zone tégumentaire périphérique.* — A coup sûr les bords des deux lésions offrent ce caractère commun d'être surélevés, engorgés, infiltrés, durs. Mais quelle différence de l'une à l'autre des lésions quand on examine les choses de plus près.

A. Les bords de *l'ulcère variqueux* ne sont que rarement entaillés à pic, découpés nettement, comme le sont usuellement les bords de la gomme.

Le plus souvent ces bords sont taillés en biseau, c'est-à-dire descendent en pente plus ou moins oblique, en pente douce, de la surface des téguments sains vers le fond de l'ulcère.

B. Les bords des *syphilides gommeuses* ne sont jamais infiltrés que dans une étendue restreinte, dans un court rayon. L'infiltration gommeuse qui sert de cadre à l'ulcère gommeux ne le dépasse pas au delà de quelques millimètres, d'un centimètre au maximum (sauf exception rare, à savoir si l'on a affaire à la variété dite « gomme en nappe »).

Tout au contraire, les bords de *l'ulcère variqueux* sont infiltrés et durs dans une zone périphérique infiniment plus étendue, mesurant quelquefois plusieurs centimètres. Cette zone est constituée par une véritable nappe d'infiltration pachydermique.

C. Ces différences s'accusent encore bien davantage à une certaine distance en dehors des lésions. Ainsi :

Un membre affecté de *syphilide gommeuse* est un membre sain, à la lésion près, c'est-à-dire un membre dont l'ensemble tégumentaire est intact, normal.

Tout au contraire, autour d'un ulcère variqueux existe toujours une étendue plus ou moins considérable de téguments malades, alors surtout que cet ulcère date déjà d'un certain temps. Tout autour d'un ulcère variqueux existe une zone infiltrée, ou bien rouge, eczématoïde, ou bien simplement maculeuse, jaunâtre, mais, dans l'un et l'autre cas, épaissie, indurée, constituant ce qu'on appelle une « dermite fibreuse hypertrophique », une « zone pachydermique » en un mot. Dans toute cette zone, la peau est dure sous le doigt, adhérente aux parties sous-jacentes dont il est impossible de la séparer, accolée, fusionnée avec ces parties et ne glissant plus sur elles. Quelquefois même cette zone est adhérente aux os sous-jacents, lesquels peuvent être hypertrophiés, hyperostosés; et tout le membre forme alors une sorte de bloc dont les parties constituantes semblent toutes intimement soudées, confondues en une seule masse.

Or, cette zone pachydermique rayonne souvent autour de l'ulcère dans une étendue de plusieurs centimètres; parfois encore elle occupe une bonne partie de la circonférence du membre, sans parler des cas où elle enlace tout le membre entièrement, en lu constituant une sorte de cuirasse.

A cet aspect, à cet ensemble, impossible de méconnaître des accidents de varicose, que la syphilis est impuissante à jamais réaliser.

M. Fournier signale ensuite les modifications d'aspect que peuvent subir les lésions alors qu'elles viennent à se greffer sur un membre variqueux et surtout chroniquement variqueux. Dans ces conditions, la forme pure de ces lésions est plus ou moins adultérée par les altérations déjà acquises de ce membre. C'est ainsi que, dans les cas de cet ordre, elles offrent des bords plus durs, une aréole pachydermique plus ou moins étendue, un aspect vineux de fond, alors que leur bourbillon propre est éliminé, et tout un ensemble de caractères *bâtards* qui sont la conséquence bien naturelle de l'association de lésions syphilitiques à des lésions préalables d'ordre variqueux. C'est à ces ulcères de physionomie équivoque, rappelant à la fois la physionomie de la gomme et celle de l'ulcère variqueux, que M. Verneuil et son élève, M. Broca, ont donné le nom d'*ulcère syphilitico-variqueux* ou d'*hybride syphilitico-variqueux*.

LUXATION SOUS-GLÉNOIDIENNE DE L'ÉPAULE

Par M. le docteur G. de Fajole.

En décembre 1880, je fus appelé en toute hâte, à une quinzaine de kilomètres de ma résidence, pour donner, dans un petit hameau, mes soins au sieur P..., journalier, gravement blessé, me dit-on, à la suite d'une chute faite d'un gros arbre qu'il élaguait. Je me rendis près de lui, et le trouvai couché sur une paillasse, parlant à peine, pâle, le pouls petit et fréquent, dans un état en somme très alarmant. Il se plaignait de douleurs contusives, siégeant en diverses parties du corps, mais il attirait surtout mon attention sur son bras droit, qu'il croyait brisé, et qu'il ne pouvait, en effet, remuer d'aucune façon. Je le débarrassai de ses couvertures, et diagnostiquai, à première vue, une fracture de la partie moyenne de l'humérus. J'avais aperçu, en effet, ce membre comme séparé par un angle rentrant vers le corps en deux parties inégales. Je le saisis alors à pleines mains, et, par la palpation, je pus m'assurer que la branche supérieure plus courte de l'angle ne contenait pas de tige osseuse, tandis que la branche inférieure, dirigée vers le thorax, était solide, immobile, et semblait enfoncée dans la paroi costale.

Seul, loin de tout appui confraternel, je devais prendre un parti, je me décidai pour une intervention immédiate. Mais, m'attendant à de très sérieuses difficultés pour la réduction de ce que je croyais être une luxation, j'envoyai quérir quelques aides vigoureux pour faire l'extension et la contre-extension. Dès que ceux-ci furent arrivés, je les plaçai dans la position la plus convenable, le malade restant, vu sa faiblesse, toujours à peu près couché. Je fis commencer les tractions, je saisis moi-même à pleines mains le segment accessible de l'humérus, prêt à faire la coaptation. Je m'attendais à des difficultés considérables, mais à peine les tractions furent-elles commencées, que je pus remettre, sans aucun effort et comme si je déplaçais un corps libre et sans connexions ligamenteuses, l'humérus dans sa cavité normale.

Au même instant, j'entendis et les assistants entendirent un bruit fort, comme un roulement de voiture, de courte durée; mon opéré poussa un cri, acheva de s'affaisser sur son grabat, et perdit absolument connaissance; je le crus mort, il ne l'était pas cependant, des excitants de toute espèce le firent revenir à lui, j'attendis un instant, puis, voulant m'assurer de l'état de l'humérus, je palpai le membre et lui imprimai quelques légers mouvements latéraux, qui semblèrent m'assurer de la réduction complète.

Peu après ce nouvel examen, ménagé cependant, mon blessé eut une nouvelle syncope, à la suite de laquelle son état ordinaire de faiblesse et d'abattement prit tellement le dessus, que, m'attendant à une issue fatale d'un moment à l'autre, je pris le parti de ne plus le toucher. Je restai quelque temps encore près

de lui, n'osant plus l'examiner. Jugeant toute nouvelle intervention inopportune, j'ordonnai quelques excitants et quelques toniques et me retirai, comptant que mon malade, *atteint d'une luxation de l'humérus, avec pénétration de la tête de l'os dans la cavité thoracique*, n'avait plus que peu d'heures à vivre.

Le surlendemain, je fus de nouveau mandé près de lui, et je pus l'examiner avec toute l'attention désirable. Tout le bras et la plus grande partie de l'avant-bras étaient le siège d'un épanchement sanguin énorme; de plus un emphysème sous-cutané occupait non seulement le bras, mais encore tout le côté droit de la poitrine et remontait jusqu'au cou. La crépitation gazeuse y était absolument évidente. L'humérus me parut à sa place, et, en enfonçant quoique avec précaution mes doigts au-dessous de l'aisselle, dans la paroi thoracique après avoir déprimé l'épanchement gazeux, agissant d'un autre côté vers la région sternale, je pus m'assurer d'une fracture de côtes. Une seule était-elle brisée, ou bien deux de ces os avaient-ils été compris dans le traumatisme? c'est ce que je ne cherchai pas, par excès de prudence, n'en voyant pas d'ailleurs l'utilité directe, à constater.

Je dois ajouter que le blessé rendait des crachats sanglants, qu'il avait de l'oppression, et que je pus reconnaître de la matité dans la partie postérieure de la poitrine du côté blessé.

J'établis alors un bandage de corps compressif, et me contentai de soutenir les forces du blessé par des bouillons et des potions toniques. J'abrège maintenant cette observation pour laquelle d'ailleurs des notes, prises au moment même, me manqueraient. Le blessé fut longtemps malade, mais il guérit. Le membre droit resta plusieurs mois dans l'incapacité de service la plus complète. Cependant, quoique je n'aie pu revoir le blessé depuis plusieurs années, je sais qu'il a repris ses occupations de journalier rural, et qu'il a fait, par exemple, depuis lors, des murailles à pierre sèche, travail auquel il se livrait auparavant.

Voilà donc bien un exemple aussi démonstratif que possible, sauf confirmation par l'autopsie, d'une luxation en bas de l'épaule, sur la ligne glénoïdienne prolongée, avec enfoncement de la paroi thoracique par la tête de l'humérus, fracture de côtes et blessure du poumon, probablement par les fragments refoulés de celles-ci.

Je fis au moment même quelques recherches à ce sujet dans les classiques de mon époque et à ma disposition, et ne trouvai rien d'analogue. Je me promis bien de publier cette observation ; mais les exigences journalières de ma clientèle et des préoccupations de plus d'une sorte m'en avaient détourné, lorsque l'article de M. Villar (1) m'a rappelé et le fait, et son intérêt.

Je disais tout à l'heure que je n'avais rien trouvé, je me trompe. Je vis, dans Nélaton et dans Vidal (de Cassis), la mention d'une observation de Desault, qui crut avoir produit l'emphysème à la suite de mouvements énergiques de réduction. Je le produisis, moi aussi, et les mouvements de réduction n'avaient été rien moins qu'énergiques. M. Velpeau avait voulu expliquer la crépitation par l'écrasement des caillots de l'épanchement sanguin. Il me paraît impossible qu'un chirurgien comme Desault ait pu confondre les deux sensations, chose que je n'aurais pu faire moi-même, tout humble praticien que je sois. Le vieux chirurgien français n'aurait-il pas eu affaire à un cas semblable au mien? J'appellerai l'attention sur le bruit de roulement, bruit très fort, qui se fit entendre dès que la tête humérale eut été dégagée de la blessure costale, et qui n'était que l'effet de l'irruption brusque, dans la plèvre et le tronc cellulaire tout au moins, de l'air échappé des cellules pulmonaires déchirées.

Maintenant, par quel mécanisme avait eu lieu ce traumatisme si violent? J'avoue qu'ici mes souvenirs manquent de précision. Le sujet était debout le long d'un gros tronc de châtaignier qu'il émondait, à trois ou quatre mètres au plus au-dessus du sol. Il me semble qu'il me dit, ou bien que je pus reconnaître moi-même par l'examen des contusions disséminées sur d'autres parties du corps, qu'il avait dû tomber sur le coude droit fléchi, mais je ne puis affirmer l'exactitude de cette constatation étiologique. Ce mécanisme pourtant est celui qui me paraîtrait devoir être admis comme le plus probable; le blessé était tombé sur un terrain plat et était demeuré immobile sur l'endroit même de sa chute ; il n'aurait donc pu compliquer le premier traumatisme par les nouvelles violences subies.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 702.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

70. Crossouard. Étude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine. — 71. Crambes. Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental (la région aurifère entre le haut Sénégal et le haut Niger). — 72. Piron. Des myosites suppurées et du paludisme. — 73. Benon. Traitement de l'ongle incarné (nouveau procédé opératoire). — 74. Sallebert. Étude sur les récidives de la fièvre typhoïde. — 75. de Taroni. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis du scrotum, notamment chez les indigènes de la Nouvelle-Calédonie et des îles environnantes. — 76. Birolleau. Souvenirs d'une campagne au Sénégal sur la *Salamandre* (hivernage 1885). — 77. Séquinard. Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice. — 78. Alliot. Étude sur une épidémie de Dengue observée à Tahiti (janvier à mai 1885); la propagation à bord de l'aviso *le Volage*. — 79. Dufour. Que faut-il faire du testicule en ectopie inguinale dans le cas de hernie inguinale étranglée. — 80. Dufourc. De l'adénopathie trachéo-bronchique (hérédo-syphilitique). — 81. Boullangier. Traitement par la trépanation hâtive des abcès intra-mastoïdiens. — 82. Angier. Contribution à l'étude des accès pernicieux algides (mer des Antilles). — 83. M. Rousseau. De la fièvre bilieuse hématurique au fort de Bammako (campagne 1885-1886). — 84. M. Bène. Étude sur trois cas d'empoisonnement par le phosphore, traités par l'essence de térébenthine. — 85. M. Martenot. Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle. — 86. M. Daliot. Contribution à l'hygiène navale; relation médicale d'un convoi de rapatriement d'émigrants indiens (considérations étiologiques sur le Béribéri). — 87. M. Dupond. Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accidents primitif et secondaire). — 88. M. Desmontils. Des cas de dyspnée dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus. — 89. M. Plouzané. Contribution à l'étude de l'hygiène pratique des troupes européennes en campagne dans les pays intertropicaux (Haut Sénégal et Haut Niger). — 90. M. Joyau. Des hémorrhagies intestinales du premier âge, consécutives à l'invagination. — 91. M. Perron. Considérations sur les causes et le traitement des otites moyennes chroniques. — 92. M. Sérieyx. Du secret médical; ce qu'il est, ce qu'il devrait être au point de vue de la contagion et de l'avortement. — 93. M. Fischer. Du rappel de la parole chez les aphasiques. — 94. M. Moulinié. Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel. — 95. M. Peytoureau. La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés (avec 12 figures dans le texte). — 96. M. Villedary. Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement. — 97. M. Ilbert. De l'emploi de l'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine. — 98. M. Senesse. Traitement local de la phthisie laryngée. — 99. M. Babot. L'aviso *Oyapock* pendant l'épidémie de fièvre jaune du Maroni (1886). — 100. M. de Boyer de Camprieu. Empoisonnements par les substances alimentaires altérées. — 101. M. Blanc-Fontenille. Étude sur une forme particulière de délire hystérique (délire avec amnésie). — 102. M. Grasset. Étude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques. — 103. M. Amiaud. Quelques considérations sur les ruptures musculaires. — 104. M. Firpo. Contribution à l'étude de la restauration immédiate du périnée dans les déchirures *post partum*. — 105. M. Pouchet. Des tumeurs éburnées de l'orbite. — 106. M. Colle. Des complications oculaires dans l'érysipèle de la face. — 107. M. Fassy. Considérations sur l'état mental dans le diabète. — 108. M. Lallour. Contribution à la géographie médicale. La baie de Passandava et le poste d'Amboudimadirou (côté nord-ouest de

Madagascar). — 109. M. SUZANNE. Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale. — 110. M. KERGROHEN. Étude sur la pathologie de Tahiti. — 111. M. HENRY. Contribution à l'étude des fièvres typhiques récurrentes d'origine climatique observées à la Guadeloupe. — 112. M. JOLLET. Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental; histoire médicale du poste de Kouvidou (1884-1886). [Étude d'hygiène et de pathologie exotiques.] — 113. M. MOREL. Étude critique sur les injections rectales gazeuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 114. M. DUPUY. Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'empereur d'Autriche vient de conférer à M. Pasteur l'ordre de la Couronne de fer, lequel donne droit au titre de baron.

— A la suite du concours ouvert dans les hôpitaux de Rouen, M. le docteur Ch. Bataille a été nommé chirurgien-adjoint de ces hôpitaux.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Rousseau, père, conseiller général du canton de Hirson (Aisne).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'eau chaude en obstétrique, par le docteur HENRI LORAIN, in-8° de 160 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive, par le docteur RAOUL BRUNON, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8° de 130 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, par M. le docteur F. DESPAGNET. 1 broch. in-8° avec planche hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Félix Alcan.

De l'origine des effets curatifs de l'hypnotisme; étude de psychologie expérimentale, par M. J. DELBŒUF, professeur à l'Université de Liège. 1 broch. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21636

N° 110. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 13 SEPTEMBRE 1887. — N° 110

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Membrane hymen : son examen, ses différentes formes.

Nous arrivons au signe physique considéré comme le caractère essentiel de la virginité, à la membrane hymen qui ferme l'entrée du vagin. Existe-t-elle toujours ? Ambroise Paré, le père de la médecine légale en France, en doutait, et il avait consulté à ce sujet les matrones. « Qu'il soit vray, dit-il, j'en ai interrogué plusieurs pour savoir où elles trouvent la dite tayege ; l'une disoit tout à l'entrée de la partie honteuse, l'une au milieu et les autres tout au profond, au devant de la bouche de la matrice. Et voilà comment ces sages-femmes accordent leurs vielles (1) ». Buffon, à son tour, réagissant contre ce préjugé de son temps que la chemise de la nouvelle mariée devait être ensanglantée, ne considérait pas l'existence de l'hymen comme constante. Les recherches faites depuis le commencement du siècle, et faites avec une vraie passion à une certaine époque, attestent qu'elle existe toujours. Il y a bien eu, de 1825 à 1835, une trentaine de thèses aboutissant constamment à la même conclusion.

Néanmoins, la membrane hymen n'est pas toujours facile à voir chez les petites filles. Tantôt, elle est très profonde, en arrière des petites lèvres, tantôt presque superficielle, le vagin descendant très bas et allant au-devant des petites lèvres entre lesquelles il semble même former une nouvelle paire de petites lèvres en cul de poule. En un mot, elle présente dans sa situation et sa structure une diversité excessive qui rend sa découverte et sa description très difficiles.

On pourrait, du reste, jusqu'à un certain point, la comparer au prépuce de l'homme : elle a avec lui des analogies de développement. Chez certains individus, le prépuce est tellement large et flasque, qu'il laisse le gland complètement à nu ; chez d'autres, il est si étroit qu'il ne permet pas au gland de se découvrir et nécessite l'opération du phimosis. Il en est de même de la membrane hymen, que vous trouverez, chez telle fille, longue et flasque, chez telle autre, très mince et tendue. Il en résulte, au point de vue des lésions qui suivent le coït, des différences considérables.

La première chose que vous aurez à indiquer dans votre rapport, c'est sa conformation. Vous devrez dire que l'hymen présente telle ou telle forme, permettant le coït avec ou sans déchirure de la membrane. Lorsqu'une petite fille vient au monde, elle offre presque toujours la même conformation hyménéale, la forme *labiée*. Une fente antéro-postérieure sépare deux valves, allant depuis le bulbe du vagin en avant jusqu'à la partie postérieure. Chez un nouveau-né, elle permet l'introduction d'une bougie ayant 0m,009 de diamètre. Cette forme peut persister toute la vie. Chez une enfant de sept ans, elle permet l'introduction d'une bougie ayant 0m,01 de diamètre, et, chez une jeune fille nubile, l'introduction du petit doigt, très facilement.

Mais, en général, l'ouverture antéro-postérieure se modifie. Au lieu que les deux valves restent accolées, il se fait une saillie de la partie postérieure de la lèvre hyménéale gauche en avant de la lèvre hyménéale droite. Il y a là un entre-croisement analogue à celui des piliers du diaphragme, et, de cette position sur des plans différents, résulte un sillon qui entre obliquement dans l'orifice de l'hymen, en se dirigeant d'arrière en avant et de droite à gauche.

Cette forme labiée peut se rétracter et se transformer ainsi en *annulaire* ou *ovalaire*. Quelquefois même, elle va en diminuant encore davantage, et on n'en constate plus la présence qu'avec les doigts, les bords donnant une sensation de bourrelet.

Une autre forme est caractérisée par la présence de plicatures sur les deux valves de l'hymen. Il semble que ces valves soient trop longues, et elles se plissent comme les parois d'une blague à tabac, fermée par une coulisse. Ces plis se réunissent sur des bords frangés. Ils n'ont pas la même apparence au fond du sillon qui est rouge qu'à son sommet saillant qui est blanc. En Allemagne, on a désigné cette forme sous le nom d'hymen *coralliforme*. Il arrive que chacune des valves présente des encoches ou scissures plus ou moins nombreuses, et généralement disposées symétriquement. On comprend, qu'ici, l'orifice de l'hymen est facile à dilater sans qu'il se produise de déchirure et l'absence de rupture chez des jeunes filles de douze à quinze ans ne prouve pas qu'un coït complet n'a pu avoir lieu, surtout s'il était consenti. D'autre part, les sillons sont sou-

(1) Édition Malsaigne. Paris, 1840, t. II, p. 748.

vent pris, par des médecins peu expérimentés, pour des déchirures anciennes. Il suffit, pour éviter toute erreur, d'introduire l'index, ce qui se fait facilement, et de chercher avec la pulpe du doigt une trace de cicatrice.

Un autre type est l'hymen en forme de *croissant*, qui semble dériver du précédent, lorsque sa partie postérieure s'agrandit pendant la croissance de l'enfant. Ordinairement, cet hymen est très mince, tandis que les autres sont très gros. Il en résulte qu'à l'examen, lorsque la jeune fille a les jambes écartées, la membrane est si tendue que le doigt ne peut pas pénétrer. Mais si on fait rapprocher les cuisses, la membrane hymen se replie en gousset et la valve postérieure s'abaisse en laissant à l'orifice une plus grande dimension et une plus facile distension. La pénétration n'offre plus de difficulté, et il est bon de noter qu'elle a pu n'en pas offrir davantage au pénis de l'inculpé qu'au doigt de l'expert.

Il arrive souvent que les bras du croissant, qui vont s'insérer plus ou moins près de la colonne antérieure du vagin, subissent des arrêts de développement. Le bord libre présente alors des encoches. Deux de ces encoches sont fréquentes : elles occupent à peu près symétriquement, en général, les bras du croissant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Ces encoches ont parfois deux ou trois millimètres d'étendue. Dans quelques cas, il existe une seule encoche sur l'une des branches ; l'autre est intacte. Dans d'autres cas plus rares, on en trouve quatre ainsi placées : deux symétriquement en arrière, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers antérieurs, les deux autres comme ci-dessus. Si bien que la membrane hymen est formée en définitive par une saillie postérieure médiane, deux saillies moyennes latérales et deux petites saillies antérieures. Le siège de ces encoches, l'intégrité de leur bord libre lorsqu'on les déplisse, vous permettra de faire la distinction entre un arrêt de développement naturel et des déchirures accidentelles.

Je ne fais que vous signaler l'hymen *punctiforme* ou *criblé* qui présente plusieurs pertuis disséminés. Quelquefois même, l'occlusion est complète, l'orifice s'étant fermé dans la première enfance, et le chirurgien est obligé d'intervenir au moment de l'établissement des règles.

Un phénomène assez commun, c'est le développement bilatéral de l'hymen dont l'orifice est alors séparé en deux par une bride médiane antéro-postérieure. Souvent, cette bride se rompt, soit à son milieu, soit plutôt à sa partie supérieure et, dans ce cas, forme une languette pendante, mobile, parfois longue de plusieurs centimètres, et séparée par deux encoches des autres parties de la membrane hymen. Il faut éviter de mal interpréter cette disposition qui présente de grandes analogies avec une des formes habituelles des déchirures de l'hymen : lambeau médian postérieur séparé par deux déchirures des autres parties de l'hymen.

Je n'insisterai pas sur les procédés d'examen. Vous savez que la jeune fille doit être placée dans la position de l'examen au spéculum. Mais je vous ai dit que, dans certains cas, il est bon que les cuisses soient rapprochées et repliées sur l'abdomen pour permettre à la membrane hymen de goder et de vous livrer passage. Il y a, en outre, plusieurs petits moyens de technique que vous apprendrez facilement : faire tousser, pousser, etc. Règle invariable : agir toujours avec une extrême douceur.

Les déformations de l'hymen consécutives au coït ne sont pas une règle absolue. Le coït peut quelquefois s'accomplir sans entraîner de déchirure de l'hymen, surtout si la jeune fille consent. Ce fait est intéressant à savoir. M. Budin a fait un relevé à la Clinique, constatant l'intégrité de la membrane hymen, au moment de l'accouchement, treize fois sur soixante-quinze primipares. Il a rapporté, en particulier, le cas d'une femme accouchée d'un enfant qui pesait 2800 grammes, et dont la membrane hymen était absolument intacte. Vous voyez donc qu'on peut rencontrer tous les signes de la virginité, non seulement après le commerce sexuel, mais même après l'accouchement. Or, la Cour de Rome ne prononce la dissolution du mariage que si le mariage n'a pas été consommé, il est donc bon de savoir que virginité n'exclut pas consommation.

Aussi, j'ajoute, aux règles d'expertise que je vous ai déjà données, le conseil de mettre dans vos rapports : « Je certifie qu'aujourd'hui, tel jour, la membrane hymen est intacte. Je demande un nouvel examen dans six semaines ou deux mois. » Et alors seulement, si la femme n'est pas enceinte, vous pourrez affirmer qu'il n'y a pas eu de coït.

J'ai omis de vous dire que, dans la forme en croissant de préférence, on peut avoir une déchirure verticale jusqu'au périnée. Ce phénomène est pourtant assez rare et ne se présente que dans le cas d'un rapprochement violent. Car, lorsque les attentats sont consentis, les déchirures sont moins rapides et en quelque sorte progressives.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

I. Kystes de la glande vulvo-vaginale. — II. Rétraction de l'aponévrose palmaire. — III. Hernie inguinale congénitale complexe. — IV. Tumeur néoplasique de l'intestin, colotomie lombaire.

I. Je ne saurais trop revenir, chaque fois que l'occasion s'en présente, sur le traitement auquel on doit avoir recours pour les kystes des grandes lèvres ou mieux les kystes de la glande vulvo-vaginale. J'insiste toujours sur le traitement pour lequel deux méthodes seulement peuvent être employées : 1° le drainage fait avec un tube de caoutchouc, méthode bénigne mais plus longue et qui n'est pas toujours assurée du succès ; 2° l'ablation, l'extirpation du kyste, méthode plus grave, il est vrai, mais beaucoup plus certaine au point de vue de la guérison, en même temps qu'elle est plus rapide. Il en est de ces kystes comme des abcès des grandes lèvres aussi.

Voici, en quelques mots, l'observation des deux malades que nous avons actuellement dans le service et de la présence desquelles je profite pour vous parler de ce traitement.

La première est une jeune femme, âgée de vingt ans, grande, grosse, qui avait un abcès des grandes lèvres ; le foyer est incisé, bien évacué, l'opération n'est suivie d'aucun accident, la petite plaie se cicatrise régulièrement mais en laissant une fistule profonde. Celle-ci est traitée en vain, successivement par les injections antiseptiques et la gaze iodoformée, par la pâte de Canquoin, etc., et ce ne fut que lorsqu'on eut reconnu la communication de la fistule avec le vagin, que l'on put arriver à la guérison, par la méthode opératoire dont je vais vous parler.

La seconde malade est une femme de trente-quatre ans, elle avait depuis longtemps un kyste des grandes lèvres lorsque, il y a six mois, elle se décida à se faire soigner,

son kyste fut incisé et la poche cautérisée ensuite avec le chlorure de zinc, puis avec le nitrate d'argent, sans aucun résultat. Aujourd'hui, il existe une poche à parois blanchâtres, résistantes, et profonde de 2 centimètres.

Or, c'est toujours ainsi que les choses se passent : on incise l'abcès ou le kyste, et l'on voit une fistule persister. Je me souviens encore d'une jeune femme du monde, énergique, dont le kyste des grandes lèvres avait été traité en province par l'incision, et que j'eus les plus grandes difficultés à guérir en raison du traitement qui avait été fait jusque-là.

Par contre, si, d'emblée, on a recours à l'ablation du kyste, la guérison qui s'ensuit est obtenue généralement dans l'espace de quinze à dix-huit jours.

En résumé l'incision simple des abcès ou des kystes des grandes lèvres, de la glande vulvo-vaginale, est une très mauvaise opération qui laisse à sa suite des fistules interminables, tandis que les deux seules opérations qui amènent à une guérison sont, comme je le disais en commençant : le drainage, procédé long et moins certain ; l'ablation, procédé rapide et plus sûr.

II. Parmi les malades que nous avons à opérer ce matin, il en est un tout particulièrement intéressant, en raison du résultat que nous avons obtenu au mois de novembre dernier, lors d'une première intervention chirurgicale. Celle-ci fut, en effet, couronnée d'un succès qui a engagé cet homme à revenir nous trouver pour que nous lui pratiquions une opération du même genre, pour une affection de même nature sur la main droite, tandis que la première fois l'opération a eu lieu sur la main gauche.

Cet homme, qui exerce la profession d'ouvrier boulanger, était atteint d'une rétraction de l'aponévrose palmaire des deux mains, bien que, dit-il, il ne soit pas rhumatisant. Cette rétraction se complique d'adhérence, à la peau qui forment, en certain point, comme de véritables cordes.

Il y a deux mois que nous avons opéré sa main gauche et celle-ci aujourd'hui jouit de tous ses mouvements.

A ce propos, j'ai reçu dernièrement une lettre d'un homme du monde, nullement médecin ni chirurgien, mais qui ne s'en intéresse pas moins à certains points de la chirurgie. Or, grand amateur de sport nautique il a, à Boulogne-sur-Mer, une grande embarcation dont l'équipage se compose de trois hommes, lesquels sont, tous trois, atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire. Et, comme il a remarqué que cette infirmité est commune chez les matelots, il a cru devoir appeler mon attention sur ce fait.

Il est facile de comprendre que, quelle que soit leur diathèse, des matelots qui journellement manient de grands filets, des chaluts, dont ils laissent glisser plusieurs fois par jour les cordages dans la paume de la main, soit pour les laisser descendre dans la mer, soit pour les remonter, sont par cela même exposés à une cause d'irritation incessante de la face palmaire des mains, irritation qui s'ajoute encore à l'influence maintes fois répétée par jour du froid de l'eau de mer, dont cordes et filets sont imprégnés. Il y a là une double action : celle de frottements durs et répétés et celle du froid humide.

Bref, notre malade a été opéré de sa rétraction de l'aponévrose palmaire de la main gauche, il y a deux mois, et opéré avec un excellent résultat. Aussi, est-il venu, ces jours derniers, réclamer une intervention du même genre pour la main droite, atteinte actuellement de la même affection.

Je ne vous parlerai pas des différents procédés, auxquels on avait autrefois recours en pareils cas ; je vous dirai seulement que celui que j'emploie n'entraîne avec lui aucune perte de substance, qu'il donne non pas seulement une amélioration très réelle et très importante mais, souvent, une guérison complète : sections sous-cutanées à l'aide du ténotome des adhérences de la peau avec l'aponévrose, restitution de la forme de la main, redressement des doigts, pansement antiseptique, application, pendant quarante-huit heures, de la main sur une palette que l'on remplace ensuite par un moule prenant la main dans une bonne attitude ; enfin guérison rapide sans accident.

III. J'ai fait, avant-hier, une opération qui n'a pas duré moins d'une heure et demie, en raison des complications particulières qui se sont présentées et de difficultés opératoires véritables.

Il s'agissait d'une hernie inguinale que le malade prétendait n'être pas congénitale. Il soutenait que, jusqu'à l'âge de vingt ans, il n'avait jamais rien eu de ce genre. C'est à cette époque seulement, disait-il, à la suite d'un effort, que sa hernie était apparue. Or, ces renseignements étaient absolument faux, quoique le malade fût de très bonne foi dans ses allégations. Sa hernie remontait à l'âge de sa première enfance (le malade n'avait jamais porté de bandage), s'accroissant peu à peu jusqu'au jour où elle s'était compliquée d'une hernie accidentelle. Bref, sa hernie était complexe, se composant d'une hernie intestinale congénitale surmontée d'un sac péritonéal herniaire. Elle m'intéressait d'autant plus qu'elle répondait à cette variété rare de hernie que j'ai décrite autrefois dans les bulletins de la Société de chirurgie, hernie avec étranglement non de l'intestin, mais d'une masse épiploïque. De là une opération beaucoup plus longue et beaucoup plus compliquée en raison des difficultés que présentaient la dissection et la décortication du sac, celui-ci étant formé par la tunique vaginale.

En résumé, ainsi que l'opération nous l'a démontré, il s'agissait parfaitement d'une hernie inguinale *congénitale* malgré les dires du malade. J'ajoute, en terminant, que nous devons toujours nous défier de cette origine congénitale des hernies inguinales chez les hommes jeunes, c'est-à-dire, chez ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge de trente ans.

Aujourd'hui, quarante-huit heures après l'opération, notre malade est en très bonne voie de guérison ; aucun accident n'a eu lieu, et la température ne présente rien de particulier.

IV. Je veux vous faire voir, en passant, un malade que M. le docteur Marchand a amené ici pour me le montrer en raison du succès qui a couronné son intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un homme, facteur des postes, qui avait une tumeur néoplasique dont le développement avait déterminé l'obstruction de l'intestin. M. Marchand a fait, il y a six mois, la colotomie lombaire ; les suites opératoires ont été d'une grande bénignité, et aujourd'hui cet homme non seulement est debout avec un anus artificiel qui fonctionne convenablement, mais encore il a déjà pu reprendre sa profession de facteur, profession fatigante, comme vous le savez. C'est là un très beau résultat qui donne à ce malade une survie importante. En effet, il a repris, depuis qu'il a été opéré, un léger embonpoint, sa mine est bonne et ne présente aucun aspect cachectique.

Son fait me rappelle l'observation d'un Anglais porteur d'une tumeur si volumineuse de l'intestin qu'elle avait déterminé une obstruction intestinale complète. Le jour où il vint me consulter, il n'avait pas été à la selle depuis quinze jours. Je lui proposai de l'opérer, il n'en voulut pas entendre parler pour le moment et se décida seulement dix jours plus tard. Pendant ce temps, la constipation, ou mieux l'absence complète de garde-robes avait persisté, soit donc vingt-cinq jours sans une seule selle.

Or, depuis qu'il s'est enfin laissé opérer, cet homme a repris vie, il a même engraissé et va très bien avec son anus lombaire. Le fait remonte maintenant à un an, c'est donc certainement déjà une année de survie, dont l'opération l'a fait bénéficier, sans compter le laps de temps qu'il a encore à vivre, tandis qu'au moment où nous intervenions chirurgicalement, il avait peut-être à lui huit ou dix jours à peine.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Deux coxalgies tuberculeuses suppurées guéries par la résection de la hanche.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer, pendant l'année 1886, deux résections de la hanche, pour des cas graves de suppuration de l'articulation coxo-fémorale ; nous les avons groupées, pensant qu'il serait ainsi plus facile de comparer les particularités que ces cas présentent, et par conséquent d'en tirer quelques enseignements pour la pratique.

Observation I. — Auguste R., huit ans, entré le 15 octobre 1885.

C'est un petit scrofuleux, ayant des traces d'écrouelles au cou. Il est malade depuis quatorze mois au moins, et a été soigné dans un dispensaire pour une coxalgie.

État local. La hanche gauche est énorme. La cuisse a une forme conique en manche de gigot, elle est en adduction très prononcée, le genou gauche reposant sur la cuisse droite, la flexion est médiocre. L'abduction est tout à fait impossible.

A la palpation, on sent dans la fesse une masse volumineuse qui envahit la fosse iliaque, et qui va jusqu'à neuf centimètres en arrière d'une ligne partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et se terminant à l'ischion.

On ne peut pas facilement isoler le grand trochanter de la tête fémorale, le tout formant une masse confuse, qui baigne dans une cavité purulente.

Sur la face antérieure de la cuisse, il porte une fistule. Cette fistule provient d'un vaste abcès froid qui fut ponctionné trois mois avant son entrée, et qui donna issue à près d'un demi-litre de pus.

État général peu satisfaisant. L'enfant est maigre, et a tout l'air de souffrir beaucoup de son mal ; il mange peu, et le sommeil est extrêmement léger. Pas de diarrhée ; les poumons sont sains.

Résection le 28 octobre 1885.

Incision courbe embrassant le grand trochanter en arrière. Les muscles sont détachés. On trouve la tête fémorale luxée en haut et en arrière de la cavité cotyloïde. En mettant le genou verticalement en bas, la tête fémorale se présente très déformée et réduite de volume. Elle est saisie avec un davier de Farabeuf et détachée par un trait de scie qui passe à la base du col. On reconnaît à ce moment que le trochanter, qui paraissait sain, est au contraire très malade. Je le détache entièrement, puis, avec la gouge et le maillet, j'enlève une partie qui paraissait suspecte à la face interne du fémur.

La cavité cotyloïde est ensuite grattée et purgée de ses fongosités. Lavage de la plaie avec une solution de sublimé à 1/1000. Suture de la plaie avec du crin de Florence ; deux drains à demeure. Pansement à l'iodoforme. Je n'eus pas à m'occuper de l'abcès de la cuisse qui s'était guéri avec les injections de glycérine iodoformée à 10 p. 100.

Appareil plâtré, embrassant la ceinture et la face antérieure de la cuisse.

Tout alla parfaitement jusqu'au 6 décembre : ce jour-là le malade fut pris de fièvre et le trajet fistuleux ancien de la face antérieure de la cuisse, qui était fermé, s'ouvrit et versa du pus. Je mis aussitôt un drain à demeure et je fis reprendre les injections de glycérine iodoformée. L'éther ne pouvant pas être introduit et maintenu un temps suffisant, dans ce trajet largement ouvert, ce petit trajet fistuleux reçut ensuite du crayon d'iodoforme et se ferma définitivement à la fin de décembre 1885.

Février 1886. Les pansements de la plaie de la résection étaient faits régulièrement. On introduisait de l'iodoforme sous toutes les formes, mais la plaie ne se fermait pas. En la sondant avec soin, je constatai un décollement qui remontait vers la crête iliaque à 10 centimètres environ, et un autre qui va se dirigeant vers le pubis. Le pus qui se forme est assez abondant. Je me décide à les ouvrir et à faire un nouveau grattage des fongosités.

20 février. Grattage des fongosités.

La plaie de la fesse est réduite à un orifice fistuleux. Une sonde introduite pénètre à 8 centimètres, en passant sous le fémur et en allant vers le périnée.

Je fais un débridement avec le thermo-cautère allant en bas vers la cuisse. Je constate deux cavités : l'une en haut, large comme une pièce de deux francs et couvrant la région du grand trochanter ; l'autre, plus vaste, passe vers le fémur et va jusqu'à la face interne de la cuisse. Chose heureuse, le fémur paraît parfaitement recouvert, et nulle part le doigt n'a accès près de l'os.

On peut constater en même temps que le fémur n'est pas flottant, mais que les mouvements qu'on peut imprimer à cet os sont très limités.

L'os coxal est également complètement recouvert.

Je fais le grattage des fongosités, du reste peu abondantes, qui tapissent les parois des cavités, je porte le cautère sur les points les plus accessibles, puis je badigeonne les cavités avec une solution phéniquée à 10 p. 100.

La plaie est ensuite tamponnée avec de la gaze à l'*iodol*.

Je refais l'appareil plâtré, et l'enfant est remis dans sa gouttière de Bonnet, avec un appareil à extension continue, à faible traction.

21 février. Il faut changer le pansement qui est très sali par le pus. Le malade n'avait pas trop souffert.

Au bout de quelques jours, je fus contraint d'abandonner le pansement à l'iodol qui me parut déterminer une abondante sécrétion purulente. On reprit l'iodoforme.

En mars, on constate que toute la grande plaie est fermée. Il ne reste plus qu'un trajet allant au col du fémur ; on y introduit des crayons d'iodoforme.

En mai tout se ferme définitivement.

Le malade marche avec des béquilles.

Il a été revu en décembre. Il court très bien avec une simple canne, il fléchit facilement presque jusqu'à l'angle droit. Je lui fais faire un appareil contentif léger pour éviter la fatigue. Le raccourcissement est de 5 centimètres environ.

Obs. II. — Pierre V..., onze ans, est malade depuis treize mois d'une coxalgie à droite.

État local : Le malade souffre de la hanche, depuis plus de six mois ; il est presque constamment au lit.

La hanche n'est presque pas déformée.

La fesse a un volume normal.

Le grand trochanter est à sa place. Il est plus volumineux que l'autre, mais la différence n'est pas très considérable.

Les mouvements de flexion ne sont pas abolis et ne deviennent douloureux que si l'on approche de l'angle droit. Les mouvements d'abduction sont très douloureux et impossibles. Les chocs sur le talon ne provoquent qu'une faible douleur à la hanche. Pas de raccourcissement réel, mais élévation du bassin, et ensellure légère. En avant de la cuisse et en dehors est une tuméfaction

fluctuante, un abcès froid presque indolore. Les poumons et l'intestin sont parfaitement sains.

État général satisfaisant, l'enfant est gras et ne paraît pas avoir beaucoup souffert. Il mange et dort convenablement.

Le diagnostic est naturellement : coxalgie droite avec volumineux abcès péri-articulaire.

Espérant que l'inflammation suppurative n'a pas envahi la synoviale, je place l'enfant dans une gouttière de Bonnet, je lui donne une médication tonique, et je le fais porter au grand air plusieurs heures par jour, quand le temps le permet.

L'abcès froid est traité par la ponction et la glycérine iodoformée à 3 p. 100. Mais comme la ponction fut faite en un point où la peau, extrêmement amincie, menaçait de s'ouvrir, la petite plaie ne se ferma pas et il en résulta une fistule, dans laquelle je fis introduire des crayons d'iodoforme.

Cet état dura jusqu'au mois d'août, sans amélioration. Au contraire l'état général devenait moins bon, l'abcès restait fistuleux, et un stylet introduit se dirigeait vers l'articulation, mais sans y pénétrer.

Pensant avec raison que le pus provenait de la synoviale et que le squelette était trop malade pour se guérir seul, je me décidai à faire une résection de la hanche.

Je commençai par faire une incision, ouvrant l'abcès froid, sur la face antérieure de la cuisse. L'abcès était sous-aponévrotique et ses parois couvertes de fongosités tuberculeuses. A la partie supérieure était un conduit formant un angle et conduisant dans la synoviale. La capsule fibreuse était détruite en avant, le col fémoral nécrosé, la tête était contenue dans la cavité cotyloïde. Le trochanter n'était pas dénudé, et les muscles s'y inséraient avec solidité.

Voulant conserver tout ce qu'il était possible de la longueur du fémur, je fis la section du col avec la scie fine de Larrey, et je retirai la tête encore maintenue par quelques brides fibreuses.

La cavité cotyloïde était pleine de pus et de fongosités. Elle fut énergiquement grattée avec une curette. Les parties voisines étaient saines.

Je fus ensuite forcé d'inciser et de gratter un décollement, situé à la partie postérieure de la cuisse, qui communiquait avec le décollement antérieur, par un trajet assez large et se vidait facilement par là.

Le résultat fut une incision en ∩ ou en U renversé, contournant le trochanter et dont les deux branches descendaient jusqu'au milieu de la cuisse. Cela formait un lambeau long de 15 centimètres et large de 8 environ. Le tout fut lavé avec une solution de sublimé à 1/1000. Les incisions des abcès furent suturées au crin de Florence.

La plaie articulaire fut laissée ouverte et tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Pansement général à l'iodoforme.

Tout marcha vers une guérison régulière. Les incisions des abcès se fermèrent par première intention et les fils à suture furent retirés le neuvième jour.

Pendant quelque temps, je mis le malade dans une gouttière en zinc, faite selon le modèle du docteur Raoult-Deslongchamps, mais cet appareil se déforma promptement, et je me déterminai à laisser l'enfant sans rien.

On changeait les pièces du pansement, quand elles étaient trop salies par la suppuration, qui ne fut jamais abondante.

État actuel. Novembre 1886. La plaie est totalement fermée.

Le fémur a subi un mouvement d'ascension et présente un raccourcissement de 4 centimètres environ.

Les mouvements de flexion existent faiblement.

Les deux cas de coxalgie qui précèdent contiennent quelques enseignements utiles à signaler.

Étendue des lésions. — Cette étendue était des plus grandes dans le premier cas, au point que j'avais d'abord refusé de faire l'opération. Dans les deux cas il y avait des suppurations péri-articulaires et des décollements purulents très considérables, qui, chose remarquable, se guérirent facilement par l'usage de l'iodoforme. Les parties osseuses étaient gravement atteintes. Dans le premier et le deuxième cas, la luxation était ancienne, l'os coxal dénudé et baigné par le pus. Le fémur était également très atteint dans les deux cas, car la résection dut porter à la base du grand trochanter.

Le grattage des fongosités est en principe nécessaire. Il a été fait avec un soin minutieux.

La marche des plaies, après les opérations, nous a offert ceci de particulier que, dans les grands délabrements, la guérison fut plus vite et plus régulièrement obtenue quand je ne fis pas de réunion par la suture. Le premier fut suturé et drainé, la suture réussit, mais le passage du drain resta fistuleux, il se forma un décollement et de nouvelles fongosités dans la profondeur qui nécessitèrent une nouvelle intervention. Le deuxième cas était plus simple. La suture fut faite et réussit. Le passage du drain ne resta que très peu de temps à l'état fistuleux.

Appareil de soutien. Raccourcissement. — Suivant les conseils des auteurs, nous avions mis un appareil à notre premier opéré. Cet appareil en plâtre se composait d'une ceinture pelvienne et d'une partie allongée couvrant la partie antérieure de la cuisse et se terminant par un large anneau fixé au-dessus du genou. Cet appareil gêna fort peu pour les pansements, mais voici ce qui se produisit. Quand le fond de la plaie fut fermé, et que le raccourcissement du tissu inodulaire se produisit avec sa force invincible, la peau s'ulcéra au contact de l'anneau de plâtre placé au-dessus du genou.

Il fut nécessaire de le supprimer, et cela longtemps avant que la hanche fût solide. Je dus laisser l'enfant sans appareil pour cicatriser les plaies. Or, il ne s'en trouva pas mal et ne parut pas en souffrir. Pour le cas suivant, je me décidai à agir de même dès le début, je ne mis pas d'appareil contentif et tout marcha à souhait. Je n'ai, du reste, nullement l'intention de poser ma conduite comme une règle, ni même de donner le conseil de l'imiter. Je ne fais que constater le résultat obtenu.

Raccourcissement consécutif. — La fermeture des plaies obtenue, le raccourcissement consécutif présenta de notables différences dans les deux cas. Le premier malade, qui perdit le grand trochanter, marche maintenant avec une jambe plus courte de près de 6 centimètres. Il a un talon un peu élevé. Le deuxième malade, chez qui la section porta sur le col seulement, n'a guère plus de 4 centimètres de raccourcissement. Le bassin ne présente qu'un abaissement extrêmement faible, et le malade marche avec deux souliers pareils. Ce résultat, constaté par plusieurs personnes, me surprend un peu, car je m'attendais à une plus notable diminution dans la longueur du membre.

Mobilité de la néarthrose. — A ce point de vue, les résultats ont dépassé nos espérances. Le premier malade marche et court avec la plus grande facilité, la boiterie n'est pas trop prononcée, grâce au talon élevé. Il peut fléchir sa cuisse lui-même, et par un mouvement provoqué, on peut lui faire dépasser l'angle droit. Pour notre deuxième malade, le résultat est le même. La flexion est aussi complète et, comme le raccourcissement est moindre, le résultat est plus parfait.

SUR LA PLEURÉSIE « A FRIGORE »

Par M. le docteur Baudisson.

Il en coûte toujours de voir combattre les opinions de toute sa vie, surtout quand cette vie est déjà longue, et que les opinions contraires sont soutenues par des hommes de la plus haute valeur, dont on admire le talent et dont on aime les productions.

Tel est mon cas aujourd'hui en présence des idées émises par M. Landouzy sur la pleurésie « a frigore ».

Déjà dans un premier article (voir *Gazette des hôpitaux*, 13 janvier), cet habile et sagace clinicien, tout en se défendant de nier l'existence de cette pleurésie, affirmait que « plus de la moitié des malades atteints de pleurésie n'attendent pas plusieurs années pour faire de la tuberculose », mais dans un second article (*Id.* 15 février) il devient plus absolu encore, car il dit : « Bref,

j'en suis encore à attendre, malgré mes demandes pressantes et maintes fois répétées, qu'on me montre une pleurésie « a frigore » sans tuberculose, car je n'en connais pas une autopsie complète. »

Je ne puis pas satisfaire le désir de M. Landouzy, en lui montrant le résultat qu'il demande, et je sais bien que c'est l'objection qui me sera adressée, mais ce que je puis affirmer c'est que, depuis bientôt trente-cinq ans que j'ai quitté la Faculté de Paris et que j'exerce la médecine rurale dans une assez vaste circonscription, j'ai eu l'occasion fréquente, au point de me surprendre, d'observer des pleurésies avec épanchement, et que de tous les malades ainsi atteints, au nombre de plus de cent cinquante certainement, j'en ai à peine rencontré deux ou trois qui aient fini par succomber à la tuberculose.

Et ce n'est pas que mon attention ait fait défaut de ce côté, surtout depuis la remarque indiquée par Aran, si je ne me trompe, que souvent la pleurésie avec épanchement, quand elle existe du côté droit, doit faire redouter la tuberculose.

Dans tous les autres cas, la guérison a été obtenue, et comme parmi ces guérisons il s'en trouve qui remontent à trente, vingt-cinq, vingt ans, sans qu'aucune manifestation phymique d'aucun organe se soit produite, il me semble difficile de croire à tant de guérisons de pleurésies tuberculeuses. Sans doute, certaines tuberculoses localisées peuvent guérir parfaitement et je ne veux pas refuser à la plèvre le bénéfice qui se produit ailleurs; mais il me semble que la proportion des guérisons dépasserait de beaucoup tout ce qu'on connaît. Il me paraît bien plus logique d'admettre que j'ai rencontré là de ces pleurésies simples, inflammations franches, légitimes, *inflammationes genuinæ*, pour parler le langage de Stoll qui n'est plus guère de mise aujourd'hui.

M. Landouzy qui réclame pour la plèvre, comme pour les autres tissus, la possibilité de la guérison de la tuberculose localisée, se refuserait-il à admettre que cette séreuse est susceptible d'inflammation simple au même titre que la séreuse du cerveau, du cœur et de l'abdomen? ou bien n'admettrait-il que des méningites, des péricardites et des péritonites tuberculeuses? C'est là, du moins, une opinion qui n'a pas encore été soutenue.

Dire qu'une pleurésie est redoutable chez tout sujet prédisposé à la tuberculose, c'est énoncer, à mon avis, un fait de la plus exacte vérité; mais il me semble que si tous les hydrothorax que j'ai rencontrés et vu guérir avaient tenu à une pleurésie tuberculeuse, il n'aurait pas suffi de quelques grands vésicatoires volants, associés à quelques drastiques et à quelques diurétiques pour avoir raison des microbes phymogènes.

En ce moment encore, j'ai en traitement deux hommes jeunes, atteints de pleurésie avec épanchement : l'un, indemne de toute prédisposition tuberculeuse connue, est en bonne voie de guérison et je compte bien que pour lui elle sera complète; l'autre, au contraire, me tient fort inquiet sur la terminaison de sa maladie; mais c'est à cause de ses antécédents; car il a dû subir, dans son jeune âge, une grande opération nécessitée par une tumeur blanche.

J'ignore ce que me réserve l'avenir et s'il me faudra modifier mon pronostic dans les cas de ce genre; mais jusqu'à présent, j'ai pu, tout en annonçant que le traitement serait un peu long et que les dernières traces de la maladie mettraient assez de temps à disparaître, rassurer les malades et leur entourage et promettre une guérison qui, sauf dans deux ou trois cas, s'est toujours réalisée.

Deux fois seulement j'ai dû recourir à la thoracentèse avec l'appareil de Potain, et dans un de ces cas il s'agissait d'une femme en couches, auprès de laquelle j'avais été appelé en consultation par un confrère; elle a guéri très bien, sans que rien depuis lors se soit manifesté de tuberculeux chez elle, bien que ce fait remonte à une quinzaine d'années.

DES ÉRIGNES A RESSORT

Par P. Louge, prosecteur à l'École de médecine de Marseille.

Les érignes à chaîne, que l'on trouve dans les boîtes à dissections ordinaires, vendues par les fabricants d'instruments de chirurgie, sont loin de répondre à tous les usages auxquels elles sont destinées.

Excellentes pour les grosses dissections, elles sont inutiles et même nuisibles dans les dissections fines des régions et des nerfs.

Ce défaut est dû, dans cette circonstance, non seulement à leur volume trop considérable, mais surtout à leur manque d'élasticité. Trop tendues, elles déchirent les tissus; et, trop lâches, elles ne remplissent plus leur but; de plus, une membrane ainsi tendue se relâche souvent, dans un espace de temps assez court, et il est nécessaire de procéder à de nouvelles tractions.

Afin d'obvier à cet inconvénient, j'avais un instant songé à employer des érignes à poids tenseurs, disposés sur les côtés de la table à dissection; mais ces sortes d'érignes sont assez incommodes.

Un moyen économique de confectionner des érignes excellentes pour les dissections fines consiste à faire usage de petits ressorts à boudin en laiton, particulièrement ceux qui se trouvent renfermés dans certaines jarretières recouvertes de peau. On fend, avec une paire de ciseaux, l'enveloppe de peau mince, et il est facile d'en retirer les ressorts, dont le nombre est fort suffisant et le diamètre de 2 à 3 millimètres environ.

On coupe les ressorts suivant la longueur que l'on désire et, à chaque extrémité, on fixe une épingle recourbée. Pour cela faire, on courbe légèrement l'extrémité du ressort, à environ 5 millimètres, et, entre deux spirales, on introduit dans cette extrémité la pointe d'une épingle, dont la tête est ainsi fixée. Il ne reste plus qu'à la couder.

Les érignes ainsi construites, dont nous faisons un fréquent usage à l'institut anatomique de l'École, ont l'avantage de déterminer une tension douce et continue, d'être peu volumineuses et faciles à construire et de posséder une certaine rigidité qui les rend supérieures aux fils élastiques employés dans les mêmes conditions. Le prix de revient est, enfin, très modéré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 septembre 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe (ancienneté) Bienvenüe, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — (choix) Cluzant, désigné pour le 159e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe (ancienneté) Vielle, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — (ancienneté) Duponchel, désigné pour le 50e d'infanterie; — (choix) Gaillard, maintenu à la division d'occupation du Tonkin; — (ancienneté) Cros, maintenu à la division d'occupation du Tonkin; — (ancienneté) Descosse, désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — (choix) Boppe, aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — (ancienneté) Samier, désigné pour le 72e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe (ancienneté) Fromond, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — (choix) Roman, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe (ancienneté) Gauffrès, maintenu à l'hôpital de La Rochelle; — (ancienneté) Massie, maintenu à la division d'occupation du Tonkin; — (choix) Wagner, maintenu à l'hôpital de Vincennes; — (ancienneté) Roch, maintenu à l'hôpital du camp de Châlons; — (ancienneté) Bayrac, maintenu à l'hôpital Desgenettes.

— Par décret, en date du 8 septembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Meyer, Lebrun, Predhomme, Parmentier, Carpentier, Debu, Quint, Thore, Dumont et Coquard.

— Par décret, en date du 9 septembre 1887, M. Alliot, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle en date du 8 septembre 1887, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Cortial, pour le 119e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Kleinpetter, pour le 27e dragons; Vuillemin, pour le 28e dragons ; Renaut, pour le 5e chasseurs ; Woirhaye, pour le 6e chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pruniéras, pour le 28e dragons ; Bourdet, pour le 5e chasseurs d'Afrique ; Knoll, pour le 6e chasseurs d'Afrique.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Kraus, pour le 27e dragons.

— Par décision ministérielle, en date du 8 septembre 1887, M. le pharmacien inspecteur Schmitt a été nommé membre du comité consultatif de santé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'ouverture de la session d'examen pour l'admission à la Clinique d'accouchements des aspirantes élèves sages-femmes, aura lieu le jeudi 6 octobre 1887 à neuf heures du matin.

Les demandes d'inscription sont reçues au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de une heure à deux heures de l'après-midi, à partir d'aujourd'hui lundi 12 septembre 1887 et jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés pendant l'année scolaire 1887-1888 :

M. Coque, préparateur du laboratoire de physique ;

M. Bertoye, préparateur du laboratoire d'anatomie générale et histologie ;

M. Ducher, préparateur du laboratoire de pharmacie.

— M. le docteur Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Vienne au mois de septembre 1887 et de visiter les écoles de Vienne et de Buda-Pesth.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Angine couenneuse (croup); sa guérison en quarante-huit heures par le chloral, par le docteur Adolphe Mercier, in-8° de 16 pages. — Besançon, Imprimerie franc-comtoise.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21644

N° 111. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 15 SEPTEMBRE 1887. — N° 111

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« L'hygiène et la médecine publique perdent de plus en plus leur caractère spéculatif, et chaque jour éclate une preuve nouvelle de l'importance immédiatement pratique de l'étude des maladies des masses et des moyens de les prévenir ou de les arrêter. » Cette très juste réflexion de M. Léon Colin, placée en tête de l'article *Épidémie* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, qui vient de paraître tout récemment, pourrait servir d'épigraphe à ce que nous avons à dire de la séance d'hier. Les épidémies, en effet, en ont seules fait tous les frais.

M. Brouardel chargé, avec M. Thoinot et MM. les docteurs Chantemesse et Descoust, d'étudier l'épidémie de suette qui a sévi en juin et juillet dernier, dans plusieurs arrondissements de la Vienne et de la Haute-Vienne, a fait de cette épidémie une description magistrale. Son étendue ne nous permet pas de mettre aujourd'hui, sous les yeux de nos lecteurs, cette savante monographie; nous nous réservons de donner au moins une analyse de ses points principaux dans l'un de nos prochains numéros. Mais, nous n'avons pas voulu ajourner l'exposé de l'organisation du service sanitaire institué par M. Brouardel et ses collaborateurs pour combattre l'épidémie et en enrayer les progrès. C'est une œuvre qui fait le plus grand honneur à leur zèle comme à leur habileté et dont les résultats, bien qu'incomplets, sont la justification des paroles de M. Colin. On lira cet exposé dans le compte rendu de la séance.

A M. Brouardel a succédé à la tribune un autre éminent épidémiste, M. Tholozan, qui depuis tant d'années nous tient au courant de la marche des épidémies de peste en Orient. Avant-hier, il entretenait l'Académie des sciences des invasions épidémiques et des formes diverses de la peste en Turquie, en Perse, au Caucase et en Russie, posant en principe que cette maladie procède par périodes d'activité et d'accalmie et qu'elle reste toujours localisée dans les centres de populations où elle a pris naissance, ce qui est, jusqu'à présent du moins, une garantie pour l'Europe. Hier, il a fait, à l'Académie de médecine, une communication, dont l'objet principal est de prémunir l'opinion contre de prétendues épidémies de peste controuvées, dont il a cité plusieurs exemples. Il ressort de l'énumération des épidémies de peste bien constatées qui ont eu lieu dans les vingt dernières années en Mésopotamie, en Perse et en Russie, que loin que ces épidémies existent partout et en permanence en Orient, comme on incline trop généralement à le croire, nulle part dans ces contrées elle n'est absolument en état endémique ou de permanence, ainsi que l'affirmait déjà Fauvel en 1851.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

Étranglement herniaire, kélotomie.

Depuis le commencement de l'année scolaire que j'ai été chargé du service de M. Richet, j'ai eu à pratiquer cinq kélotomies, dont trois pour hernie crurale étranglée, et deux pour hernie inguinale. Les suites en ont été normales et la guérison régulière.

Si, donc, je me propose de traiter ce sujet aujourd'hui, c'est que la kélotomie est une opération d'urgence que l'on est forcé de pratiquer sans avoir le temps pour ainsi dire de réfléchir. En effet, c'est une règle absolue que toute hernie incarcérée doit être libérée au plus tôt et sans compter sur la nature ni sur aucun moyen médical. Il faut essayer immédiatement le taxis, et si, au bout de quelques instants, il a échoué, recourir sans délai à la kélotomie. Faute d'opérer rapidement, vous risquerez de voir le malade perdre ses forces, se déprimer, l'inflammation du sac herniaire se produire, pénétrer dans l'abdomen, une péritonite se déclarer, etc., jusqu'à ce qu'une mort prompte s'ensuive.

Par une intervention des plus promptes, au contraire, en dehors même de toute antisepsie, les statistiques nous montrent à quel chiffre de guérison l'on peut atteindre.

Ainsi donc, dès que vous vous trouvez en présence d'une hernie étranglée, tout d'abord vous ferez le taxis, si, au bout de dix à vingt minutes au plus, vous n'avez pas réussi, vous endormirez votre malade et tenterez de nouveau la réduction sous le chloroforme, mais par un taxis moins prolongé que le précédent, d'autant plus que le relâchement des muscles par la chloroformisation est un élément de résistance de moins aux efforts de réduction. Si cette seconde tentative échoue, il faut immédiatement, par la kélotomie, lever l'é-

tranglement et refouler l'intestin dans la cavité abdominale.

La règle absolue est donc, je ne saurais trop le répéter, de ne jamais quitter un malade atteint d'étranglement herniaire que quand sa hernie est parfaitement rentrée. Tel doit être et tel a été notre plan dans les cinq cas dont je vais maintenant rapporter très brièvement l'observation.

Tout d'abord, je commence par les trois cas de hernie crurale étranglée.

Le premier est celui d'une femme, qui, à la suite d'un effort, vit sa hernie, vieille de quinze ans, sortir tout à coup sans qu'il soit possible de la faire rentrer. Un médecin appelé auprès d'elle la fit mettre dans un bain et tenta le taxis sans aucun succès. Ce que voyant, je fus mandé à onze heures du soir. Les conditions de logement, dans lesquelles cette femme se trouvait, firent que je l'engageai vivement à se faire transporter immédiatement à l'hôpital. Une heure plus tard, — à minuit, — elle était dans les salles et je pratiquai l'opération. A ce moment, l'étranglement datait déjà de quinze heures. Les suites opératoires furent des plus simples, et la malade a parfaitement guéri.

Le second cas est également celui d'une femme, frotteuse, âgée de trente-cinq ans. Sa hernie crurale était apparue, pour la première fois, à la suite de couches, mais la malade la faisait facilement rentrer. Cependant, certain jour, à la suite d'un effort, elle s'étrangla. Un médecin, n'ayant pu réussir à la réduire, envoya cette femme à l'hôpital, cinq heures après l'étranglement. A mon tour, j'essayai le taxis sans succès et fis aussitôt après la kélotomie. L'intestin n'était en rien altéré et la guérison fut obtenue en dix jours.

Dans le troisième cas, les conditions n'ont plus été les mêmes, cette fois l'étranglement datait de quatre jours, quand la malade fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Or, nous savons que, dans la hernie crurale étranglée, l'intestin est assez rapidement altéré au niveau du collet du sac, et que la perforation, possible dès la fin du deuxième jour, est probable le quatrième. Cependant chez cette malade, — une femme également — la face n'était pas grippée, il n'y avait aucune dépression, pas d'état fébrile, pas de péritonite, mais seulement quelques vomissements de temps en temps et sans aucun aspect fécaloïde, et pourtant, je le répète, nous étions à la fin du quatrième jour.

L'ancienneté même de l'étranglement nous fit renoncer à tout taxis, de peur d'amener quelque perforation de l'intestin, et d'emblée nous pratiquâmes la kélotomie. L'intestin parfaitement sain était seulement rouge, sans aucune altération, et la guérison fut aussi rapide que dans les deux autres cas.

Quant aux hernies inguinales étranglées, nos deux faits se rapportent à deux hommes.

Le premier est un individu de quarante-huit ans, porteur d'une hernie vieille de trente ans, très volumineuse, toujours mal contenue, qui certain jour sortit davantage et ne put être rentrée ni réduite par le taxis, soit en ville, soit à l'hôpital. Je l'opérai douze heures après l'étranglement, la kélotomie fut aussi suivie de guérison.

Dans le second cas, le malade est arrivé ici à dix heures du soir ; on vint me chercher, j'étais absent, la kélotomie fut faite par M. Schwarz, cinq heures après l'étranglement. L'opération présenta de véritables difficultés, et le lendemain le malade nous inspira des craintes sérieuses : le pouls avait faibli, la face était grippée, le ventre douloureux. Mais grâce à des applications de glace sur le ventre et à des injections de chlorhydrate de morphine, les premiers accidents furent enrayés et le malade est aujourd'hui guéri.

En résumé, dans nos cinq opérations nous avons eu cinq succès, et si l'antisepsie y est pour quelque chose, la promptitude de l'opération, qui est une règle fondamentale, y est certainement pour la plus grande part.

A ce propos quelques mots sont nécessaires, non pas sur la kélotomie en elle-même qui est décrite dans tous les livres, mais sur certains temps du manuel opératoire. Je ne vous dirai pas comment il faut raser et laver la peau de la région, l'inciser, reconnaître et ouvrir le sac herniaire, attirer l'intestin, bien examiner le sac et le collet, mais j'insisterai sur le temps relatif au débridement que les livres vous disent être la pierre angulaire de l'opération, débridement auquel je n'ai jamais recours et que je repousse complètement.

Il y a une douzaine d'années, alors que j'étais interne à la Pitié, chez M. Verneuil, on amenait à l'hôpital une femme ayant une hernie étranglée. On envoie chercher M. Verneuil, il était absent, on alla successivement chez tous les chirurgiens du Bureau central, aucun d'eux n'était chez lui. Bref, le cas étant urgent, le directeur de l'hôpital m'engagea à opérer. J'incise, j'ouvre le sac, je procède au débridement et je cherche à réduire la hernie, et c'est seulement au bout de vingt minutes que j'y parvins péniblement. Je laisse la plaie béante, à cette époque les pansements antiseptiques étaient encore à peine connus. Une péritonite se déclare, et la malade succombe. L'autopsie est faite de concert avec M. Farabeuf, et me montre l'intestin refoulé par la boutonnière faite au niveau du débridement, que j'avais pratiqué en créant un nouveau sac entre le péritoine et la paroi abdominale.

Cet accident n'était pas un fait unique ; M. Farabeuf avait eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas du même genre, résultant de fausses manœuvres. Il les a réunis, depuis lors, sous le voile de l'anonyme, dans un mémoire qui a paru dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

C'est là une de ces fausses manœuvres faciles à réaliser, puisque un certain nombre de chirurgiens l'ont faite. Le débridement peut entraîner d'autres accidents fort graves, notamment des hémorrhagies, suites de la section de l'artère épigastrique ; une fois même la veine fémorale a été coupée. Ce temps de l'opération est donc dangereux, il est de plus inutile puisque, après l'ouverture du sac, rien n'est plus facile que de réduire l'intestin hernié. Il suffit de vider l'anse intestinale des gaz qu'elle contient, par une pression douce et continue, pour la refouler ensuite avec facilité dans l'abdomen.

Autrefois, il y a dix ou quinze ans, quand la hernie était réduite, l'acte chirurgical était fini. Cependant, quelques chirurgiens commençaient à suturer et à placer un drain ; mais la plupart se bornaient à appliquer un pansement compressif et attendaient la guérison après suppuration. Aujourd'hui, depuis qu'on a entrepris la cure radicale des hernies simples, non étranglées, on s'est demandé si, après la kélotomie, il ne serait pas possible de rendre difficile, sinon impossible, la reproduction de la hernie.

Mais qu'est-ce qu'on entend en réalité par ce titre bien pompeux de cure radicale des hernies? Dans l'immense majorité des cas, cette cure radicale a pour but de rendre coercible une hernie incoercible. Mais ce but est possible à atteindre par la kélotomie elle-même suivie de l'application d'un pansement compressif. Or, cette coercibilité, dans les hernies étranglées, est plus facile encore à obtenir, grâce à l'irritation du collet du sac dont les feuillets enflammés ont ten-

dance à s'accoler, et par suite à oblitérer l'anneau. La kélotomie peut donc être par elle-même un procédé de cure radicale des hernies. Mais très souvent, par certaines manœuvres et artifices, on peut mettre l'intestin et les parois de l'abdomen dans une meilleure posture pour cette cure.

Lorsque chez un de mes cinq malades j'ai voulu disséquer le sac, j'ai éprouvé certaines difficultés en raison des adhérences contractées sur les parties voisines. Mais j'y ai renoncé tout de suite, ces adhérences et l'inflammation me donnant des chances de voir obturer l'anneau crural, après avoir pelotonné le sac sur lui-même et placé un bandage compressif.

Dans un second cas, après être arrivé sur le sac, un coup de doigt à droite et à gauche a amené l'énucléation complète du sac sans bistouri, puis avec des pinces à forcipressure, j'ai pu l'attirer doucement, placer ensuite une ligature au catgut sur le collet, sectionner le sac au-dessus et faire rentrer le reste dans la cavité abdominale, suturer enfin la plaie et placer un drain. J'ai agi de la même façon dans un troisième cas.

Les avantages de cette pratique sont : 1° immédiats ; 2° postérieurs. Ils sont immédiats, c'est-à-dire que la hernie ne se reproduit pas malgré les accès de toux des malades et les vomissements post-opératoires résultant de l'inhalation du chloroforme. Ils sont postérieurs (et M. Lucas-Championnière les a très bien montrés) en évitant la formation, par la persistance de diverticules, de petites fossettes dans lesquelles l'intestin vient buter, au moindre effort, les agrandissant et prédisposant ainsi à la formation ultérieure d'une nouvelle hernie. Voilà pour la cure radicale des hernies crurales.

Quant aux hernies inguinales, le manuel opératoire est plus difficile. En effet, ici la résection du sac peut amener la section des éléments du cordon. Pour y parer, voici ce que je fais : incision très large du sac jusqu'au collet, soulèvement du sac de façon à voir par transparence la situation du cordon, couper tout ce qui n'en fait pas partie en laissant seulement, sous forme de lanière, les éléments qui le constituent. La résection peut ainsi se terminer sans aucun accident. Le collet du sac tenu par les pinces à forcipressure est attiré, énucléé en écartant les tissus ambiants, ligaturé avec un fil de catgut et l'aiguille de Reverdin, puis rentré dans l'abdomen. Les piliers de l'anneau étant quelque peu éloignés l'un de l'autre, on les rapproche et les suture au moyen d'un crin de Florence placé avec l'aiguille de Reverdin, de telle sorte que l'anneau se trouve à peu près oblitéré sans aucun accident.

Enfin, dans le dernier cas, celui qui a été opéré par M. Schwarz, il s'agissait d'une hernie inguinale congénitale. On n'a pas essayé de dissection, mais on a espéré, par l'inflammation de la séreuse, obtenir l'adossement de ses deux feuillets l'un contre l'autre, et le tout a été complété par l'application d'un bandage compressif. Le résultat a été très bon.

Je n'ai pas parlé de l'épiploon ; dans les hernies crurales il n'en existait pas, tandis que dans la hernie inguinale il s'agissait d'une entéro-épiplocèle. Or, lorsque l'épiploon n'est pas enflammé et qu'il est peu abondant on le réduit. Lorsque, au contraire, il est enflammé, adhérent à la paroi du sac, on l'étreint par une ligature très serrée au catgut pour éviter toute hémorrhagie et péritonite.

En résumé :

1° Quand vous serez appelé pour un étranglement herniaire, vous ne quitterez votre malade qu'après la réduction parfaite de la hernie ;

2° Vous opérerez le plus tôt possible : *a* par le taxis ; *b* par le taxis sous le chloroforme ; *c* par la kélotomie ;

3° L'opération faite, vous ne pratiquerez jamais le débridement qui est un temps inutile et dangereux ;

4° Lorsque vous le pourrez, sans dommage, ni crainte de couper le canal déférent, vous ferez la ligature du collet et la résection du sac, de façon à mettre le malade dans la posture la meilleure pour la guérison. Si, au contraire, vous redoutez quelque dommage, vous vous contenterez de faire simplement la kélotomie.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Alcoolisme et saturnisme, hystéro-épilepsie et hystérie. II. Fièvre catarrhale dans le cours d'une tuberculose latente.

I. On nous amenait hier soir sur un brancard, et nous l'admettions d'urgence dans nos salles — ce qui est assez dire l'état grave dans lequel il se trouvait — un jeune homme de vingt-huit ans, peintre en bâtiments, en proie à des accidents nerveux mal définis, du moins au premier moment, mais dont il n'a pas été bien difficile de reconnaître ensuite la nature et l'origine.

Cet homme, à son arrivée, était remarquable par l'incorrection de ses réponses ; il n'avait pas toute la plénitude de son intelligence ; il se plaignait d'avoir la tête lourde, pesante. Enfin, lorsqu'il eut complètement recouvré ses sens, nous avons appris qu'il avait été frappé subitement d'une attaque dans l'escalier de sa maison, qu'il était tombé, dégringolant cinq ou six marches avec perte de connaissance laquelle avait persisté quelques instants après ladite attaque. Enfin il nous disait qu'il était *tombé du haut mal*.

En somme, et les phénomènes qu'il avait éprouvés, et l'état dans lequel il se trouvait lorsqu'on l'avait amené à l'hôpital, tout concourait à nous faire dire qu'il s'agissait là, selon toutes probabilités, d'une attaque d'épilepsie.

Or, je dois ajouter que ce malade est peintre en bâtiments, qu'il a eu déjà deux fois, avant de venir ici, des accès sérieux de coliques saturnines et qu'il a été réformé du service militaire pour une paralysie des extenseurs consécutive à ces accidents de saturnisme.

Donc, tout d'abord, cet homme est un saturnin, ce qui ne peut laisser aucun doute dans notre esprit, et, de plus, il vient d'avoir une attaque nerveuse ressemblant beaucoup à l'épilepsie.

Mais cette épilepsie elle-même est-elle idiopathique ou symptomatique ? Or nous savons que les attaques d'épilepsie dépendent, dans certains cas, de l'encéphalopathie saturnine. Nous savons aussi que cette dernière — l'encéphalopathie saturnine — a pour effet d'augmenter le volume du cerveau, de le rendre plus pesant. Vous vous rappelez aussi ce que je vous ai dit tout à l'heure que notre malade se plaignait d'avoir, depuis quelque temps déjà, la tête lourde, pesante.

Je crois donc très bien, en résumé, à l'existence chez notre homme de cet état cérébral connu sous le nom d'encéphalopathie saturnine.

De plus il a eu du délire, mais il est avéré que nous avons affaire chez lui à un ivrogne, un alcoolique invétéré. Nous

sommes donc ici en présence d'un cas complexe, d'un fait à la fois de saturnisme et d'alcoolisme.

Le lendemain je l'examinais dans son lit, étudiant avec vous le côté intéressant de cette observation, lorsque tout à coup j'entendis pousser un cri derrière moi. En me retournant j'aperçois une jeune femme, une infirmière du service, qui était, à son tour, en proie à une attaque nerveuse sur la nature de laquelle je vais aussi m'expliquer.

De ce qu'une femme a des attaques nerveuses on est généralement porté à songer à l'hystérie et, tout d'abord, on dit : oh! c'est une hystérique. Cela peut être vrai dans certains cas, mais c'est loin d'être constant. Une hystérique peut pousser un cri au moment où elle va avoir son attaque, mais presque toujours elle continue à crier pendant le cours de celle-ci. De plus elle est toujours en proie à des mouvements désordonnés, à une agitation des membres ; de plus encore, l'aspect de sa physionomie n'est pas modifié, il ne change pas, et l'intelligence de la malade est conservée, elle reste pleine et entière pendant et surtout après les attaques, enfin on ne remarque aucune incorrection dans les réponses aux questions qu'on adresse à la malade. En somme, chez les hystériques, il y a, à la fois, des phénomènes purement exagérés. Et nous devons ajouter que les hystériques sont, par la nature même de leur hystérie, très volontiers inclines à mentir sur les symptômes qu'elles éprouvent, à nous tromper sur leur état réel.

En résumé chez notre saturno-alcoolique qu'avions-nous comme symptomatologie de ses attaques? Un seul cri, un cri initial, sans la moindre continuité; une figure grimaçante ; quelques mouvemements caractéristiques de son attaque, mais sans la moindre allure désordonnée ressemblant de près ou de loin aux mouvements de l'infirmière ; enfin une durée très courte de la crise proprement dite avec persistance de l'état grimaçant de la physionomie, persistance aussi de la perte de connaissance après l'attaque; puis, un état intellectuel absolument incomplet et l'incorrection des réponses pendant un certain temps, aucune conscience de son état.

En résumé, nous avons pu constater pour ainsi dire au même moment deux états tout à fait différents : une hystérie franche, nette chez notre infirmière ; une hystéro-épilepsie chez notre malade entré de la veille, démontrée par le cri précédant l'attaque, par les mouvements involontaires, enfin le regard étonné, l'état inconscient de l'individu au sortir de son attaque.

De ces faits — je parle seulement du malade amené hier soir dans nos salles — quel pronostic devons-nous tirer? Un pronostic sérieux, car le petit mal est toujours plus grave que le grand mal, en ce sens, que au lieu de frapper seulement le système locomoteur, il frappe l'intelligence et que plus tard, avec le temps, celle-ci s'altère, car en pareils cas c'est bien plus le cerveau que le bulbe qui est atteint.

J'ajoute, en terminant ce qui a trait à ce malade, que si notre infirmière a eu une attaque d'hystérie pendant le cours de la visite, c'est bien certainement parce que, se trouvant peu éloignée du lit de cet homme, elle a entendu les termes dans lesquels nous formulions notre diagnostic. Le mot d'hystéro-épilepsie l'a frappée ; il lui a rappelé les accès auxquels elle est sujette et, immédiatement, l'un de ces accès s'est produit sous nos yeux.

II. Nous avons reçu dans nos salles un homme atteint de grippe avec fièvre intense survenue à la suite d'un refroidissement. C'est dimanche dernier qu'il a été pris d'un frisson initial avec point de côté à gauche au-dessous de la pointe du cœur. A ce niveau nous avons trouvé un foyer de râles sous-crépitants, en arrière ; tandis qu'en avant çà et là on entendait des râles ronflants et sibilants.

Cet homme a donc eu une bronchite, qui s'est capillarisée en certains points, avec expectoration mousseuse. C'est même plus que de la bronchite, car sa situation se complique d'un état général avec inappétence, mouvement fébrile prononcé, et nous pouvons dire que nous sommes en face d'une grippe véritable, ou mieux d'une fièvre catarrhale.

C'est là une affection qui n'émeut pas beaucoup les foyers thermogènes ; en effet, il a actuellement une température qui oscille entre 38 degrés et 38°5 seulement. Le jour de son entrée, lundi, il avait 39 degrés environ et le lendemain 40°4 (chiffre qui a été le plus élevé que nous ayons observé depuis son arrivée ici). Nous devons ajouter que, ce jour-là, il s'est fait en même temps une sorte de poussée congestive, inflammatoire, comme nous en observons dans la broncho-pneumonie, mais sans que nous puissions percevoir le moindre souffle dans les poumons. Le matin de ce même jour, où la température devait s'élever le soir à 40°4, le malade présentait déjà 39°2 c'est-à-dire un degré de plus, en réalité, qu'il aurait dû avoir, n'étant atteint que d'une fièvre catarrhale.

Cependant, si nous n'entendions aucun souffle dans la poitrine, nous constations, à la percussion, un certain degré de matité parfaitement nette dans toute la région sous-clavière et surtout dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, matité correspondant à une condensation prononcée du sommet du poumon gauche.

Etait-ce là un fait récent, survenu par suite de la fièvre catarrhale, de la grippe de notre malade, ou bien devions-nous le considérer comme appartenant à un état ancien du poumon, et l'attribuer à des granulations pulmonaires de nature tuberculeuse ?

Or, quels phénomènes morbides ou mieux quels signes avions-nous pour élucider le problème et nous permettre de nous prononcer pour l'une ou l'autre alternative ? Nous entendions une respiration très sèche dans les deux temps et une expiration prolongée, mais toujours pas le moindre souffle ; d'où nous devions conclure à un parenchyme pulmonaire plus dense.

D'autre part, cet homme paraissait très amaigri, fortement déprimé dans tout son être ; le thorax était émacié ; les bras peu musclés pour un homme habitué aux exercices manuels de sa profession, l'individu était chétif, les ongles des pouces présentaient le caractère hippocratique. Enfin il vivait dans les plus mauvaises conditions hygiéniques.

De là nos craintes de quelque tuberculisation surtout en présence d'une élévation de la température, le soir, à 40°4, élévation absolument hors de proportion avec l'état catarrhal de ses voies aériennes.

Si donc il s'agissait de quelque tuberculose, son état aigu actuel aurait une influence considérable, car nous savons que la fièvre catarrhale, la grippe, impriment souvent une marche aiguë à une tuberculisation latente.

Mes craintes sont donc de voir sa grippe donner une impulsion assez vive à l'état de ses poumons pour déterminer une tuberculose aiguë. D'où la nécessité, en pareilles conditions, de recourir à un traitement actif, énergique, par les ventouses scarifiées, les vésicatoires, en même temps qu'on prescrit la potion de Todde — qui est une sorte de

grog médical — et à laquelle on ajoute avec avantage 3 ou 4 grammes de quinquina, enfin une alimentation en rapport avec l'état du tube digestif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance ne comprend aucune pièce qui mérite d'être mentionnée.

COMMUNICATIONS

Épidémie de suette du Poitou, en juin et juillet 1887. — M. BROUARDEL rend compte à l'Académie de la mission dont il a été chargé, avec M. Thoinot et avec le concours de MM. les docteurs Chantemesse et Descour, d'étudier l'épidémie de suette du Poitou, en juin et juillet 1887.

Le 16 mars 1887, apparaissait, pendant une épidémie de rougeole, dans la commune de Sillard (Vienne), un cas de suette nettement caractéristique, chez un jeune homme de dix-huit ans. A dater de ce moment, l'épidémie se répandit dans tout l'arrondissement de Montmorillon, et, franchissant ses limites, gagnait l'arrondissement du Blanc et celui de Bellac (Haute-Vienne), enfin l'arrondissement de Civray, etc.

M. Brouardel décrit la marche de l'épidémie et fait la description de la suette, son début, ses périodes, ses diverses formes, sa convalescence, ses rechutes, sa contagiosité, son incubation, son diagnostic et son pronostic.

Il fait suivre cette description, dont la durée n'a pas été de moins d'une heure, des considérations suivantes sur l'organisation du service sanitaire qu'il a institué avec le concours des ses collaborateurs.

Dès les premiers jours de notre arrivée dans la Vienne, dit-il, dès qu'il nous parut que nous étions suffisamment renseignés sur l'étendue et les limites de l'épidémie, nous dûmes nous préoccuper d'organiser le service sanitaire. Nous savions que l'épidémie régnait en ce moment dans le canton de Montmorillon, de la Trémouille, qu'elle gagnait les communes voisines et qu'elle venait de faire son apparition dans l'arrondissement de Bellac et celui du Blanc.

Le but à atteindre était donc : 1° organiser la désinfection dans les foyers alors en activité ; 2° empêcher l'épidémie de s'étendre, de gagner des localités indemnes jusque-là ; surveiller en un mot étroitement la périphérie, et chercher à étouffer le mal sur place, là où il viendrait à naître.

L'organisation adoptée fut la suivante :

(Ici M. Brouardel décrit l'organisation du service de renseignements confié à ses collaborateurs secondés par un certain nombre d'internes des hôpitaux de Paris.)

Les mesures de désinfection consistaient en : 1° désinfection des chambres, des vêtements, des objets de literie des malades, à l'acide sulfureux ; 2° désinfection des linges par une lessive au sulfate de cuivre ; 3° blanchiment des murs à la chaux.

1° Désinfection à l'acide sulfureux. — A de très rares exceptions près, il n'était pas possible de désinfecter la chambre même des malades. Il fut décidé que dans chaque commune un local serait choisi, consistant en une chambre de dimension moyenne, bien close, pour y faire la désinfection des vêtements, des pièces de literie.

Autant que possible nous avons tenu la main à ce que les chambres, où s'était produit un décès, fussent désinfectées directement avec tout leur contenu, à l'acide sulfureux.

2° La lessive au sulfate de cuivre, ainsi que le blanchiment des murs à la chaux ont été facilement acceptés et appliqués.

Les étuves à désinfection, expédiées de Paris accompagnées de leurs locomobiles, ont rendu de grands services. Cette désinfection se fait en un quart d'heure ; elle prive donc fort peu de temps le paysan de ses affaires, avantage très apprécié ; une journée bien employée suffit pour désinfecter entièrement une petite agglomération. En somme, véritablement efficace et peut-être seule efficace, la désinfection par l'étuve mobile à vapeur humide sous pression, est la seule qui puisse partout et toujours se réaliser. Nous la croyons appelée à rendre les plus grands services dans l'avenir.

Si maintenant nous envisageons dans leur ensemble les mesures que nous avons appliquées dans les contrées touchées par l'épidémie, nous pourrons dire que notre action n'a pu avoir tous les résultats qu'on aurait été en droit d'en attendre, si nous avions agi sur une surface de pays moins étendue, dans des communes moins disséminées, si notre organisation n'avait pas été tout entière à créer ; les conditions où nous étions placés étaient véritablement des plus défavorables. Sans prétendre que notre action ait eu une efficacité absolue, il nous sera permis de dire qu'elle a été utile ; elle a donné tout ce qu'on pouvait en attendre en l'espèce, c'est-à-dire encore trop peu de chose, mais assurément quelque chose.

M. GUÉNIOT rappelle à cette occasion qu'au XVIIe siècle quelques auteurs avaient déjà signalé l'existence de la suette chez les femmes en couches. Il demande à M. Brouardel s'il n'a rien été observé d'analogue dans l'épidémie dont il vient de faire la relation.

M. BROUARDEL répond que les cas de suette chez les femmes en couches n'ont été observés qu'en petit nombre et qu'ils n'ont pas fixé l'attention par leur gravité. Dans toutes les maladies infectieuses, il se fait des éruptions suettiques, mais ce n'est pas là la vraie suette.

Quoi qu'il en soit de ces observations, comme les notes prises pendant la durée de la mission sont extrêmement complètes, il nous sera facile d'y faire les recherches qui nous permettront de répondre au désir de M. Guéniot.

Carte des localisations de la peste en Perse, en Russie et en Turquie, de 1856 à 1886. — M. THOLOZAN met sous les yeux de l'Académie une carte des invasions et des localisations de la peste en Perse, en Russie et en Turquie de 1856 à 1886. Il joint à cette carte un index détaillé avec les dates d'invasion et de terminaison du fléau dans toutes les localités atteintes. On y trouve enfin la notation de la forme de la maladie et de son degré d'intensité.

M. Tholozan a rayé de la liste des épidémies de peste, celle de Makou, parce qu'il est avéré pour lui aujourd'hui que cette épidémie n'a jamais existé. Il a eu dans les mains la preuve que cette peste a été inventée dans un but administratif ou politique. Fauvel n'y croyait pas davantage de son côté ; il jugeait sévèrement les médecins sanitaires dont les rapports donnèrent l'alarme à Constantinople.

Pour des raisons analogues, il n'a pas parlé d'une prétendue peste qui aurait régné en 1877 aux environs d'Osterabad.

Il y a encore, ajoute-t-il, à se défier, en ces matières, de certaines assertions vagues qu'on trouve aussi dans les journaux.

Quelquefois, au contraire, j'ai été obligé de démontrer soit à la Perse, soit même à la Turquie, l'existence d'épidémies dont on ne se doutait pas. Les comptes rendus de l'Académie des sciences contiennent la mention détaillée de ces faits.

Il importe souvent plus de déraciner des erreurs acceptées que de formuler de nouvelles vérités. En admettant donc les nombreuses épidémies de peste bien constatées qui ont eu lieu dans les vingt dernières années en Mésopotamie, en Perse et en Russie, j'ai tenu à rayer de la liste tout ce qui ne se rapportait pas à la peste, mais j'ai mentionné toutes les autres épidémies même douteuses.

Pour terminer, je veux mettre sous les yeux de l'Académie la déclaration suivante que faisait M. Fauvel en 1851 :

« En général, on ignore ce qui se passe en Orient et on trouve très simple d'agir comme s'il était démontré que la peste y existe partout en permanence. Les observations des médecins sanitaires européens dans ces dernières années ont mis hors de doute ce fait capital que nulle part en Orient la peste n'est absolument en état endémique ou de permanence. »

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Étude sur la Pathologie de Tahiti,

Par M. Kergrohen, médecin de la marine.

(Thèse de la Faculté de Bordeaux, 1887.)

Tahiti, dont le charme, persistant depuis plus d'un siècle, renaît sans cesse sous la plume de nos plus gracieux écrivains et nous a valu le *Mariage* de Loti, après l'*Omoo* de Bougainville et l'*Omar* de Merville, a le privilège d'attirer l'attention de tous ses visiteurs : romanciers, poètes, voyageurs, naturalistes, savants, et vient d'être l'objet d'une étude médicale qui, sous la forme modeste d'une thèse, mérite certainement de fixer l'attention.

Nous ne connaissons pas l'auteur, M. Kergrohen, médecin de la marine, mais nous avons eu le plus grand plaisir à lire, par hasard, la dissertation qu'il a présentée à la Faculté de Bordeaux et nous cédons sans peine au désir qui nous est venu de rendre compte de ce travail aux nombreux lecteurs de la *Gazette*.

Il réunit, dans notre opinion, presque tous les mérites que peut avoir une œuvre de ce genre. Il ne se borne pas à une simple énumération des incidents médicaux d'un voyage. On voit que l'auteur a voulu se rendre compte de ce qu'il observait; qu'il a puisé à toutes les sources d'information pour donner à ses appréciations une sûreté plus grande et nous ne saurions trop recommander sa méthode à tous les médecins qui vont aux terres lointaines et pourraient rassembler des faits si intéressants et si variés pendant leurs campagnes.

M. Kergrohen a compulsé presque tout ce qui a été écrit sur la pathologie de Tahiti depuis 1837, c'est-à-dire depuis le moment où l'attention européenne s'est reportée vers les *îles de la Société* que les récits de Bougainville et de Cook avaient popularisées à la fin du dernier siècle.

Il a comparé les relations anciennes et les données acquises depuis notre occupation du pays avec ce qu'il avait vu de 1883 à 1885 et nous n'hésitons pas à dire qu'il est résulté, de cette patiente et intelligente revue, une notice d'autant plus utile et précieuse qu'elle peut être considérée comme le résumé d'une expérience médicale de 50 années.

Laissant, naturellement, de côté les détails, nous avons surtout remarqué les considérations qui se rattachent aux causes diverses qui ont successivement modifié la constitution médicale d'un pays qui a subi un trouble profond et des désastres réels, au contact de ce qu'on nomme la *civilisation* européenne, expression qu'un voyageur nous affirmait, par longue expérience, devoir toujours se prononcer à l'allemande.

M. Kergrohen a noté avec soin les changements survenus dans la pathologie locale par suite des relations de ces îles avec les visiteurs du dehors, changements qui n'ont rien d'extraordinaire et dont on retrouverait aisément les analogues dans l'histoire de notre vieille Europe, surtout à l'époque où la découverte de l'Amérique modifia radicalement les voies commerciales et, par conséquent, les mouvements des peuples de nos régions. On pourrait bien sûrement, en effet, soutenir la thèse que l'histoire de la pathologie médicale est intimement liée à celle des migrations de l'humanité et, pour la période moderne, à celle des traités de commerce conclus entre les diverses nations.

L'étude des conditions topographiques, climatériques et démographiques de Tahiti est aussi très clairement exposée et il en est ainsi de chacun des chapitres consacrés à la pathologie interne, externe et à la gynécologie. Ils sont constamment abordés avec le plus grand soin et avec un esprit critique de bon aloi.

M. Kergrohen met d'abord en pleine lumière l'absence absolue d'impaludisme, cette cause certaine, mais un peu banalement donnée de tant de maladies européennes et tropicales, et il montre que la plupart des maladies des organes respiratoires ou digestifs, assez fréquentes, pourraient être très atténuées, dans leur gravité, par une observance des lois de l'hygiène en une contrée où la température est, relativement, très égale; où la douceur du climat est extrême et où les soins de propreté sont quotidiens pour toute la population.

La phthisie n'échappe pas à cette conclusion, car elle est rare dans la jeunesse, n'est fatale que vers 40 ou 50 ans et semble plutôt la résultante de causes diverses qu'une maladie initiale.

Peu de maladies nerveuses du reste. Rareté extrême de la folie, encore considérée là-bas comme d'origine divine alors qu'elle tend à devenir, en Europe, l'excuse générale de tous les délits et de tous les crimes.

Quant aux maladies éruptives : variole, rougeole, scarlatine, varicelle, l'origine par importation ne peut être niée, ainsi que pour la *dengue*, assez commune à Tahiti. D'où la nécessité de surveiller ces arrivages morbides pour prévenir les invasions et prolonger indéfiniment, du reste, l'immunité constante de cette île relativement au choléra et à la fièvre jaune.

La pathologie tahitienne n'est donc pas menaçante pour l'indigène ou l'Européen qui n'a pas à subir d'acclimatement, et qui n'a guère à lutter là-bas que contre l'anémie, résultat d'une alimentation peu variée et insuffisante en viande de boucherie, contre les excès alcooliques et la syphilis.

Cette partie de la thèse est véritablement fort intéressante. Profitant des travaux compris dans son index bibliographique, M. Kergrohen a montré les phases réelles de cette dernière et grave intoxication, sujet de tant de discussions entre les premiers navigateurs anglais et français.

Il a prouvé sa généralisation pendant la période prospère de la pêche de la baleine dans l'Océan Pacifique; les abus de mercurialisation des premiers occupants anglais produisant des effets plus terribles que le mal lui-même et, enfin, les progrès survenus depuis que la population, moins effrayée des traitements, a été l'objet de soins, plus rationnels, d'ailleurs, qu'au commencement du XIXe siècle.

Restent à la pathologie locale grave, la lèpre et l'éléphantiasis des Arabes, très singulièrement cantonnés en Océanie : la première très fréquente aux Marquises, très rare à Tahiti, où la seconde est dans une proportion absolument inverse, et cela dans deux archipels en apparence placés dans des conditions semblables de climat et de mœurs.

La question démographique ne pouvait être écartée par un observateur aussi judicieux et elle a été résolue par le rejet de toutes les exagérations qui ont fait attribuer à telle ou telle cause isolée la diminution de la population des îles si bien disposées incontestablement pour une existence heureuse et prolongée de leurs habitants.

C'est une étude beaucoup plus complexe que ne l'ont compris bien des écrivains, ainsi que l'affirme M. Kergrohen, qui nous paraît en avoir bien déterminé l'un des aspects, en formulant très nettement l'obligation stricte de l'examen pathologique de tous les arrivages dans les îles du Pacifique, où l'action européenne est assez grande pour imposer des règlements de surveillance.

Toute sa thèse prouve le danger des importations morbigènes et la conclusion est alors bien simple. Et qu'on ne croie pas que l'application de ces règles soit, en réalité, bien difficile; comme le prétendra toujours le mercantilisme et la théorie du *laisser faire, laisser passer*, qui aboutit à l'empoisonnement des Chinois par l'opium anglais. M. Kergrohen retrouverait, dans les rapports du port de Toulon, la preuve de l'efficacité immédiate de mesures bien simples, mais rigoureusement observées, prescrites, par M. Reynaud, contre la syphilis.

On peut arriver, partout, à des résultats aussi sérieux *quand on le veut bien*, quand le *commandement*, aidé d'une bonne organisation médicale et sanitaire, a pris les résolutions nécessaires. La douane veille avec un soin jaloux à l'introduction de toute fraude et y parvient dans une mesure suffisante. La santé doit être également armée contre l'invasion des maladies contagieuses par des visites *sérieuses* dans les ports; par un traitement obligatoire, avant tout débarquement, ou à terre, jusqu'à complète guérison.

C'est une réglementation vraiment humanitaire qui devrait être

généralisée et serait sûrement plus civilisatrice que tout ce qui se pare de ce nom sans aucun titre, sans aucun droit.

Heureux d'être en plein accord, sur ce point, avec M. Kergrohen, je dois lui faire, pourtant, en terminant, un reproche. Pourquoi n'a-t-il pas joint à sa bibliographie une revue des documents anglais sur Tahiti? Il avait une bonne mine à exploiter, je puis lui en donner la certitude, et c'est une lacune qu'il lui serait bien facile de combler en donnant à son œuvre un développement qui ferait de ses observations un livre définitif sur la pathologie tahitienne et même océanienne. Et je finis à la façon des harangues du pays, *tirara parahou iti* (j'ai fini mon petit discours).

Dr BERNARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 septembre 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Weber, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Protain, pour le 95e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cervelle, pour le 6e d'infanterie; Bénit, pour le 12e dragons.

— M. le docteur A. Bournet (d'Amplepuis) vient d'être chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission scientifique en Corse, pour étudier le banditisme et la répartition géographique de la criminalité.

— M. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission à Vienne, à l'effet de prendre part au congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du pouvoir amplifiant du microscope, par M. le docteur DIDELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Grand in-8° de 86 pages avec tableaux et figures. — Prix : 4 fr. — Paris, F. Savy.

Étude médico-légale sur l'alcoolisme. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, par M. le docteur Victor VÉTAULT, ancien interne médaille d'or des asiles de la Seine, etc. Grand in-8° de 237 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21649

N° 113. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 20 SEPTEMBRE 1887. — N° 113

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Du genu-valgum des adolescents.

Leçon recueillie par M. MONPROFIT, interne du service.

Nous nous occuperons aujourd'hui d'un jeune malade atteint d'une affection fort intéressante et dont la thérapeutique a fait, depuis quelques années, de très grands progrès. Je veux parler du genu-valgum. Notre malade est âgé de dix-huit ans; il a toujours eu, jusqu'ici, une très bonne santé; il n'a présenté, dans son enfance, aucune maladie grave, et, fait intéressant, il a même commencé à marcher plus tôt qu'il n'est habituel, dès l'âge de neuf mois, — vous verrez que ce point a son importance. Ses parents sont bien portants, et aucun de ses six frères et sœurs n'offre de particularité qui puisse nous intéresser.

L'affection pour laquelle il est venu s'adresser à nous aurait commencé il y a treize mois seulement. Jusque-là, ses deux membres inférieurs présentaient une conformation normale, et il n'éprouvait aucune gêne dans la marche. A cette époque donc, ses genoux ont commencé à devenir saillants en dedans, ses jambes se sont peu à peu déjetées au dehors, et, la difformité s'accentuant de plus en plus, il en est arrivé au point où vous le voyez maintenant. On a donné plusieurs moyens de mesurer le degré de la difformité; celui auquel je me suis arrêté est le suivant : le malade étant couché sur le dos, je rapproche les deux genoux au contact et je mesure la distance qui sépare les deux malléoles internes l'une de l'autre; on peut se faire ainsi une idée assez exacte de l'étendue de la déviation. Chez notre malade, cette distance est assez considérable; elle atteint 18 centimètres, et la déviation porte d'une façon à peu près égale sur les deux côtés.

Les malades qui présentent cette affection consultent le chirurgien pour diverses raisons. Quelques-uns éprouvent des douleurs dans les membres inférieurs et de la difficulté à marcher. Notre jeune homme ressent, en effet, depuis quatre ou cinq mois, quelque gêne et quelque fatigue; mais sachez bien que ce n'est point la cause qui vous amènera la plupart de ces malades; beaucoup d'entre eux ne souffrent nullement, marchent facilement et portent même de lourds fardeaux sans trop de peine; ce dont ils se plaignent surtout, c'est d'être difformes, de servir de moquerie à leurs camarades, et notre malade nous a confessé qu'il craignait de ne pas être reconnu propre au service militaire. Vous comprendrez qu'il nous soit impossible de lui refuser l'opération.

Je n'insisterai pas plus longuement sur la symptomatologie du genu-valgum, qui n'offre, du reste, rien de spécial dans le cas qui nous occupe. On a émis beaucoup de théories sur la pathogénie de cette affection. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de s'arrêter longtemps à celles qui cherchent le mécanisme de la déviation dans les altérations des parties molles et invoquent soit la rétraction du ligament latéral externe de l'articulation du genou, soit, et c'était l'opinion de Duchenne (de Boulogne), la rétraction du biceps fémoral et l'atrophie des muscles de la patte d'oie; pour moi, j'ai toujours pensé qu'il fallait chercher dans les altérations de l'appareil osseux lui-même la cause de la difformité, et cette opinion est partagée, je crois, par la majorité des chirurgiens.

Voyons donc quelles sont les altérations présentées par les extrémités du fémur et du tibia, altérations qui doivent nous expliquer, sinon la cause, du moins le mécanisme et la pathogénie de la maladie. Vous savez quelles sont, à l'état normal, les principales dispositions des extrémités osseuses de l'articulation du genou. Je vous rappelle que les deux condyles fémoraux diffèrent sensiblement l'un de l'autre : le condyle interne est moins épais que l'externe, mais il s'écarte davantage de l'axe du fémur, et par suite, fait une plus forte saillie en dedans et en arrière; de plus, et c'est là ce qui est important pour le point qui nous occupe, il descend plus bas que son congénère.

Il en résulte qu'un fémur normal, reposant sur un plan horizontal par la face inférieure de ses deux condyles, ne peut être vertical et que son extrémité supérieure se déjette très fortement en dehors; si on lui donne une direction absolument verticale, son condyle externe s'élève, et le condyle interne reste seul au contact du plan horizontal.

Or les surfaces articulaires du tibia représentent ce plan parfaitement horizontal, et, comme elles sont au contact des surfaces fémorales, il s'ensuit forcément une inclinaison du fémur en haut et en dehors; les axes des deux os ne forment donc pas une ligne droite, mais bien une ligne brisée, avec un angle très obtus, ouvert au dehors, saillant en dedans. En un mot, il existe, à l'état normal, un certain degré de genu-valgum, beaucoup plus prononcé dans le sexe

féminin, vous le savez, à cause de la largeur du bassin; les déformations les plus marquées ne sont que l'exagération de cet état physiologique.

Pour en comprendre le mécanisme, il suffit de supposer une augmentation de volume des parties internes, soit du fémur, soit du tibia, ou, au contraire, une diminution des parties externes de ces mêmes os. Dans les deux cas, il est facile de le concevoir, le même résultat se produit. C'est, en effet, à une augmentation de volume du condyle interne du fémur, par suractivité nutritive, et principalement à son allongement, qu'est due, le plus souvent, la production du genu-valgum.

M. Gosselin pensait qu'il existait, au contraire, une atrophie du condyle externe, un arrêt de développement causé par des troubles nutritifs du cartilage de conjugaison à sa partie externe.

Pour le tibia, on a fait les mêmes hypothèses; certains auteurs croient à une augmentation de volume du plateau interne, et d'autres à une atrophie de la partie externe du tibia; quelques cas, sans doute, résultent de ce mécanisme, mais la plupart relèvent d'une altération du condyle interne du fémur et de la partie inféro-interne de la diaphyse fémorale.

Quelle est donc, maintenant, la cause qui préside à ces troubles divers dans le développement des extrémités osseuses fémorale ou tibiale? Plusieurs auteurs invoquent le rachitisme; mais il me semble qu'il y a là une confusion. Il est absolument nécessaire de distinguer deux variétés de genu-valgum : le genu-valgum des jeunes enfants; le genu-valgum des adolescents.

Que le premier reconnaisse quelquefois pour cause le rachitisme, la chose est certaine; mais ce n'est pas celui-là qui nous occupe; or, le genu-valgum des adolescents, qui se développe comme chez notre malade, entre quinze et dix-huit ans, sur un sujet robuste, bien portant, ayant marché, je vous le rappelle, avant dix mois, et dont les membres inférieurs ont été parfaitement conformés jusqu'à dix-sept ans, ce genu-valgum, dis-je, n'est pas d'origine rachitique; il résulte d'un trouble nutritif spécial, s'effectuant pendant la période de croissance, au niveau du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur, et déterminant une augmentation de volume, une véritable hypertrophie de la partie interne et inférieure de la diaphyse et du condyle interne.

Quel traitement devons-nous faire suivre à notre malade? faut-il lui pratiquer une opération? Je crois que, chez les adolescents, le redressement lent à l'aide des appareils ne donne que des résultats illusoires; ce moyen, qui, employé chez les petits enfants, réussit souvent, ne peut donc être employé dans ce cas. Si nous voulons remédier d'une façon réelle à la difformité, il faut pratiquer le redressement forcé et maintenir ensuite le résultat obtenu au moyen d'appareils. Mais, ici, plusieurs méthodes s'offrent à nous : le redressement manuel ou ostéoclasie manuelle, l'ostéoclasie au moyen des appareils, et, enfin, l'ostéotomie.

Le redressement forcé des membres atteints de genu-valgum fut pratiqué pour la première fois, d'une façon méthodique, par Delore (de Lyon), sur de jeunes sujets, et ce chirurgien présenta ses malades, en 1874, à la Société de chirurgie, avec de très bons résultats. En 1875, je pratiquai la même opération, qui n'était pas employée à Paris, à l'hôpital Lariboisière, sur un jeune homme de dix-sept ans, très robuste, avec un succès complet. Voici, du reste, la manière de faire, que vous me verrez employer tout à l'heure : le sujet, profondément endormi, repose sur une table couverte d'un seul matelas peu épais. Le membre inférieur est appliqué sur le rebord de la table, de façon qu'il porte sur sa face interne. Le point d'appui doit être pris sur le condyle interne du fémur. La jambe tout entière dépasse donc la table. Il faut confier à un aide vigoureux le soin d'immobiliser la cuisse dans cette position, de façon à l'empêcher de tourner. Saisissant alors de la main droite la jambe vers sa partie moyenne, je m'en sers comme d'un bras de levier, et pendant que, de la main gauche, je contribue à bien maintenir le genou appuyé sur sa face interne, car de là dépend le succès de l'opération, j'exerce des pesées successives et de plus en plus fortes, jusqu'à ce que l'on perçoive un craquement caractéristique. Le membre est ensuite maintenu droit pendant soixante jours, au moyen d'attelles latérales.

Ce procédé exige, vous le pensez bien, une certaine force; aussi M. Colin, qui m'avait vu souvent opérer, même échouer dans un cas, construisit-il, en 1876, un appareil, un « ostéoclaste », qui détermine mécaniquement le même résultat. M. Robin (de Lyon) imagina, en 1882, un nouvel ostéoclaste, basé sur un principe un peu différent. Dans ces dernières années, M. Colin a apporté à son premier appareil différentes modifications qui l'améliorent notablement.

C'est donc en France qu'est née cette question du redressement par la force du genu-valgum.

Nous pratiquons plus volontiers cette opération directement ou au moyen d'appareil. A l'étranger on a eu l'idée d'aller sectionner les os avec l'instrument tranchant, de faire, en un mot, l'ostéotomie.

Plusieurs procédés ont été imaginés. Celui de Mac-Ewen, qui porte sur l'extrémité inférieure du fémur, celui de Ogston, qui s'adresse au condyle interne, et qui n'est pas sans dangers; d'autres, comme Billroth, font porter la section sur l'extrémité supérieure du tibia.

Ces procédés se sont généralisés maintenant, et, avec la méthode antiseptique, ils sont parfaitement acceptables; cependant ils présentent encore plus d'inconvénients que le redressement sous-cutané ainsi que nous le pratiquons.

— La manœuvre précédemment décrite fut exactement exécutée et les deux membres redressés séance tenante.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. GRANCHER.

Mal de Pott.

Le mal de Pott cervical présente, dans son évolution, quelques particularités intéressantes. Ce n'est pas une affection rare, mais avec laquelle vous aurez souvent à batailler.

L'enfant qui fera le sujet de la leçon est couchée au n° 21 de la salle Sainte-Catherine. Les antécédents héréditaires sont : père sain et mère tuberculeuse, frère mort de méningite à treize mois.

L'étiologie est ici très obscure. L'enfant est née à terme, avec un pied bot varus équin, très accentué à gauche, peu à droite. On l'a opérée par ténotomie avec appareils contentifs et massage. Elle paraissait guérie lorsque son infirmité est revenue avec une nouvelle maladie. Il y a environ un an, elle a fait une chute si malheureuse dans une terrine pleine d'eau, que sa nuque a porté violemment sur le bord de la

terrine. La mère attribue tous les accidents qui ont suivi à cette chute et à la contusion de la nuque. Et, en effet, dans la symptomatologie du mal de Pott, on trouve presque toujours un coup ou une chute au début de la maladie. Quelle part faut-il lui attribuer? Il est très difficile de le dire. Mais, pour nous, ce n'est pas la véritable cause.

Le lendemain, l'enfant éprouvait une douleur dans la nuque devenue très sensible au toucher, sans irradiations ni dans la tête, ni dans les bras. Deux mois après, se produisait un torticolis déterminant une flexion latérale gauche de la tête, flexion totale sans rotation. On chercha alors si une thérapeutique nouvelle ne réussirait pas mieux que la première et on prescrivit des frictions. Mais la mère conduisit son enfant à une rebouteuse qui, après avoir tenté de redresser la tête avec ses mains, appliqua un appareil contentif en carton dont l'effet fut négatif.

Cette enfant, qu'on a fait souffrir par toutes sortes de manœuvres destinées à la redresser, en avait conçu un profond effroi pour tous ceux qui faisaient mine de la toucher. De fait, quand j'ai voulu l'examiner pour la première fois, j'ai éprouvé de très grandes difficultés en raison de ses cris et de sa résistance. Eh bien! et cette observation a son importance en séméiologie, sans faire d'éloquence et simplement en évitant d'abord les attouchements, j'ai apprivoisé peu à peu cette petite fille, en sorte que la troisième et la quatrième visite ont été bien plus fructueuses que la première. Que votre règle de conduite avec les enfants, rendus méfiants par le souvenir de souffrances imposées, soit donc l'examen à distance en commençant et la douceur.

Quelques mois après, la malade fut atteinte de paraplégie cervicale complète : d'abord paralysie avec atrophie progressive des membres supérieurs et avec une certaine alternative d'intensité dans la paralysie et dans le côté paralysé; puis bientôt paralysie des membres inférieurs.

Quel est son état aujourd'hui? Elle est immobile dans le décubitus dorsal, car les muscles abdominaux et lombaires sont aussi paralysés. Les membres supérieurs sont en parésie et en parésie flasque. Les mains sont dans l'état de flexion, mais sans contracture et sans raideur : elles ne représentent donc pas ce qu'on a appelé la *main de prédicateur*, mais les extenseurs manquant de force, les fléchisseurs ont une tonicité prédominante. Les membres inférieurs, en état de contracture faible, ne peuvent s'élever audessus du lit. Il y a trépidation épileptoïde et exagération des réflexes. Enfin le sphincter est également paralysé.

Avec cet ensemble de phénomènes auquel se joint une sensibilité émoussée, on se trouve devant un cas typique de mal de Pott, typique par la musculature étrange et par l'évolution des troubles. Et pourtant, on ne peut diagnostiquer qu'un mal de Pott. Le creux sous-occipital est très déprimé et la première et la deuxième, la sixième et la septième vertèbre font saillie en globe. Autrefois on ne savait pas si cette déformation était l'effet de l'attitude du sujet ou d'une maladie spinale. Mais si on compare la peau de la région en saillie avec celle des autres régions, il est facile de reconnaître, à l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, un travail pathologique profond.

Les mouvements spontanés de *oui* et de *non* sont possibles. De plus, on peut faire exécuter à la tête des mouvements passifs plus étendus et, ce qui est remarquable, indolents.

L'enfant, dont l'état général est satisfaisant et qui se nourrit bien, a aussi une éruption papulo-tuberculeuse de syphilis dont l'origine est antérieure à son entrée à l'hôpital et n'est pourtant pas héréditaire. Mais, ce qu'elle a contracté dans le service par la communauté des éponges et des linges, c'est un herpès circiné. Nous en sommes responsables; car, il faut le dire, aucun soin n'est pris pour éviter la contagion.

Voilà l'enfant. Quels sont le diagnostic et la thérapeutique? Nous n'hésitons pas à conclure à un mal de Pott plus cervical que dorsal, contrairement au premier diagnostic temporaire de pachyméningite cervicale hypertrophique. Il n'existe pas d'observation de pachyméningite chez un enfant, et, d'ailleurs, c'est une maladie tout à fait différente en soi du mal de Pott. Celui-ci consiste en une lésion tuberculeuse des os et celle-là en une lésion caséeuse, de la duremère.

L'évolution habituelle du mal de Pott est celle-ci: 1° douleur; 2° déformation suivie de paralysie; 3° réparation ou aggravation et mort avec cachexie.

Ces diverses phases, nous les retrouvons chez notre enfant. Mais peut-il exister une paralysie des membres supérieurs et inférieurs, sans déformation spinale? Il est arrivé que, trois ou quatre corps de vertèbres ayant été détruits, il y a eu paraplégie d'abord, sans déviation et sans courbure apparente. Ordinairement, la gibbosité se montre la première, puis la paralysie.

Mais ce qu'il faut surtout noter, c'est un caractère distinctif entre les diverses espèces de mal de Pott, tiré d'une relation presque constante entre la paralysie et le siège de la maladie. Le mal de Pott cervical est toujours accompagné de paralysie; le cervico-dorsal, le plus souvent; le dorsal, dans la moitié des cas; le lombaire, exceptionnellement. Ainsi, à mesure que le mal descend plus bas, la paralysie devient de moins en moins fréquente. Voici une statistique : sur 2 cas de mal de Pott cervical, 2 paralysies; sur 8 cas de cervico-dorsal, 8 paralysies; sur 3 cas de dorsal, 1 paralysie; sur 12 cas de lombaire, aucune paralysie.

Je me propose de vous faire une leçon sur le traitement du mal de Pott. Aujourd'hui, je veux seulement vous dire quelles sont les lois générales de la thérapeutique de cette maladie, où on en est et quel chemin on a suivi. J'ai lu à ce sujet un mémoire américain dont les auteurs sont MM. Taylor et Cowets. Ce que j'en ai surtout retenu, c'est la perfection du corset Taylor, grâce à cette tendance à la réclame qu'ont plus ou moins tous les ouvrages américains. Mais j'ai remarqué aussi que leur statistique est précise et détaillée. Or, sur 59 cas de traitement, ils ont obtenu 32 guérisons complètes et 3 partielles; il y a eu 5 morts intercurrentes et 12 résultats inconnus pour cause de disparition des malades. Ce qui mettrait à 80 p. 100 la proportion des guérisons complètes. Je suis préoccupé de ces chiffres sans les nier.

Ce qui me rend défiant, c'est la lecture du mémoire de Pott. Autrefois, on croyait à un déplacement des os et on torturait les malades avec des machines destinées à les redresser. Pott s'élève avec énergie contre la thérapeutique barbare du redressement, d'après les observations cliniques et d'après les autopsies. Il ne s'agit pas d'os déplacés, mais détruits, et on ne redresse pas des os qui n'existent plus. Il faut donc appeler au dehors la suppuration profonde, en établissant, à l'aide de cautères, une sorte d'égout purulent, et faire suppurer la plaie pendant longtemps. Or, quel était le résultat de cette dérivation extérieure? Il dit, après sept ou huit ans d'observation au moins, qu'il a toujours réussi excepté une fois. Mais en 1783, on appliquait les cautères comme nous ne savons plus les appliquer.

Après Pott, la thérapeutique a oscillé. Longtemps, les révulsifs ont été le seul traitement. Cependant déjà Delpech, qui connaissait la nature tuberculeuse de la maladie, ajoutait le repos à la révulsion. Nélaton, voulant éviter le frottement de la moelle, prescrivit l'immobilité. Gosselin ordonnait l'immobilité d'abord, puis les mouvements et l'exercice modéré. Mais, personne mieux que Bonnet n'a formulé la nécessité et les motifs de l'immobilité qui évite la gibbosité et la paralysie, conséquences de la destruction des vertèbres. L'immobilité doit être absolue et précoce; on ne la prescrit jamais trop tôt. Et le décubitus dans la gouttière de Bonnet est insuffisant : il faut y joindre le corset de Serres et un collier cervical si c'est utile. Grâce à ces précautions, vous obtiendrez assez souvent la guérison, mais n'oubliez pas que l'immobilité absolue et aussi précoce que possible est la seule thérapeutique efficace du mal de Pott.

LA SUETTE MILIAIRE DU POITOU EN 1887

Voici les principaux traits de l'histoire de l'épidémie de suette miliaire du Poitou, dont M. Brouardel a fait la relation à l'Académie de médecine dans la séance du 13 septembre.

I

Début. Première période. — La maladie s'annonce parfois par un embarras gastrique, un malaise général, qui peuvent précéder de quelques jours le début de la suette.

Mais le plus souvent, les choses se passent tout autrement. En pleine santé, au milieu de la journée, le malade sent ses jambes se dérober sous lui ; il s'alite avec un malaise, une faiblesse générale très marquée, et au milieu de la nuit il est réveillé par des sueurs abondantes. Ce mode de début avec apparition nocturne des premières sueurs est des plus fréquents.

Les symptômes majeurs de la première période sont les sueurs, la fièvre, un état de faiblesse générale et des phénomènes nerveux de diverse nature.

Les sueurs, d'abondance très variable, sont continues, mais elles affectent un caractère paroxystique très net.

La fièvre est variable avec la gravité du cas. Dans les cas à marche bénigne, la température ne s'élève pas au delà de 38 degrés; elle monte au contraire à 40 degrés et au delà dans les cas graves d'emblée, et dans ceux où l'allure bénigne se modifie tout à coup, pour faire place à une apparence toute différente.

La faiblesse, le malaise général sont très marqués, même dans les cas les plus légers, il s'y joint souvent une céphalalgie très vive.

Les phénomènes nerveux qui se montrent dans cette période sont, avec les sueurs, le fait qui frappe le plus l'attention. Leur intensité est variable, tantôt à peine marqués : un examen, un interrogatoire attentif peuvent seuls les déceler; tantôt, ils sont portés à un degré véritablement effrayant. Ces symptômes sont :

Des étouffements continus et paroxystiques, sans aucune lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation ; un sentiment de constriction, de barre épigastrique ; des palpitations ; l'agitation, le délire.

A ces phénomènes nerveux, qui sont habituels, il faut en joindre un autre plus rare et déjà signalé, des crampes, des contractures, survenant par accès dans les muscles du mollet et dans la main.

La langue est saburrale, la constipation ordinaire.

Deux phénomènes des plus fréquents et qui ne paraissent pas avoir été suffisamment remarqués sont: les épistaxis et la toux.

Les épistaxis sont répétées, journalières, elles surviennent même plusieurs fois par jour, assez abondantes ; la toux est ordinaire.

Deuxième période. Éruption. — L'éruption se montre généralement le quatrième jour à dater du début, plus rarement elle apparaît le deuxième et le troisième jour, ou bien elle est retardée jusqu'au cinquième et sixième jour.

Elle s'annonce par des démangeaisons, des picotements qui persisteront ensuite tant qu'elle durera; dans la règle encore, les phénomènes nerveux (agitation, étouffements, barre épigastrique) redoublent à ce moment pour s'atténuer lorsque l'exanthème se sera produit.

Dans l'éruption de la suette miliaire, il y a deux éléments à considérer :

1° L'éruption de miliaire proprement dite, c'est-à-dire la papule miliaire apparaissant d'abord comme un petit point acuminé, soulevant la surface cutanée; se transformant plus tard en vésicule, s'ouvrant et s'exfoliant enfin, au dernier degré de son évolution;

2° L'exanthème qui sert de substratum, de fond à l'éruption miliaire.

L'exanthème est essentiellement polymorphe; variable d'un malade à l'autre, il varie encore chez un même malade, d'un jour à l'autre.

On peut le classer sous trois formes :

1° Exanthème à forme rubéolique plus ou moins confluent : plaques rouges semées en nombre variable sur la surface cutanée;

2° Exanthème scarlatiniforme : la surface cutanée est uniformément teinte en rouge;

3° Exanthème à forme hémorrhagique, purpurique : la surface cutanée est d'un rouge sombre qui ne s'efface pas à la pression du doigt, et çà et là quelques taches violacées tranchent encore sur la teinte générale.

Le début de l'éruption se fait généralement sous la forme rubéolique : puis les plaques rouges se rejoignent, se confondent; l'éruption prend alors les caractères scarlatineux ; enfin elle se fonce davantage; sa couleur s'assombrit; quelques points prennent une teinte plus violacée : c'est la forme hémorrhagique. C'est sur le tronc que se marquent le mieux ces divers caractères, et la transformation successive qu'ils subissent.

Dans quelques cas, l'éruption, d'emblée rubéoliforme, peut persister sous cette apparence, elle peut être aussi d'emblée scarlatiniforme et se montrer telle pendant toute la durée de la maladie. On peut voir sur un même malade une éruption rubéolique aux jambes pendant que le tronc est couvert d'une éruption scarlatiniforme, etc.; ailleurs l'éruption se présente avec un seul et même caractère sur toute la surface cutanée, etc.; polymorphie de l'éruption, variable de malade à malade, variable sur un même malade suivant les jours, suivant le siège : telle est la caractéristique de l'exanthème de la suette, caractéristique qu'il importait de bien mettre en lumière, pour éviter des confusions trop faciles à commettre.

L'éruption se montre d'abord sur la face, elle atteint ensuite le cou, les membres supérieurs et le tronc; enfin, en dernier lieu, les membres inférieurs sont envahis.

C'est sur la face, les avant-bras, les poignets, les mains, le tronc, les fesses qu'elle se marque le plus.

La face est ordinairement, dans son ensemble, d'un rouge vif ou sombre; les joues forment deux placards rouges où la peau est semée d'abord de points miliaires donnant à la main la sensation d'une surface grenue : plus tard, la face sera couverte de vésicules miliaires; les yeux sont éclatants; les paupières rouges et gonflées.

Le voile du palais est quelquefois pâle; plus souvent, surtout aux premiers jours de l'éruption, il est couvert d'un piqueté rouge; l'isthme du gosier est, soit piqueté de rouge, soit uniformément rouge comme dans la scarlatine.

Les avant-bras à leur partie inférieure, les poignets, la face dorsale des mains, sont aussi des sièges de prédilection pour l'exanthème; il est ordinaire qu'au poignet, à une période un peu avancée, on voit une sorte de bracelet de vésicules miliaires reposant sur un fond uniformément rouge.

C'est au tronc qu'on pouvait le mieux étudier les formes si variables de l'éruption.

Les membres inférieurs, pris en dernier lieu, sont souvent moins touchés que le reste du corps.

L'éruption avec ces caractères se constitue souvent d'une seule poussée : de la face, elle envahit graduellement le reste du corps, et toute la surface cutanée se trouve couverte en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Mais dans des cas qui sont loin d'être rares, l'éruption se fait en plusieurs poussées, séparées par des intervalles très appréciables; les poussées ne dépassent pas le chiffre de deux ou trois au maximum; les nouvelles poussées sont annoncées par une reprise des phénomènes généraux : fièvre, sueur, agitation, étouffements.

Il ne faut pas confondre ces poussées, qui concourent dans leur ensemble à rendre l'éruption générale, avec les rechutes dont il sera parlé ailleurs.

Voici maintenant les phénomènes qu'on observe dans la deuxième période, en même temps que l'éruption.

Les sueurs perdent de leur abondance quand la poussée éruptive s'est faite ; la peau reste moite. Il y a toujours transpiration, mais transpiration modérée. La fièvre, elle aussi, est moins vive ; le malaise général, la céphalalgie ont diminué, les phénomènes nerveux s'apaisent.

C'est dans cette deuxième période qu'on observe quelquefois un ralentissement du pouls, très marqué, que nous avons vu aller jusqu'à cinquante-cinq pulsations à la minute. Il y a donc, dans tous les phénomènes morbides de la première période, une amélioration très marquée.

Le malade tousse souvent, et l'auscultation fait percevoir des râles de bronchite (râles sibilants, râles sous-crépitants).

La constipation persiste ; des selles cependant peuvent être obtenues d'un caractère assez spécial : elles ont la consistance et l'aspect du goudron ou de la poix et exhalent une odeur infecte.

L'urine, qui dans la première période pouvait être rare et même, nous en connaissons un cas, totalement supprimée pendant plusieurs heures, reprend ses caractères. Notons que dans aucune période de la maladie, dans une forme grave ou bénigne, on n'y a trouvé d'albumine.

Les épistaxis se montrent encore dans cette période, mais ce ne sont pas les seules hémorrhagies qu'on puisse observer ; nous avons vu quelques rares cas d'hémoptysie ; nous avons noté quelques hémorrhagies intestinales très abondantes ; et ces deux phénomènes se sont montrés dans des cas d'intensité moyenne où les malades ont parfaitement guéri.

Troisième période. Desquamation. — La desquamation termine l'évolution de la maladie. Elle est due, au moins en grande partie, à l'exfoliation des vésicules miliaires. Elle se présente sous deux formes principales :

1° Desquamation par points isolés, desquamation en collerette ;

2° Desquamation à grands lambeaux, desquamation écailleuse, desquamation en doigts de gant.

La desquamation en collerette peut se montrer sur tous les points du corps ; la desquamation à grands lambeaux se rencontre surtout aux membres, à la face, et la forme de desquamation en doigts de gant, qui reproduit entièrement le phénomène si connu dans la scarlatine, se montre aux doigts et à la paume des mains.

Signalons aussi la desquamation de la langue, desquamation qui n'est ordinairement que partielle.

La desquamation marque la troisième période de la maladie ; mais il ne faut pas croire qu'elle ne se montre que lorsque l'éruption est terminée et a déjà pâli. Elle la suit immédiatement, elle l'accompagne même, et il est très ordinaire de voir la face entrer en desquamation alors que la poussée éruptive est encore dans toute sa vivacité sur le tronc, les membres inférieurs.

La desquamation se montre aux diverses parties dans l'ordre même où elles ont été envahies par l'éruption ; de même qu'elle a commencé dès la deuxième période, elle se prolonge bien au delà de la durée de l'affection pendant la convalescence.

La maladie est en réalité terminée quand l'éruption commence à pâlir, quand l'état général s'améliore, quand la fièvre tombe. C'est à ce moment et ordinairement vers le huitième ou dixième jour, dans les cas moyens, que le malade quitte son lit et entre en convalescence.

Convalescence. — Ce qui la caractérise surtout, c'est sa lenteur, son incertitude : c'est une convalescence des plus pénibles : il semble que le malade ne parviendra jamais à retrouver la santé. Et ce qu'il faut bien noter, c'est que ce n'est pas seulement après une atteinte de suette grave ou longue que la convalescence est ainsi difficile ; la suette miliaire la plus bénigne, celle même qui reste à l'état d'ébauche, est suivie d'une convalescence longue et pénible. Nous avons vu dans une ferme, près de Montmorillon, quatorze malades qui ne purent reprendre leurs travaux, et avec tous les ménagements, qu'après six semaines de convalescence, leur maladie avait pourtant duré moins d'une semaine.

Les convalescents se présentent avec une teinte anémique très prononcée, leur visage est blafard. Ils sont mal assurés sur leurs jambes, et ne peuvent rester longtemps debout ; il y a souvent de l'œdème des points inférieurs, des pieds surtout.

Les muscles de la face sont agités de tremblements fibrillaires ; la langue tremble à la façon de la langue des paralytiques généraux. Le malade a de l'insomnie, une anorexie très tenace ; il est, à la moindre fatigue, repris de sueurs abondantes.

Joignez à ce tableau la desquamation, quelques taches purpuriques en plus ou moins grand nombre sur la surface cutanée, la toux qui persiste souvent bien au delà de la maladie, et vous aurez le tableau de la convalescence.

Quelques autres phénomènes intéressants ont été rencontrés pendant cette période : crises spasmodiques, analogues à celles de l'ataxie locomotrice ; crises névralgiques intercostales ; irrégularité du cœur qui s'interrompait à certains moments et battait par saccades à d'autres instants, etc.

Tous ces phénomènes disparaissent graduellement, mais souvent il faut deux mois pour que la dernière trace de l'affection soit effacée.

Dans quelques cas, la suette laisse après elle des troubles plus persistants : nous avons vu des cas où, pendant plusieurs semaines, des femmes, qui relevaient de suette, eurent des troubles mentaux très marqués (accès mélancoliques, accès maniaques.)

Formes cliniques de la suette miliaire. — La suette miliaire est une affection généralement bénigne. La description que nous en avons donnée s'applique aux cas d'intensité moyenne, c'est-à-dire au type ordinaire. Mais il est deux variétés qui s'écartent notablement de ce type : l'une en diffère par son extrême gravité, l'autre par sa bénignité ; l'une est la suette miliaire mortelle, l'autre la suette miliaire ambulatoire.

Suette miliaire rapidement mortelle. — La rapidité de cette forme est parfois vraiment extraordinaire ; nous connaissons plusieurs cas où l'individu atteint a succombé en moins de quarante-huit heures ; sueurs profuses, température très élevée, agitation, délire extrême, étouffements presque continus et d'une intensité considérable, constriction épigastrique angoissante, tels sont les traits principaux de cette forme, qui, grave dès la première heure, marche rapidement vers la terminaison fatale.

Ailleurs, le tableau est différent. Le début n'a présenté rien de particulier, tout semble annoncer un cas moyen. Tout à coup le deuxième, troisième et quatrième jour, alors que l'éruption va se faire, la maladie prend une allure toute différente : la fièvre s'allume, les sueurs inondent le lit du malade, les étouffements augmentent ; le délire apparaît, expansif, bruyant, l'épigastre est comme serré dans un étau, et, en quelques heures, le malade est enlevé. Presque toujours la mort survient avant l'apparition de l'éruption, ou tout à fait au début de celle-ci ; les malades qui ont traversé la première période, chez qui l'éruption s'est faite, sont le plus souvent hors de danger. Aussi la mort, après le quatrième ou cinquième jour est-elle rare.

Il est une exception cependant à cette règle, c'est lorsque la mort survient au milieu d'une deuxième poussée éruptive. L'affection a d'abord marché normalement ; après les prodromes, une

éruption s'est faite sur une partie du corps; tout semble s'apaiser. Puis, cinq, six, sept jours plus tard, les phénomènes nerveux reparaissent avec une intensité effrayante : la transpiration se montre de nouveau avec une extrême abondance et le malade meurt au milieu du délire, de l'agitation, et avec une hyperthermie considérable au moment où une deuxième poussée éruptive sur la surface cutanée couvrait les parties indemnes dans la première.

Un phénomène qui a frappé non seulement tous les médecins, mais tout le public, c'est l'extrême rapidité de la décomposition cadavérique; les lividités cadavériques ont une couleur véritablement hémorrhagique, noirâtre; souvent aussi, il se fait *post mortem*, par la bouche et les orifices du nez, des écoulements ayant l'apparence d'hémorrhagies, contenant peu de bulles d'air. Des hémorrhagies par ces voies sont d'ailleurs observées dans les derniers moments de la vie.

Suette à forme ambulatoire. — Celle-ci est remarquable par son extrême bénignité : c'est debout, presque sans interrompre son travail, que l'individu fait sa maladie, et dans la grande majorité des cas, c'est en plusieurs temps, par plusieurs poussées que l'éruption se constitue.

Cette éruption est d'ailleurs le plus souvent très discrète : quelques plaques miliaires disséminées çà et là, surtout au visage, aux mains, aux poignets, constituent tout l'exanthème.

Des sueurs se montrent avant chaque poussée, plus ou moins abondantes, et ces deux phénomènes, sueurs, éruption miliaire, constituent presque à eux seuls tout le tableau.

Les rechutes ne sont pas rares dans la suette miliaire. Elles se font souvent à une époque tardive, pendant les premiers temps de la convalescence.

Pronostic. — Il n'est pas facile à établir et doit être réservé dans tous les cas.

La suette miliaire est d'ailleurs traîtresse, et tel malade qui semble tout d'abord légèrement touché peut mourir en quelques heures.

Après l'éruption le danger est moindre, le plus ou moins de confluence de celle-ci ne paraît pas avoir d'importance.

D'une façon générale, on peut dire que le pronostic varie de gravité avec l'âge. Bénin dans l'immense majorité des cas chez les enfants, il s'aggrave chez les adultes. On a remarqué avec raison que les cas mortels se montraient souvent chez les adultes vigoureux, bien constitués, ceux-là même qui passaient pour les plus robustes de la commune, mais parmi lesquels se trouvaient peut-être aussi le plus grand nombre des alcooliques.

Diagnostic. — Le diagnostic de la suette miliaire semble des plus faciles. Quelques traits objectifs la rapprochent de la scarlatine et de la rougeole, mais d'autres traits, sur lesquels nous n'avons pas à revenir, s'en écartent suffisamment pour que toute confusion semble impossible : il n'en est rien pourtant.

Il est chez quelques adultes et surtout chez l'immense majorité des enfants une forme qui affecte avec la rougeole une ressemblance assez grande. Cette forme a été d'une fréquence extrême dans l'épidémie de 1887.

Nous la désignerons sous le nom de suette infantile ou de suette à forme rubéolique.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Très honoré Confrère,

Permettez-moi de vous soumettre, à propos de l'assurance en cas de maladie contractée entre médecins, quelques chiffres qui me semblent mériter votre attention et votre intérêt, et d'être exposés aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

L'Association médicale mutuelle offre à ses adhérents, moyennant une cotisation mensuelle, fixée à dix francs, le paiement d'une indemnité quotidienne de dix francs, en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accident, quelle qu'en soit la durée.

Je ne saurais trouver, pour prouver que ses promesses sont réalisables, aucun argument plus convaincant, par sa précision, que celui fourni par les résultats qu'obtient la Société amicale des médecins anglais.

Cette société a payé, en quatre ans, 96 950 francs, pour indemnités de maladie, et réalisé une réserve s'élevant à 194 850 francs.

Dans l'exercice 1886-1887, son effectif s'est élevé de 676 à 774 membres.

Les recettes de cet exercice ont atteint 107 338 francs (y compris 4 005 francs pour intérêts des fonds placés.

La société a payé à 92 malades des indemnités dont le total est de 40 480 francs pour 3 484 journées de maladie ; cette dépense représente 38,1 p. 100 de la recette.

Le nombre des journées de maladie ou la morbidité moyenne est donc, par sociétaire et par an, située entre 3 484 : 676 = 5,15 et 3 484 : 774 = 4,50, suivant que l'on prend pour base du calcul l'effectif au début ou à la fin de l'exercice annuel.

Les moyennes sont donc :

Cotisation annuelle. . . . . 134 francs
Indemnité quotidienne. 11,61
Et morbidité annuelle moyenne 5,15 à 4,50 journées.

Or, l'Association médicale mutuelle, qui a été fondée le 1er janvier, après approbation de ses statuts par M. le ministre de l'intérieur, prévoit que la dépense pour indemnité de maladie absorbera environ la moitié de ses recettes. Si nous comparons ce résultat prévu avec le résultat expérimental obtenu par les médecins anglais, nous sommes en droit d'affirmer que toutes nos promesses seront tenues. Le nombre de nos adhérents a dépassé en huit mois le chiffre nécessaire pour servir dès aujourd'hui, le malheur échéant, l'indemnité à un de nos associés devenu tout à fait incapable d'exercer. C'est notre devoir de faire appel à la prévoyance de nos confrères pour étendre le plus possible cette action utile.

Agréez, très honoré confrère, l'assurance de ma respectueuse considération.

Dr G. Gallet-Lagoguey.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 septembre 1887, la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique entendue ;

L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est supprimée ;

Il est créé à Toulouse une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1887.

1° Chefs de clinique chirurgicale : MM. les docteurs Princeteau et Phélippot, en remplacement de MM. Loumeau et Lacharrière dont le temps d'exercice est expiré.

2° Chef adjoint de clinique chirurgicale : M. le docteur Sengensse.

— *École de médecine de Tours.* — M. Wolff, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 18 août 1887.

— *Hospices de Grenoble.* — Un concours, pour la nomination des élèves internes et externes, aura lieu le 7 et le 8 novembre prochain. — Un concours pour la nomination de deux internes en pharmacie aura lieu le 14 novembre prochain.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Sirodot, professeur de zoologie, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 17 septembre 1887.

— M. le docteur Collet est nommé maire de Trévoux.

— M. le docteur Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission à Vienne, en vue de prendre part, comme représentant du ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, au Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cervelle, médecin-major, décédé à Nancy; Durand (de Bourg-Saint-Andéol) et de M. Sabatier, médecin aide-major de première classe, décédé au Tonkin.

— Une famille des plus honorables désirerait prendre en pension quelques enfants, âgés de cinq à douze ans, auxquels l'air de la campagne serait nécessaire. On donnera tous les renseignements désirables. — Écrire à Mlle Robert, à Meigné-le-Vicomte, par Noyant (Maine-et-Loire).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le charbon des animaux et de l'homme, par M. Straus, professeur agrégé. 1 vol. in-8 de 223 pages, avec 4 figures et une planche. — Prix : 6 francs. — Paris, 1887. Delahaye et Lecrosnier.

Étude de posologie hydrominérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation, par le docteur Lahilonne, brochure grand in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1887, Félix Alcan.

Angine couenneuse (croup); sa guérison en quarante-huit heures par le chloral, par le docteur Adolphe Mercier, in-8° de 16 pages. — Besançon, Imprimerie franc-comtoise.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21663

N° 114. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 22 SEPTEMBRE 1887. — N° 114

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une lecture a été faite par M. le docteur Danion, dans le but de démontrer, contrairement à une opinion devenue classique en électrothérapie, que la polarisation des tissus animaux et les courants secondaires qui en devraient être la conséquence n'existent point. Ce fait de l'impolarisabilité des tissus animaux ou de leur réfraction absolue aux phénomènes d'accumulation de l'électricité, et par conséquent de leur incapacité d'engendrer un électromoteur secondaire, s'il venait à être démontré, serait le renversement complet des expériences physiologiques, dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur à un degré quelconque; et tout ce qui a été écrit sur les courants secondaires devrait être rayé de l'électrothérapie.

Ce n'est pas sur l'énoncé seul de ces conclusions qu'il nous serait possible d'en apprécier le bien fondé. De pareilles propositions nécessitent l'examen et le contrôle d'une expérimentation contradictoire. L'auteur fait loyalement appel d'ailleurs à la contradiction.

A cette lecture, qui, à la simple audition, a pu paraître quelque peu subversive des notions courantes en électrothérapie, en a succédé une seconde qui ouvre de nouvelles espérances pour la curation de la phthisie. Il s'agit du traitement de cette cruelle affection si activement et si persévéramment poursuivie, par les inhalations de l'acide fluorhydrique. Un de nos confrères, médecin au Mont-Dore, M. le docteur Amédée Tardieu, a déjà appelé l'attention de ses collègues auprès de cette station thermale, sur la présence dans l'eau du Mont-Dore du fluor à l'état de fluorure d'arsenic. Il y aurait le plus grand intérêt à poursuivre les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet, et à en faire l'application à l'étude analytique des effets de la médication Mont-Dorienne, dans la tuberculose.

Enfin, une troisième lecture, faite par M. Hervieux, sur le phlegmon du ligament large, est un véritable réengagement de la discussion récemment engagée entre M. Sappey et M. Alph. Guérin, au sujet des idées émises par ce dernier sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Sur le terrain clinique où s'est principalement placé M. Hervieux, il nous paraît avoir pris une position à peu près inexpugnable. Nous verrons ce qui en adviendra s'il est donné suite à cette nouvelle attaque.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Diabète sucré et coma diabétique (1).

II

Dans ma dernière leçon, je vous ai parlé d'un malade atteint de diabète sucré, chez lequel nous venions de commencer le régime d'épreuve qui consiste, comme je vous l'ai dit, à supprimer absolument de son alimentation tous les féculents, les sucres et les graisses pures, afin de déterminer exactement les modifications survenues, sous son influence, dans la glycosurie.

Je vous dois aujourd'hui la suite de cette observation avant d'aborder la question du coma diabétique.

Donc, le cinquième jour de ce régime d'épreuve, la quantité de sucre contenue dans les urines pendant vingt-quatre heures, était tombée de 372 gr 74 (chiffre correspondant à la veille du jour où ce régime a été institué) à 85 gr 95. Depuis lors, voici les résultats obtenus :

6e jour.	95gr50
7e jour.	18,31
8e jour.	13,95
9e jour.	15,18

Or, les 5e et 6e jours, l'ascension de 36 gr 65 (4e jour), à 85 gr 95 et à 95 gr 50 a été due, ainsi que nous l'avons découvert, à une tricherie du malade sur son régime, tricherie que nous sommes parvenu à empêcher de se renouveler depuis ce jour. Nous avons donc, en réalité, un résultat considérable, quoique nous ne soyons pas encore tombé à zéro.

Je profite de la présence de ce malade dans nos salles pour vous parler du coma diabétique. Vous savez que cet accident, l'un des plus redoutables du diabète sucré, est loin d'être très rare. Un relevé, publié par Frerichs en 1884, dans son *Traité du diabète*, nous montre, en effet, sur deux cent cinquante cas de mort par diabète, cent cinquante-trois cas de coma, c'est-à-dire plus des trois cinquièmes, les quatre-vingt-dix-sept autres cas se répartissant en différentes autres

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 837.

causes de mort (marasme, phthisie, etc.). Aussi est-il d'une véritable importance de bien connaître cet état pathologique, dont je vais vous présenter en peu de mots l'étude clinique ; je dis « en peu de mots », car l'histoire n'en est pas bien longue.

Il existe une forme normale, régulière, très nette du coma diabétique qui donne au médecin un peu le temps de se retourner. Cette forme présente deux phases très distinctes : la première caractérisée seulement par des phénomènes abdominaux ; la seconde par des phénomènes comateux ; phases ou périodes qu'il s'agit de bien distinguer l'une de l'autre, et auxquelles j'ai donné les noms de période abdominale et période comateuse.

Dans la première, les troubles digestifs sont les premiers symptômes, ils sont peu caractéristiques : digestions lentes, pénibles, difficiles, puis vomissements avec constipation, météorisme, douleurs dans le ventre, tantôt généralisées, tantôt localisées à certaine région, notamment à l'hypochondre droit. De là, des erreurs faciles de diagnostic, les phénomènes de cette première période ressemblant au début d'une péritonite, si ce n'est par un point, c'est-à-dire l'abaissement de la température au-dessous de la normale, qui, à lui seul, décèle l'erreur que l'on pourrait commettre si l'on n'y prenait garde.

Puis, quand les phénomènes abdominaux sont bien accusés, apparaît une dyspnée spéciale, caractérisée par la profondeur et la longueur des inspirations (à l'inverse des autres dyspnées) et suivie quelquefois d'un peu de cyanose.

Cet état dure environ deux ou trois jours ; les douleurs de ventre ont cessé : mauvais signe qui indique le passage de la maladie à la seconde période. Les vomissements diminuent et font place à un état d'apathie, de somnolence, et le coma survient sans qu'aucun phénomène nouveau ait surgi, si ce n'est quelquefois un peu d'agitation délirante. Cette seconde période dure de vingt-quatre à quarante-huit heures au maximum. Pendant ce temps la température est tombée à 36 degrés ou même à 35°5. Comme symptômes, rien d'autre.

Voilà donc la forme régulière et complète du coma diabétique évoluant entre quatre jours en moyenne et cinq jours au plus ; quelquefois cependant, elle est beaucoup plus courte et se termine par la mort en vingt-quatre ou trente-six heures.

L'haleine des malades atteints du coma diabétique exhale, pour la plupart, une odeur spéciale, une odeur d'acétone ; parfois aussi leurs urines ont la même senteur.

Je signalerai, en passant, comme rare et plus trompeuse, une autre forme, très différente de celle-ci, non pas au point de vue de la terminaison qui est toujours le coma, mais par l'absence de symptômes abdominaux et de dyspnée. Ces diabétiques sont alors atteints, avant de tomber dans le coma, de céphalalgie, de vertiges, de sensation absolue d'ivresse, au point de ne pouvoir rester debout sans chanceler. Ces phénomènes durent quelques heures, une demi-journée au plus, ils font place aussitôt après à l'état de somnolence, de coma, et le malade meurt.

Cette seconde forme n'a de commun avec la première que la période terminale.

Pour être complet, je dois signaler une troisième forme, la plus rare de toutes, qui a été mentionnée pour la première fois par Frerichs. L'aboutissant en est toujours le coma, mais les accidents qui le précèdent sont encore différents, ils n'ont rien d'abdominal ni de dyspnéique. Le premier symptôme est un sentiment de fatigue extrême, voisin de l'impuissance, suivi d'un refroidissement notable des extrémités, de la diminution croissante de la force du pouls avec teinte cyanique plus ou moins prononcée de la face et des extrémités. Enfin apparaissent la somnolence et le coma. De sorte que, comme le dit Frerichs, la période préalable du coma ressemble à l'asystolie grave liée à une ancienne lésion du cœur. Mais cette forme, je le répète, est très rare ; les deux autres sont plus communes, la première surtout.

Voilà donc, en quelques mots, ce que c'est que le coma diabétique, cliniquement parlant. Voyons maintenant dans quelles conditions il se présente. L'âge est sans influence, jeunes ou vieux sont également atteints ; généralement le coma ne se déclare que lorsque le diabète est déjà ancien, cependant je puis citer le fait d'un homme de trente-cinq ans chez lequel la maladie ne durait que depuis un an.

Ordinairement, il survient chez des sujets déjà très amaigris, cachectiques ; il y a cependant un certain nombre d'exceptions. Par contre, il est deux conditions occasionnelles qui, dans la majorité des cas, favorisent son développement : 1° des fatigues excessives ; 2° des écarts de régime.

Mais, existe-t-il quelques rapports entre l'apparition du coma et l'abondance du sucre dans les urines ? Aucun ; souvent même, au contraire, on constate un rapport inverse, et le coma arrive à son maximum d'intensité alors que le sucre est à son minimum de quantité dans les urines.

La diminution de la polyurie au-dessous d'une moyenne en rapport avec la glucose rendue est un phénomène grave, voire même presque l'indice de l'imminence du coma. La polyurie doit être proportionnelle à la quantité de sucre contenue dans les urines, de sorte que, si le rapport tombe au-dessous de la proportion voulue, vous devez redouter le coma.

Quant à la terminaison, je n'ai rien à en dire, si ce n'est que la mort est fatale.

Mais chez les individus qui succombent au coma diabétique trouve-t-on des lésions particulières ? Les lésions rénales sont celles que l'on peut rencontrer chez tous les diabétiques en dehors du coma : altérations épithéliales des tubuli contorti, présence de substance glycogène, etc. Mais il n'en est pas de même des lésions de l'intestin qui sont réellement inhérentes au coma diabétique, et ressemblent à celles que l'on rencontre dans le choléra, y compris l'aspect riziforme des selles par suite de la chute totale de l'épithélium de l'intestin. Cependant, ces lésions n'étant pas constantes, il n'est pas possible d'en tirer quelque conclusion. Il en est de même des autres altérations anatomiques, de l'état graisseux du sang dont les granulations graisseuses peuvent obstruer les petits vaisseaux. Chez deux malades le sang étudié pendant la vie contenait une telle abondance de granulations graisseuses qu'il méritait bien le nom d'état lipomique. Mais cette lipomie du sang est un fait très rare ; on n'en connaît guère que trois observations.

Il me reste à parler maintenant du traitement, lequel en réalité est bien peu efficace. Cependant, quand la première phase, la phase abdominale, est bien dessinée, qu'elle me laisse encore le temps d'agir, j'ai recours immédiatement aux évacuants intestinaux et surtout aux évacuants alcalins, et pendant quelques heures j'ai obtenu parfois une véritable amélioration.

Les inhalations d'oxygène, que j'ai expérimentées sur un certain nombre de malades, ne m'ont rien donné.

Quant à la phase comateuse, lorsqu'elle est déclarée, il

faut bien l'avouer, nous ne pouvons rien contre elle, nous sommes absolument désarmés.

J'ai dit tout à l'heure que la plupart des malades atteints de coma diabétique exhalaient une forte odeur d'acétone. Or, sur ce fait, on a voulu bâtir la théorie de l'acétonémie, c'est-à-dire que les accidents comateux résultaient de l'empoisonnement des malades par l'acétone.

Cette théorie est-elle soutenable? Non, d'abord nombre de diabétiques, qui n'ont jamais eu le moindre phénomène comateux, exhalent également l'odeur de l'acétone, ensuite et surtout parce que l'acétonurie n'est pas constante chez les diabétiques qui ont succombé au coma; 2° parce qu'elle se rencontre chez les diabétiques qui n'ont pas le moindre coma; 3° parce qu'elle existe fréquemment aussi en dehors du diabète, c'est-à-dire dans toutes les pyrexies qui ont une certaine durée (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.), dans le cancer de l'estomac, de l'intestin, dans l'état d'inanition, et, par auto-intoxication, à la suite d'une simple indigestion. Dans tous ces cas, très divers les uns des autres, la présence de l'acétone dans l'urine prouve combien est fausse la théorie qui attribue les accidents graves du coma diabétique à l'acétonurie.

Enfin, j'ajoute que l'acétone n'est pas toxique, et que les résultats fournis par l'expérimentation sur les animaux sont en contradiction avec ce que l'on a pu voir chez l'homme où l'acétone n'a déterminé aucun symptôme morbide. Elle ne saurait donc être rendue responsable des accidents graves du coma diabétique.

LA SUETTE MILIAIRE DU POITOU EN 1887 (1)

II

Suette miliaire infantile. Suette miliaire à forme rubéolique. — En consultant, dès notre arrivée à Montmorillon, le registre des décès de cette commune, nous y avions vu avec surprise, en même temps que vingt et un décès de suette, vingt décès de rougeole, et il nous avait été dit qu'une rougeole grave et bizarre existait avec la suette. Il y avait aussi d'ailleurs des cas bénins de rougeole en abondance.

On nous apprenait aussi, dès le premier jour, que le début de l'épidémie de suette qui régnait dans l'arrondissement de Montmorillon s'était fait dans un canton voisin, le canton de Lussac; et c'était au milieu d'une rougeole surtout infantile qui régnait alors dans toutes les communes de ce canton, que le premier cas de suette avait paru vers le milieu de mars; rougeole infantile, et suette chez les adultes et quelques enfants avaient évolué ensuite dans quelques-unes des communes de ce canton; puis la double épidémie avait gagné le canton de Montmorillon, voisin de celui de Lussac: elle y régnait partout en ce moment.

A chaque pas dans nos tournées, nous rencontrions des enfants qu'on nous présentait comme convalescents de rougeole et qui portaient aux mains des desquamations à grands lambeaux, parfois en véritables doigts de gant comme dans la scarlatine; la langue offrait aussi souvent cet aspect si connu de la langue des scarlatineux à la période de desquamation.

A chaque pas aussi, nous rencontrions des enfants atteints autrefois de rougeole et qui auraient, dans cette épidémie, subi une deuxième atteinte. Le nombre de ces cas, ordinairement rare, était singulièrement élevé.

Était-ce un mélange de deux affections, une de ces formes hybrides, moitié rougeole et moitié suette, dont ont parlé quelques auteurs en décrivant des épidémies de suette?

L'hésitation, les doutes étaient encore plus marqués chez nos confrères exerçant dans des localités où cette bizarre affection se montrait seule.

Une étude approfondie, répétée chaque jour, nous a convaincus que cette forme pathologique singulière est bien la suette miliaire, suette miliaire certainement un peu modifiée ou du moins ne répondant pas au type étroit et exclusif que nous ont décrit les auteurs, mais suette miliaire de par ses caractères cliniques et épidémiologiques.

Voici d'abord une description très succincte, ou pour mieux dire un parallèle de cette forme avec la forme normale.

Les prodromes sont voisins de ceux de la rougeole. La fièvre apparaît, et en même temps un malaise prononcé, le malade tousse et le timbre de cette toux est celui de la toux férine. Il y a surtout du coryza; plus souvent du larmoiement.

Voilà bien les prodromes de la rougeole; mais d'autres phénomènes viennent se mêler à ce tableau, phénomènes insolites dans une rougeole: sueurs plus ou moins abondantes, généralement modérées, mais parfois aussi vraiment profuses; étouffements sans aucun signe de lésion pulmonaire; vomissements, épistaxis fréquentes, répétées.

Puis l'éruption se fait, débutant par la face pour gagner ensuite les autres parties du corps. Mais cette éruption n'est pas ordinairement retardée jusqu'au quatrième jour comme dans la rougeole; elle se fait dans la grande majorité des cas dès le deuxième jour; parfois dès le premier et après quelques heures seulement de prodromes.

Ailleurs, elle n'apparaît que vers le troisième ou le quatrième jour.

L'éruption débute par la face, gagne ensuite, comme dans la rougeole, les autres parties du corps. Au premier abord, quand on examine le malade, au début de l'éruption, tout parle en faveur d'une rougeole; la face est rouge, les yeux gonflés; le tronc, les avant-bras sont semés de taches rouges plus ou moins confluentes, laissant entre elles des espaces de peau saine. Le voile du palais est généralement couvert d'un piqueté rouge; et la toux persiste avec ses caractères rubéoliques.

L'auscultation fait entendre des râles de bronchite; mais vient-on à examiner de plus près cette éruption, vient-on à s'enquérir des phénomènes concomitants, le tableau perd de sa netteté; et la rougeole, si régulière au premier abord, devient tout au moins une rougeole anomale.

La face est, dans son ensemble, d'un rouge un peu sombre; les yeux sont brillants, généralement secs, le coryza fait défaut le plus souvent. Les joues forment deux placards rouges donnant aux doigts la sensation d'une surface grenue. Lorsqu'on les regarde obliquement, on voit que leur surface est couverte de petits points qui la rendent inégale et expliquent la sensation perçue par le toucher; sur le menton, les plaques rubéoliques sont aussi couvertes de ces points acuminés. Le doigt, l'examen attentif à l'œil ou à la loupe, font reconnaître la même chose sur chacune des plaques du tronc.

Les mains, les poignets sont une des parties les plus intéressantes à examiner, une de celles où l'apparence grenue de l'exanthème est le plus net. Le dos des mains, plus rarement la paume, le poignet, présentent sur la surface rouge qui les couvre une multitude de petites papules, plates, brillantes, qui soulèvent cette surface, et la hérissent en quelque sorte.

La figure est aussi souvent ruisselante de sueur, en tout cas moite et perlée de gouttelettes de sueur; toute la surface cutanée est, ou seulement moite, ou en abondante transpiration.

Il y a de la constipation ou des selles rares; les épistaxis continuent. Le lendemain l'éruption a suivi sa marche, et a envahi les membres inférieurs avec la même apparence rubéolique. Mais bien des changements sont survenus sur les autres parties. La face, et en particulier les joues, le menton, les ailes du nez, sont couverts de vésicules miliaires très nettes, plus ou moins abondantes; sur le tronc, les membres supérieurs, il en est de même: les plaques rubéoliques supportent des vésicules miliaires; la main, le poignet en sont couverts.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 936.

Souvent, il s'est produit un phénomène majeur : l'éruption, qui se montrait sur des points espacés du tronc et des autres parties la veille, s'étend maintenant en nappe uniforme sur toutes ces parties ; de rubéolique elle est devenue scarlatiniforme.

Ce phénomène, qui suffirait à lui seul à écarter toute confusion, n'est malheureusement pas général : souvent l'éruption est et reste partout d'aspect rubéolique.

Après l'éruption survient la desquamation ; elle est quelquefois furfuracée simplement, comme dans la rougeole, mais dans l'immense majorité des cas il n'en est pas ainsi.

Outre que la desquamation commence souvent à la face, alors que l'éruption n'est pas encore terminée sur les parties inférieures, elle prend surtout l'aspect de desquamation en collerettes isolées, ou de desquamation à grands lambeaux, à grandes écailles épidermiques.

Les doigts présentent le plus souvent la desquamation scarlatiniforme, la desquamation en doigts de gant.

La langue est aussi remarquable à cet égard : elle est dépouillée dans son entier ; c'est la langue framboisée de la scarlatine.

La convalescence est ordinairement des plus bénignes, sauf chez les adultes. Chez les enfants elle peut passer absolument inaperçue, ne se marquant par aucun phénomène autre que la desquamation.

La forme infantile, rubéolique, est le plus souvent bénigne, mais elle tue quelquefois et avec une grande rapidité au milieu de phénomènes nerveux intenses : étouffements, constriction épigastrique, agitation, délire. Le plus souvent, le malade est emporté en deux ou trois jours à dater du début. Le cadavre se décompose rapidement, se couvre de lividités noirâtres, presque hémorrhagiques ; de là, sans doute, le nom de rougeole noire que le public a donné à cette forme mortelle.

La forme rubéolique comporte des poussées éruptives apparaissant pendant la convalescence, des plaques rubéoliques miliaires se montrent alors sur divers points du corps. Dans un cas, nous avons compté jusqu'à deux de ces poussées. Cette forme comporte aussi des rechutes.

On voit que cette forme comprend, avec quelques-uns des éléments primordiaux de la rougeole, des éléments étrangers à cette affection.

Suivant que ces derniers seront plus ou moins prononcés, l'affection se rapprochera plus ou moins de la rougeole, et c'est ainsi que, dans certains cas, les éléments étrangers restant tout à fait au second plan, elle en arrive à affecter avec la rougeole une ressemblance telle qu'on a pu les identifier toutes deux, ou du moins appliquer à la première la dénomination de rougeole anomale. Nous en faisons, nous, au contraire, une suette miliaire s'écartant un peu de la forme classique, mais ayant tous les caractères majeurs de la suette : nous fondons cette opinion, sur les caractères cliniques et épidémiologiques de cette forme.

A. *Caractères cliniques.* — Quelque ressemblance qu'il puisse y avoir entre la rougeole et la forme rubéolique de la suette, il y a des différences symptomatiques appréciables.

Tantôt, ces différences peuvent être saisies du premier coup ; tantôt il faut les chercher avec soin, interroger le malade minutieusement, suivre, d'un bout à l'autre, l'évolution de la maladie : quoi qu'il en soit, elles existent et on parvient toujours à les déceler.

Ce sont, dans la première période, les sueurs, les étouffements, les vomissements et la durée elle-même des prodromes.

Dans la deuxième période, l'éruption rubéolique n'est jamais franche : elle est toujours accompagnée de miliaire ; ailleurs, elle va jusqu'à perdre son caractère rubéolique ; elle se modifie en évoluant, et de rubéolique devient scarlatiniforme.

La desquamation est certainement un des meilleurs moyens de séparer les deux affections : ce n'est pas, dans l'immense majorité des cas, à une desquamation de rougeole que l'on a affaire ici, mais à un mélange de desquamation rubéolique et scarlatiniforme, avec large prédominance de cette dernière.

On meurt assurément de la rougeole ; mais on ne meurt pas d'ordinaire ni avec cette rapidité, ni avec ces phénomènes nerveux intenses que nous avons indiqués plus haut.

Tous les caractères qui séparent cette forme de la rougeole la rapprochent de la suette : les sueurs, les étouffements, l'éruption de miliaire, l'exanthème variable et polymorphe, la forme de la desquamation, la rapidité de l'évolution dans les cas mortels et plusieurs autres phénomènes qu'il serait facile de retrouver en se reportant à nos descriptions, sont des phénomènes propres à la suette miliaire caractérisée.

Mais ce n'est pas tout encore : la toux dans les prodromes, la forme rubéolique persistante de l'éruption, le piqueté du voile du palais, la bronchite dans la deuxième période ne sont nullement des phénomènes étrangers à la suette normale et ne sauraient, par cela seul, être exclusifs de cette affection ; il n'est pas jusqu'au larmoiement et au coryza qu'on ne puisse observer, qu'on n'observe réellement dans la suette normale.

Quant aux poussées d'éruption successives pendant la convalescence, quant aux rechutes, ce sont là assurément des phénomènes absolument étrangers à la rougeole.

B. *Caractères épidémiologiques.* — C'est par ces caractères surtout que la forme rubéolique de la suette apparaît nettement distincte de la rougeole et peut être reconnue pour ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire la suette.

Ces caractères, les voici brièvement énumérés :

1° La forme rubéolique de la suette apparaît dans des pays qui ont eu récemment une épidémie de rougeole et elle y touche un nombre considérable d'enfants.

Dans toutes les localités où elle apparaît, elle frappe notoirement un grand nombre d'enfants qui ont eu une et même deux atteintes de rougeole.

2° Elle récidive dans la même épidémie sur les mêmes enfants.

3° Dans une même habitation, on voit souvent les parents alités, malades de suette classique : leurs enfants ont été atteints avant eux ou le seront ensuite, sous la forme rubéolique.

4° L'incubation de cette forme est, dans certains cas bien notés, de vingt-quatre heures.

Un des caractères tout particulier de cette forme, c'est qu'elle peut récidiver dans la même épidémie sur la même personne. Plusieurs fois nous avons été frappés de ce fait qu'on nous présentait dans nos tournées des individus, surtout des enfants, ayant eu la rougeole deux fois dans cette épidémie à plusieurs semaines de distance. Un tel caractère est absolument exclusif de la rougeole. On sait d'autre part qu'il est parfaitement compatible avec la suette.

Une des catégories d'individus qui nous ont paru le plus souvent atteints de suette, a été certainement celle des instituteurs ; c'était aussi l'une des plus exposées, si l'on songe à leur contact perpétuel avec les enfants dont le chiffre de morbidité a été si considérable. Nous ferons remarquer que là encore cette soi-disant rougeole s'est transmise sous forme de suette normale.

Pour nous résumer et en terminer avec cette question, nous dirons qu'il existe, chez les enfants surtout et chez les adultes parfois, une forme spéciale se rapprochant de la rougeole, au point de vue symptomatique ; cette forme peut être à ce point voisine de la rougeole que, dans certains cas, la confusion est admise. Mais elle n'est pas la rougeole : elle en diffère plus ou moins par quelques caractères cliniques importants, et elle en diffère absolument par ses caractères épidémiologiques.

L'étude approfondie de la suette à forme rubéolique permet de jeter quelque lumière sur des faits anciens restés obscurs.

De tout temps, on a signalé une relation entre les épidémies de suette et de rougeole, et de tout temps les auteurs ont parlé de rougeole hybride, modifiée par la suette portant le cachet de la « constitution régnante ».

Dans toutes les rougeoles, compagnes de la suette, depuis celles décrites par Parrot en 1841 jusqu'à celles du docteur Bordes, ne trouve-t-on pas la suette infantile, la suette à forme rubéolique que nous avons décrite, et la question des rapports de la rougeole avec la suette, de l'existence épidémique parallèle de ces deux affections, de leur soi-disant réaction l'une contre l'autre, ne se

trouve-t-elle pas simplifiée par la connaissance de cette forme qui paraît avoir existé de tout temps, quoique peut-être, dans aucune épidémie, elle n'ait joué un rôle pareil à celui qu'elle a eu en 1887 dans la Vienne et les départements voisins.

Origine de l'épidémie de 1887; l'endémicité de la suette dans les départements atteints. — Un point de haute importance dans l'étiologie si obscure de l'épidémie de 1887, était de savoir si la suette est endémique dans la contrée.

Des quelques documents que nous avons pu réunir sur l'endémicité de la suette, on voit qu'à certains moments il y a ici ou là une sorte de réveil épidémique.

L'épidémie de 1887 a-t-elle eu pour origine le réveil, sur plusieurs points à la fois et presque à la même époque, de ces foyers endémiques toujours mal éteints; ou bien n'a-t-elle eu qu'une seule et même origine, un seul foyer qui, se réveillant tout à coup, aurait propagé la maladie dans toute la zone atteinte? Nous laissons la question sans pouvoir la résoudre.

Avant de terminer et pour toucher un point étiologique qui a beaucoup préoccupé les auteurs, nous dirons que nous ne voyons aucun lien entre la suette et l'impaludisme : certaines des contrées atteintes par la suette de 1887 sont manifestement paludiques; d'autres frappées à un égal degré sont exemptes absolument de toutes fièvres intermittentes.

Intensité et gravité de la suette en 1887; contagion; incubation; récidives. — L'épidémie de suette miliaire de 1887 a atteint un nombre considérable d'individus ; elle en a tué fort peu. Grande intensité, peu de gravité : voilà ses deux caractéristiques. Un fait majeur encore dans cette épidémie, c'est le nombre véritablement colossal des enfants qui ont été atteints comparé au nombre d'adultes frappés.

L'intensité a partout été grande; variant de 2 à 20 0/0 elle a été en moyenne de 9 0/0 de la population.

La gravité de la suette miliaire de 1887 a été dans son ensemble assez faible, mais a considérablement varié suivant les régions et les localités. C'est là où l'épidémie a été générale, a frappé adultes et enfants, qu'elle a eu le plus de gravité; c'est là où elle a été surtout infantile qu'elle en a eu le moins.

La conclusion qui en découle est d'ailleurs absolument vraie, d'une façon générale, en 1887 : la suette est grave, à un degré variable d'ailleurs (33 à 5 0/0 et moins) chez les adultes; elle est beaucoup plus bénigne chez les enfants : le plus haut chiffre de gravité que nous y ayons relevé est 6,60 p. 100.

Contagion. — La suette miliaire est éminemment contagieuse. L'épidémie de 1887 a fourni, à l'appui de ce point, de nombreux arguments que nous allons exposer.

Un premier argument est le nombre vraiment colossal de cas qui se sont déclarés dans la plupart des communes où la maladie a passé, et la rapidité singulière avec laquelle la maladie se propage dans l'agglomération.

Il est arrivé pendant cette épidémie que, dans quelques cas, rares d'ailleurs, on a pu saisir, dans un pays jusque-là indemne, une importation de suette; autour de l'importateur un foyer s'est manifestement créé : autant de conditions qui n'appartiennent qu'aux seules maladies contagieuses et qui les caractérisent.

En faisant le récit de l'épidémie dans chacune des communes atteintes, nous avons mentionné que, dans plus d'une, l'origine de la maladie avait aussi été une importation venant d'un pays déjà contaminé.

Dans toutes les maladies contagieuses, c'est dans les petites agglomérations et dans les familles nombreuses, c'est-à-dire là où se trouvent réunies les conditions les plus propices aux divers modes de contagion directe et indirecte que les cas les plus nombreux se déclarent.

Cette règle s'est confirmée de la façon la plus nette dans l'épidémie de suette de 1887.

Incubation. — Les faits précis d'incubation sont difficiles à rassembler.

Les trois seuls faits exposés paraissent assez bien concorder pour montrer que l'incubation peut être très courte, durer moins de vingt-quatre heures.

La plupart des auteurs qui ont traité de la suette, en ont trouvé de semblables.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

Par M. le docteur Patin (de Boulogne-sur-Mer).

J'ai appliqué, depuis deux ans, au traitement de l'ongle incarné et dans la majorité des cas qui se sont présentés à moi ou que j'ai recherchés, un moyen qui, pour n'être pas un perfectionnement nouveau de l'un des nombreux procédés chirurgicaux dirigés contre cette douloureuse affection, ne me paraît pas moins susceptible de rendre au praticien de réels services.

Après un bain de pieds un peu prolongé, séchage et nettoyage aussi léger mais aussi complet que possible de l'ongle malade, j'introduis à l'aide d'un pinceau, dans les interstices de l'ongle et des fongosités, la solution au neuvième de gutta-percha dans le chloroforme (10 de gutta pour 80 de chloroforme) connue à l'hôpital Saint-Louis, sous le nom de *traumaticine* et employée avec succès par M. Besnier au traitement du psoriasis. Je fais répéter ces applications plusieurs fois les premiers jours, moins fréquemment ensuite.

Un grand bien-être, amené par l'action anesthésique du chloroforme, suit ces applications. Si l'on recommande au malade de restreindre le traitement à ces seules imbibitions en évitant d'excorier les chairs ou de déchirer l'ongle par des nettoyages ou des grattages inopportuns, s'il a la patience d'attendre que l'ongle ait suffisamment repoussé pour le couper désormais transversalement en se bornant à émousser légèrement les coins, enfin si pendant quelque temps il évite autant que possible de marcher et n'use que de chaussures suffisamment larges, la guérison ne tardera pas à s'établir complète et durable.

Il est facile de comprendre l'effet de ce traitement, la traumaticine, participant de la fluidité du chloroforme, pénètre dans les moindres replis des chairs et après l'évaporation du dissolvant la gutta-percha qui constitue le résidu forme un enduit qui sépare l'ongle des fongosités qu'il laboure et dont les applications nouvelles augmentent l'épaisseur et la moelleuse élasticité; elle protège également les fongosités contre les frottements extérieurs.

Il est quelquefois nécessaire, pour compléter cette protection, de recouvrir l'orteil malade d'un chapeau de diachylon que l'on remet en place après chaque application liquide.

J'ai eu l'occasion de traiter de cette manière plusieurs ongles incarnés, en particulier chez des femmes enceintes, à l'égard desquelles toute idée d'intervention chirurgicale devait être *a priori* écartée, et je puis affirmer que, dans tous les cas où les malades se sont conformés aux indications précédentes, la guérison ne s'est jamais fait longtemps attendre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de la marine et des colonies demandant du vaccin pour la Martinique;

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant une nouvelle communication de Mme veuve Hally (de Castellane), relative à un remède contre la brûlure (comm. des remèdes secrets);

3° Une deuxième lettre du même ministre relative à un mode de traitement du choléra.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maze (du Havre), adressant un pli cacheté ayant trait à l'habitat du malade au point de vue antiseptique;

2° Une note de M. le docteur Alison (de Baccarat), sur un nouveau cas de rage après vaccination antirabique.

LECTURES

Électrothérapie. — M. DANION présente à l'Académie une étude expérimentale qui a pour but de démontrer que la polarisation des tissus animaux et que les courants secondaires qui en seraient la conséquence, n'existent pas. Les résultats que M. Danion a obtenus lui paraissent applicables à toutes les intensités, quelles qu'elles soient. Cependant, il croit devoir spécifier que les recherches, faites en vue de l'électrothérapie, n'ont porté que sur les intensités employées avec cette méthode thérapeutique, c'est-à-dire des intensités qu'il lui paraît absolument inutile, tout au moins provisoirement, de porter au delà de 50 à 60 milliampères, sauf à atteindre dans des cas exceptionnels 95 à 100 millièmes.

M. Danion énonce les conclusions suivantes, qui s'appliquent au mode voltaïque employé sous la forme électrothérapique, et qui ne sont mitigées d'aucune restriction.

1° Les tissus animaux sont absolument impolarisables, en d'autres termes, ces tissus sont réfractaires de la manière la plus absolue aux phénomènes d'accumulation de l'électricité et incapables d'engendrer un électro-moteur secondaire.

2° Toutes les expériences physiologiques dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur, à un degré quelconque, doivent être considérées comme nulles et non avenues.

3° Tout ce qui a été écrit sur les courants secondaires doit être rayé de l'électrothérapie.

J'ajoute enfin, en quelque sorte comme post-scriptum, que la ténacité des électrodes à conserver leur polarisation et l'extrême facilité avec laquelle elles donnent lieu à des courants en touchant des éléments acides ou basiques, doivent faire tenir pour suspect un grand nombre d'expériences d'électro-physiologie.

Traitement de la phthisie par les inhalations d'acide fluorhydrique. — M. GARCIN lit un mémoire sur le traitement de la phthisie, par les inhalations de l'acide fluorhydrique. Des observations relatées dans ce travail, il paraîtrait ressortir que ce traitement aurait eu des résultats heureux.

Le procédé employé par M. Garcin consiste à faire séjourner, pendant une heure tous les jours, le malade dans une cabine de 6 mètres cubes d'air saturé d'acide fluorhydrique. Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux deviennent de plus en plus rares et finissent par disparaître; les crachats deviennent moelleux et de plus en plus rares; l'appétit s'améliore; les sueurs nocturnes cessent.

L'analyse des crachats fait constater que les bacilles se raréfient de jour en jour et finissent par disparaître.

Depuis plus d'un an M. Garcin a expérimenté cet agent thérapeutique, sur 100 tuberculeux à différents degrés. Les résultats ont été : état stationnaire 14, améliorations 41, guérisons 35, morts 10 (renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Proust et Hérard).

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LE PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE

M. HERVIEUX lit une note sur le phlegmon du ligament large; en réponse à l'appel fait par M. Alph. Guérin, concernant cette question.

M. Guérin a contesté l'existence de ce phlegmon en se fondant sur les données de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique et de la clinique. M. Hervieux ne prétend aborder que le côté clinique et anatomo-pathologique de la question.

A la proposition énoncée par M. Guérin, qu'il existe une fourmilière d'observations rapportées à tort au phlegmon du ligament large, M. Hervieux se propose d'opposer qu'il est un point qui condamne par avance et frappe de nullité la thèse de son collègue, c'est qu'il n'a pas vu, cadavériquement, un seul cas de phlegmon du ligament large. Il est même probable qu'il n'en a pas observé au point de vue clinique; ou si des cas de ce genre se sont présentés à lui, il les a méconnus.

M. Alph. Guérin répudie les observations de phlegmon du ligament large qui existent dans la science, sous prétexte que ce sont des faits complexes...

A cette objection, voici la réponse de M. Hervieux :

Les autopsies, faites par les différents auteurs et par lui-même, prouvent que le pus n'est pas exclusivement placé sur les replis séreux formant le feuillet superficiel du ligament large, mais qu'il peut se rencontrer dans l'épaisseur même de la trame aponévrotique de ce ligament. En second lieu, lors même qu'il existerait d'autres foyers purulents dans le bassin, cela n'infirmerait nullement la réalité du phlegmon constaté dans les feuillets de ce ligament.

Des nombreuses citations faites par M. Hervieux, il résulterait que, par une étrange aberration, tous les auteurs qui ont traité ce sujet (MM. Bourdon, Paris, Béhier, Wast, Marchal (de Calvi), Émile Thierry, Guéneau de Mussy, Siredey, etc.) se seraient trompés, suivant M. Alph. Guérin, et auraient vu, dans l'épaisseur du ligament large, ce qui était en dehors de lui, c'est-à-dire, dans l'espace compris entre la partie latérale du col utérin et le voisinage du trou sous-pubien; qu'il a dû lui-même partager l'erreur de ses devanciers, lorsque, dans son livre, il a décrit, en s'appuyant sur onze observations avec autopsie, la forme qu'il a appelée hypertrophique et la forme purulente du phlegmon du ligament large.

Pour montrer que, s'il s'est trompé après tant d'autres, son erreur n'est pas tout à fait aussi profonde que tendraient à le faire supposer les considérations présentées par M. Alph. Guérin, il fait connaître les caractères anatomiques des deux variétés qu'il vient d'indiquer : la variété hypertrophique et la variété purulente.

M. A. Guérin a considéré l'inflammation des lymphatiques, dont le réseau couvre la surface du col utérin, comme étant la cause de son phlegmon adéno-juxta-pubien. Les autopsies que j'ai pratiquées, répond à cela M. Hervieux, m'ont conduit à attribuer l'inflammation phlegmoneuse du ligament large à une cause prochaine différente, à la phlébite et aux abcès intra-veineux, origine déjà signalée par Trousseau et par Béhier.

Les faits que j'ai rapportés, ajoute M. Hervieux en terminant, mettent en évidence la relation qui existe entre l'intensité du phlegmon du ligament large et l'intensité de l'inflammation veineuse. Avec une hypertrophie considérable du tissu connectif régnait toujours un développement hypertrophique non moins grand des veines qui traversent ce tissu. C'est ainsi que dans quelques-unes de mes observations on voit la veine utéro-ovarienne acquérir le volume du petit doigt, en même temps que le tissu connectif au milieu duquel elle était plongée atteignait une épaisseur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi. Pareillement j'ai vu la suppuration de cette veine ou des veines du plexus pampiniforme coïncider avec l'infiltration purulente du tissu cellulaire circonvoisin. Partout, en un mot, il y avait parallélisme à peu près exact entre les deux ordres de lésions.

Je ne sais pas si c'est par la lymphangite qu'il faut expliquer le phlegmon juxta-pubien, mais les considérations qui précèdent m'autorisent à penser que l'inflammation des veines est une cause très fréquente du phlegmon du ligament large.

Si je suis entré sur ce sujet dans d'aussi longs détails, c'est pour confirmer au phlegmon du ligament large la place qu'on lui dispute dans le cadre nosologique et dont il ne méritait pas d'être dépossédé.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 septembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Herrgott, professeur titulaire de la chaire de clinique et d'accouchements, à la Faculté de Nancy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bouchon, Josias, Fagart, Déjerine, Remy, Juhel-Renoy et Hoël.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bompard, Duprey, Dunand, Harmand, Hanriot et Butte.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Godfrin.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Lebec.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Féré.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Deshayes.

— Par décret, en date du 15 septembre, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Martin, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Veilleau, Fernagut, Christine, de Bonnière de la Luzellerie, Billoux, Roque, Tourneur, Bourgin et Préneux.

— Par décisions ministérielles, en date des 14 et 16 septembre 1887, ont été désignés :

M. le médecin principal de première classe Perrin, médecin chef de la place de Verdun, pour occuper l'emploi de directeur du service de santé de la division de Constantine.

MM. les médecins-majors de première classe Grandjean, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon ; Didier, pour le 100e d'infanterie ; Bienvenüe, pour le 36e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Muller, pour le 94e d'infanterie ; Perrin, pour le 16e d'infanterie ; Ravan, pour le 46e d'infanterie ; Collin, maintenu au 10e d'infanterie ; Mercier, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied ; Rullier, pour le 11e chasseurs ; Rouire, pour le 19e escadron du train des équipages ; Cazes, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied ; Poigné, pour le 4e chasseurs ; Choné, pour le 2e cuirassiers ; Gremion-Menuau, pour le 1er cuirassiers ; Landriau, pour le 15e bataillon d'artillerie de forteresse ; Kleinpetter, maintenu au 58e d'infanterie ; Bosquette, pour le 27e dragons.

MM. les médecins aides-majors de première classe Clavelin, pour le 1er dragons ; Lassègue, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Pettier, pour être attaché à la direction du service de santé du 10e corps d'armée.

M. le pharmacien principal de première classe Marty, professeur à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour occuper l'emploi de son grade à la Pharmacie centrale, à Paris.

— Par arrêtés ministériels, en date du 19 septembre 1887 :

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21672

24. L'inflammation gagne le sommet du poumon gauche; la respiration est soufflante, anxieuse.

Le délire devient de plus en plus violent; il y a en même temps délire de paroles et délire d'action; incohérence des idées et des mots; mouvements désordonnés des membres; contractions violentes des muscles; elle refuse de prendre le bouillon et la potion; soubresauts des tendons. Elle veut quitter son lit; elle pleure, elle rit, elle mâchonne son drap de lit.

Le pouls devient filiforme, mais reste toujours fréquent, 120 pulsations; température : 39°6 le matin, 40°2 le soir.

Prescriptions : potion alcoolique alternée avec une potion antispasmodique au chloral et au bromure de potassium. Eau vineuse; bouillon.

On a beaucoup de peine à observer ces prescriptions.

Le 25, état stationnaire; le délire continue; malgré l'entourage, la malade s'est levée de son lit et on ne l'a recouchée que très difficilement. Pouls toujours filiforme et fréquent; température : 39°5 le matin, 40°3 le soir. Pronostic très fâcheux.

Le 26, même état; en désespoir de cause, je fis une injection de 2 centigrammes de morphine; la malade eut un moment de calme; le délire revint, mais moins violent. Dans la soirée, nouvelle injection de 2 centigrammes de morphine; la malade dormit pendant deux heures.

Le 27, deux nouvelles injections de morphine. Le délire devint de moins en moins violent et fit place à un état de stupeur, d'hébétude intellectuelle, qui dura plusieurs jours.

Les lésions pulmonaires disparurent insensiblement, et la malade se rétablit complètement, après une longue convalescence.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de pneumonie ataxique et jamais les moyens que l'on emploie habituellement, antispasmodiques divers, hydrothérapie, musc, etc. ne m'ont donné de bons résultats. La morphine semblerait indiquée de préférence, puisque les phénomènes ataxiques sont dus plus souvent à l'anémie qu'à la congestion cérébrale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 septembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Peaucellier.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hache et Babinski.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Vallon.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Étienne, Schull, Knœpfler et Haushalter.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Held.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Broussolle.

11e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.* — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Gramond.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Artigalas.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dallidet, Rivière, Loumeau et Denucé.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rivals, Lévy, Saliéges, Merz et Hugounenq.

— Un concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux, aura lieu le 6 décembre 1887.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 22 novembre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine Voreux (de Lille), décédé à l'âge de vingt-cinq ans.

— *Erratum* : Dans la Revue générale du 10 septembre 1887, page 902, 30e ligne du chapitre VIII, au lieu de « près du testicule » lire « pas trop près du testicule ».

De l'empoisonnement par les moules, par M. le docteur Em. Dutertre, in-8 de 64 pages. — Boulogne-sur-Mer, 1887. — Imprimerie veuve Charles Aigre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21684

32

ANALYSE DE SEPTEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de septembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1030 »
	gr.	
Beurre par litre	47.500	
Albumine	5.800	
Caséine	19.500	
Sucre de lait	56.900	
Sels	7.500	
Total des matières fixes	137.200	137.200
Eau		892.800

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.316
Acide sulfurique	0.121
Chaux	1.597
Magnésie	0.196
Potasse	1.572
Soude	0.911
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.787
Total	7.500

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

39

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

193

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

43

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

25

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

78

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreuses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : 5 francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR
CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.
2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

19

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

47

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

25

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que **Hémorrhoïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal** et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

23

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, 1, fg Montmartre, Paris.

79

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 116. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE. MARDI 27 SEPTEMBRE 1887. — N° 116

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Cicatrices de la membrane hymen; sa résistance aux premières approches. — Recherche d'une affection vénérienne communiquée. — Vulvite spontanée.

On professe volontiers que, une fois déchirée, la membrane hymen voit ses lambeaux se cicatriser séparément; la déchirure serait donc définitive. C'est là une erreur qui peut vous être préjudiciable.

En effet, un exemple nous a prouvé, à mon collègue Laugier et à moi, que cette règle souffre des exceptions. L'un de nous ayant été commis pour examiner une jeune fille de quatorze ans, constata, quatre jours après le viol, une déchirure de l'hymen de 2 à 3 millimètres d'étendue. Puis, le juge d'instruction, ignorant qu'un expert avait été déjà commis, en nomma un autre qui constata, onze jours après l'attentat, l'intégrité de l'hymen. Enfin, un troisième examen, suscité par la discordance de nos rapports, nous montra que la rupture notée dans le rapport du premier expert était cicatrisée, de telle façon que les deux lambeaux étaient soudés et que le bord libre de la membrane en croissant ne présentait aucune encoche. Mais, dans le lieu où le premier expert avait noté une déchirure, une ligne cicatricielle blanche tranchait par sa couleur sur la teinte rosée des autres parties de l'hymen. Cette cicatrice avait échappé au deuxième expert, parce que, dans les premiers temps, la cicatrice était rouge et non blanche et que sa couleur ne la rendait pas apparente.

Nous n'avons jamais pu convaincre de ce fait le juge d'instruction : il est resté persuadé que l'esprit de corps seulement nous avait inspiré cette théorie de la cicatrisation, selon lui, absolument élégante, mais subtile.

Le même signe sert encore à distinguer une encoche naturelle d'une encoche traumatique. Si la déchirure est récente, il est facile de la reconnaître, parce qu'elle porte encore des traces de sang. Mais, pour peu que l'examen ait lieu trois ou quatre jours après l'attentat, et que la fille ne soit pas malade, on ne trouve plus aucun vestige de plaie; seulement, la cicatrice devient blanchâtre.

Lorsqu'on parle des déchirures de l'hymen, on a l'habitude de dire que les lambeaux déchirés prennent le nom de caroncules myrtiformes. Ce nom ne doit leur être appliqué qu'après un accouchement, car ils offrent alors une forme particulière : ils sont divisés en parties plus ou moins arrondies, séparées entre elles et laissant à nu l'orifice du vagin. Ces parties affectent la forme de mamelons ou d'excroissances polypiformes. Il est facile, par la recherche des caroncules, de savoir si une femme a accouché, même lorsqu'il n'y a plus aucune trace de vergetures.

Certains maris, étonnés de la facilité avec laquelle ils ont pénétré, la première nuit de leurs noces, mettent en suspicion la virginité de leurs femmes, et ne voyant pas là un bon garant de l'avenir, vont consulter un médecin pour savoir à quoi s'en tenir. Eh bien ! il est certain que, la membrane hymen étant appuyée sur le muscle *constrictor cunni* qui entre très facilement en contracture chez certaines femmes nerveuses, particulièrement aux premières approches, il en résulte souvent une grande difficulté d'intromission, et même lorsqu'elle a été faite, une réelle difficulté de sortie : les Allemands ont fait de là le *penis captivus*. Mais il ne faut pas exagérer la fréquence de ces cas : quelquefois la membrane hymen est très lâche et n'oppose aucune résistance. C'est une tradition déjà indiquée par la Bible et consignée dans la suite par les auteurs de tous les pays, de montrer comme un titre de gloire, le lendemain de la noce, la chemise de la mariée tachée de sang. Vous avez lu, dans les *Grandes Dames* de Brantôme, que les matrones préparaient cette chemise à l'avance comme un trophée. En effet, ces hémorrhagies sont parfois assez abondantes et je peux vous citer notamment le cas d'une jeune femme hémophile qui en est morte.

Budin rapporte le fait de deux jeunes mariés qui, partis pour un voyage de noces après la première nuit, dès le matin, ont dû s'arrêter en route, à cause de l'abondance de l'hémorrhagie. Pour ma part, il m'est arrivé deux fois dans ma vie d'appliquer des serre-fines dans ces circonstances. Cependant le phénomène n'a qu'une importance tout à fait secondaire et vous pourrez rassurer les maris qui auraient voulu pénétrer moins facilement.

Une déchirure de l'hymen ne peut-elle être due qu'à la pénétration d'un pénis ? Évidemment non : quelquefois certaines déchirures sont le résultat de coups d'ongle. Dans le doute, dites dans votre rapport : « Cette déchirure peut avoir été produite, soit par une verge en érection, soit par tout autre corps analogue. »

Des habitudes d'onanisme peuvent-elles entraîner la dilatation de l'hymen? Je ne le crois pas, et, dans ce cas, je soupçonnerais plutôt des habitudes avec des compagnes.

Enfin, on peut trouver des lésions encore plus graves à la suite d'un attentat. Ainsi, des déchirures de l'hymen ont entraîné la rupture du périnée. En Algérie, on a rapporté des cas de perforation du cul-de-sac postérieur à la suite de coïts accomplis sur des petites filles de dix et douze ans : il ne me paraît pas probable que de telles lésions aient été produites par un pénis. Dans un cas jugé récemment à Vaucluse, une enfant a été trouvée mutilée dans un berceau situé au fond d'un jardin; elle présentait une déchirure du périnée s'étendant jusqu'à la marge de l'anus, ainsi qu'une déchirure du cul-de-sac supérieur et ses organes génitaux recélaient des grains de sable et de la balle d'avoine. Aussi, le médecin a-t-il conclu que ces blessures devaient être attribuées à une main féroce et brutale. Un exemple analogue de fureur inexprimable est rapporté par Tardieu : un individu rencontrant une vieille femme sur une route, le soir, s'était jeté sur elle et, d'une main remarquablement vigoureuse, lui avait arraché la muqueuse vaginale, une partie des intestins et une des trompes utérines. Rappelez-vous donc que, lorsque vous trouverez des désordres dépassant la mesure du viol, vous devrez toujours poser la question de la main.

A quel âge une fille peut-elle être violée? Il y a un premier point absolu : à trois ou quatre ans, la pénétration est impossible; à sept ou huit ans, on arrive à faire pénétrer le petit doigt; à dix ou douze ans, le second doigt. Ce sont là des faits dont il faut tenir compte, lorsqu'il s'agit de savoir s'il y a eu viol ou attentat à la pudeur. Pour Menesclou qui était accusé de viol et de strangulation, il me paraissait à peu près impossible que l'intromission ait été faite chez la victime qui avait cinq ans. Ce point n'a été relevé ni par l'accusation ni par la défense.

Nous arrivons à un autre chapitre de l'expertise, à la recherche d'une affection vénérienne communiquée. Il est évident que lorsqu'on découvre sur la victime une lésion syphilitique dont la période d'incubation concorde avec la date supposée de l'attentat, il y a là un rapprochement grave à la charge de l'inculpé. Si, d'autre part, on ne trouve rien sur le corps de l'inculpé, c'est pour lui une présomption d'innocence, mais à laquelle on ne peut accorder une valeur absolue.

Dans tous les cas, dès que vous êtes appelés, ne perdez pas de temps et faites vos constatations le plus tôt possible. Mais surtout *ne vous contentez jamais d'un examen unique*. Car si, pour la blennorrhagie, la période d'incubation est à peu près constante (quatre à cinq jours), pour le chancre, elle varie de dix jours à six semaines. De là, la nécessité d'attendre et de surveiller l'individu de près, avant d'asseoir son diagnostic. Vous n'aurez d'ailleurs qu'à expliquer au juge d'instruction quelles raisons vous empêchent de remettre immédiatement votre rapport, pour qu'il en comprenne la valeur. Le plus souvent, ceci n'est pas observé par les médecins, dans la crainte de passer pour ignorants ou du moins pour inexpérimentés. Ils affirment trop tôt pensant que leur hésitation ferait suspecter leur savoir.

M. Fournier a posé cette règle absolue, de ne jamais dire, en médecine légale, qu'une ulcération est un chancre, avant d'avoir suivi son évolution pendant un certain temps et d'avoir reconnu un nouveau symptôme, roséole ou autre. Il lui est arrivé à lui-même, à Lourcine, de diagnostiquer un chancre induré, au premier examen, sur une petite fille entrant dans son service; or, il n'est jamais survenu ensuite ni plaques muqueuses, ni roséole : c'était une simple pustule maligne. Où M. Fournier se trompe en cette matière, d'autres peuvent errer.

Mais nous allons étudier d'abord les inflammations non ulcéreuses de la vulve. Je vous rappelle que la vulvite est extrêmement fréquente chez les petites filles, et sur ce point j'ai le regret d'être en désaccord avec M. Tardieu, qui se plaignait que les médecins d'enfants avaient une tendance à voir partout des vulvites *spontanées*. C'est qu'en effet elles sont très fréquentes chez les petites filles lymphatiques, surtout pendant la dentition et au moment où s'établit la fonction menstruelle. Une fièvre éruptive, la coqueluche, etc., peuvent être aussi le point de départ de ces écoulements.

La forme épidémique et contagieuse des conjonctivites dans les écoles ou les prisons est exactement l'histoire de ce qui se passe pour les vulvites. Il y a quelques années, j'ai eu au moins 12 ou 15 expertises à faire sur des enfants sortant de l'hospice des Enfants-Assistés avec une vulvite intense. Les mères découvrant cet écoulement avaient porté leurs filles à des médecins de la ville qui avaient déclaré que ces vulvites étaient d'origine traumatique pour les unes, blennorrhagique pour les autres. De là, des accusations portées contre le personnel de la maison. Or, l'enquête démontra que, pendant les mois qui correspondaient au séjour de ces enfants à l'hospice des Enfants-Assistés, il régnait dans cet établissement une épidémie de vulvite catarrhale, due probablement à la communauté des linges, et dont M. Parrot ne s'était rendu maître qu'en faisant passer ces linges au sublimé corrosif. Vous voyez donc dans quelles conditions, au point de vue étiologique, naissent ces vulvites.

Dans la vulvite chronique, l'écoulement est muqueux, muco-purulent, la rougeur de la muqueuse vulvaire n'est pas excessive, la douleur est peu marquée. Il faut alors examiner avec soin si les oxyures ne sont pas les seuls malfaiteurs : ces nématoïdes sont assez fréquents chez les petites filles et les démangeaisons qu'ils provoquent peuvent même devenir pour elles le point de départ d'habitudes d'onanisme. Recherchez-les avec attention et plutôt le soir : c'est surtout alors que ces animaux aiment à se promener.

Ces vulvites, d'origine lymphatique, revêtent parfois une forme aiguë, soit pendant le cours d'une vulvite chronique, soit d'emblée, en dehors de toute inflammation antérieure. Il y a là un fait intéressant à comparer au coryza : les inflammations scrofuleuses de la membrane pituitaire prennent assez souvent une intensité suraiguë sans influence occasionnelle appréciable. Dans la vulvite aiguë, les organes génitaux externes sont souillés par du muco-pus ou par du pus blanc ou jaune-verdâtre qui forme des croûtes agglutinant les grandes lèvres; la rougeur des diverses parties est intense, quelquefois livide, elle peut envahir la partie supérieure de la région interne des cuisses et la marge de l'anus; la miction est pénible; enfin il existe une douleur très vive exaspérée par tous les exercices.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

De l'onyxis et son traitement.

Plusieurs cas d'ongle incarné dans nos salles nous engagent à vous parler aujourd'hui de cette affection.

Vous savez que cette affection est caractérisée par la pénétration de l'ongle dans les chairs du gros orteil et que la lésion qui en résulte (ulcération, gonflement des tissus, fongosités, suintement sanguinolent, etc.), existe presque constamment de préférence sur le bord externe de l'orteil, quelquefois sur le bord externe et sur le bord interne tout à la fois. J'ajoute que la douleur de l'ongle incarné est assez vive, dès le début, que la pression des chaussures est fort douloureuse, parfois même au point de rendre la marche impossible. Dans certains cas aussi, la lésion s'accompagne à un moment donné de traînées de lymphangite, pouvant s'étendre jusqu'au pli de l'aine et déterminer une véritable adénite. Enfin, il existe, en général, une déformation de l'ongle aplati en spatule.

Nous devons à Gosselin une excellente pathogénie de cette affection, dont il a déterminé les causes. Il a dit que l'onyxis était une maladie de l'adolescence, et sur les cinquante-quatre cas observés par lui et rapportés dans sa statistique, cinquante appartenaient à des sujets de quatorze à vingt-cinq ans et quatre de vingt-six à trente ans. Quant à moi, dans une carrière encore fort courte, j'ai vu onze cas, dont huit sur des adolescents et trois sur des enfants de dix ans, de onze ans et demi et de douze ans. M. Castex, mon chef de clinique, m'a rapporté le fait d'un enfant qu'il a vu récemment, enfant âgé d'un an, porteur d'un ongle incarné, bien qu'il n'ait pas encore marché. C'est là un cas fort bizarre dans lequel je soupçonne fort quelque état diathésique.

Par contre j'ai soigné une blanchisseuse qui a eu successivement deux ongles incarnés; l'un dont le début a remonté à l'âge de trente-cinq ans et l'autre à trente-neuf ans.

Mais, en somme, la moyenne est de quatorze à vingt ans.

Le sexe joue un rôle important dans l'onyxis. En effet, Gosselin l'a observé chez l'homme quarante-quatre fois sur cinquante-quatre et dix fois chez la femme. Quant à moi sur onze cas, j'ai cinq filles et six garçons; de plus sur quatre cas, dans mes salles, j'ai trois garçons et une fille.

Quant à la position sociale, Gosselin considère cette maladie, comme se rencontrant surtout dans la classe ouvrière, le fait ne me paraît pas tout à fait exact, car, bien que je sois jeune encore dans la carrière, j'ai eu déjà à soigner onze personnes en ville.

En tous cas, si l'ongle incarné est plus fréquent chez l'ouvrier, cela tient d'abord à l'absence de soins de propreté et à l'excès de fatigues. Cependant, j'ai vu, il y a quelque temps, un ongle incarné chez une fillette très proprette, très soigneuse de ses pieds. Aussi entre-t-il, dans cette fréquence plus grande chez l'ouvrier, un autre élément que voici. Le prolétaire marche beaucoup, et comme à l'âge où la maladie apparaît son pied est encore en voie de croissance, il résulte que n'ayant pas les moyens de renouveler aussi souvent qu'il le faudrait sa chaussure, celle-ci à un moment donné est trop étroite. Il est vrai que les chaussures trop étroites se rencontrent aussi dans les classes riches, mais ici dans un but de coquetterie, c'est-à-dire d'avoir le pied aussi fin que possible.

C'est donc, dans l'un et l'autre cas, la chaussure trop étroite, surtout, qu'il faut incriminer, aussi bien la chaussure du pauvre que le soulier Louis XV qui écrase les gros orteils.

Voici, en effet, quel est le mécanisme de cette incarnation de l'ongle. Dans toute chaussure, le gros orteil est pris d'une part, en dedans par l'empeigne de sa bottine ou de son soulier, d'autre part, en dehors par le bord interne de l'orteil voisin, au-dessous par la semelle, de sorte que les chairs se trouvent forcément refoulées de bas en haut et en dehors vers l'ongle. C'est même pourquoi l'ongle incarné se voit surtout à la partie externe du gros orteil. C'est ainsi que sur ses cinquante-quatre cas, Gosselin l'a observé quarante-sept fois sur le bord externe de cet orteil; quatre fois seulement sur les deux bords et trois fois sur le bord interne.

Mais ce n'est pas tout, en plus des causes mécaniques, il y a aussi l'état diathésique des sujets. M. Verneuil a montré, notamment, que le diabète y prédisposait; j'ajoute que le lymphatisme en facilite aussi le développement. Nous en avons, en ce moment même, la preuve dans nos salles. En ville j'ai soigné, il y a peu de temps, avec M. le docteur Raymond, une fillette de douze ans et demi, toujours bien portante jusqu'au mois de juillet dernier, époque où elle a eu une fièvre typhoïde très grave, suivie de deux rechutes. Elle guérit parfaitement, mais au mois d'octobre dernier, alors qu'elle était définitivement en convalescence et qu'elle commençait à peine à marcher dans sa chambre, on vit se développer rapidement un ongle incarné, avec bourrelets fongueux considérables, qui nécessitèrent une opération.

Mais j'ai hâte d'arriver à la question du traitement. Les divers procédés auxquels on a eu recours pour opérer l'ongle incarné, sont des plus nombreux. Mais prenons d'abord le cas le plus simple, c'est-à-dire celui où l'ongle commence seulement à pénétrer dans les chairs. C'est le soir, après les fatigues de la journée, que les malades éprouvent surtout de vives douleurs; on constate une certaine rougeur, un œdème inflammatoire du bord externe du gros orteil, une légère exulcération. Des soins de propreté, des bains fréquents, une taille convenable de l'ongle que l'on coupera non pas en rond, mais en ligne droite, et l'insertion, au-dessous de l'ongle, de ouate ou de charpie pour le soulever et repousser en même temps le bord fongueux, peuvent, dans nombre de cas, suffire parfaitement pour obtenir la guérison.

Mais déjà il y a ulcération, fongosités, suintement d'une sérosité sanguinolente, que faut-il faire? Ici nous devons tenir compte de la situation sociale du malade, le traitement ne pouvant être tout à fait le même chez l'individu qui a tout le temps de se soigner, que chez celui qui est forcé de travailler au plus tôt pour vivre.

Dans le premier cas, l'arrachement de l'ongle par le procédé de Dupuytren, suffira en ayant soin de surveiller sa repousse; on verra alors le bord fongueux s'abaisser, des bourgeons charnus se former et la plaie se cicatriser. Si alors, on remarque une nouvelle tendance à l'onyxis, on fera comme pour l'incarnation, au début, avec la charpie et la ouate.

S'agit-il, au contraire, de gens pauvres, on arrachera l'ongle et l'on empêchera la matrice de repousser, par le procédé de Follin, c'est-à-dire arracher la moitié de l'ongle, couper profondément avec le bistouri le derme sous-unguéal, en dépassant non seulement le bord libre de l'ongle mais même le sillon rétro-unguéal; en dehors du bourrelet faire une deuxième incision, et rejoindre ces deux sections par une troisième, de façon à enlever ainsi le bourrelet fongueux, ainsi que le derme sous-unguéal.

Mais pour moi, sans avoir la prétention de vouloir imaginer un procédé, j'agis plus simplement : anesthésie locale, 1° par l'ischémie produite par l'application de la bande

d'Esmarch; 2° par un mélange de sel marin et de glace; introduction à plat, vers l'ongle, de la branche de ciseaux qu'on redresse pour couper l'ongle; arrachement de la moitié de cet ongle avec des pinces à mors plats; cautérisations avec le thermo-cautère des bourgeons charnus et du bourrelet fongueux, jusque dans la partie postérieure de la rainure rétro-unguéale.

La guérison est généralement complète en quinze jours.

Mais il est des cas où, comme je le disais en commençant, la lésion est bilatérale, et Gosselin l'a observé quatre fois sur cinquante-quatre cas; M. Quénu l'a rencontré six fois et moi sept ou huit fois. Faut-il avoir recours au procédé de Follin? Certainement il est bon, mais la guérison est trop lente et la perte de substance trop considérable, la cicatrisation demande au moins quarante jours. Aussi, lui préférai-je de beaucoup la méthode imaginée par M. Quénu, méthode excellente et très élégante qui a eu, de plus, pour résultat d'élucider un point intéressant d'anatomie normale.

Tandis que la plupart des anatomistes français, M. Sappey en tête, considéraient que l'ongle était sécrété par le tout, le lit unguéal et la gouttière rétro-unguéale, d'autres anatomistes et notamment M. Arloing (de Lyon) soutenaient que cette sécrétion se faisait seulement à la partie postérieure, en arrière de la lunule. L'opération de M. Quénu a tranché absolument la question en faveur de cette deuxième hypothèse, en montrant qu'il suffisait d'extirper seulement la région lunulaire et rétro-lunulaire pour empêcher l'ongle de se reproduire.

M. Quénu commence par faire l'anesthésie générale du malade et non pas seulement locale, puis, il a recours au procédé de Dupuytren pour arracher l'ongle; il trace ensuite une première incision antéro-postérieure, au niveau de la lunule tangente, au coin le plus excentrique de l'arc de cercle lunulaire, puis une deuxième incision antéro-postérieure de 2 centimètres de long environ; il dissèque ensuite son lambeau en comprenant le derme lunulaire et rétro-lunulaire, enlevant toute cette région antérieure. On voit alors, d'avant en arrière, le lit sous-unguéal dénudé, une perte de substance lunulaire et rétro-lunulaire, ainsi que le lambeau de peau flottant qui, saisi avec l'aiguille de Reverdin, viendra combler la perte de substance, enfin, on comble aussi les bâillements par des points de suture.

Cette opération, l'auteur l'a pratiquée six fois: dans quatre cas, la réunion a été obtenue du troisième au vingt-deuxième jour, dans deux cas, le trentième jour; il est vrai que, dans ces deux cas, il avait commis une petite faute opératoire. En somme, le résultat a été, dans tous ces cas, supérieur à ceux du procédé de Follin. Depuis lors, M. Quénu est venu faire cette opération ici même, il y a onze jours, sur un jeune homme de dix-neuf ans, strumeux: le résultat a été excellent, la réunion est aujourd'hui complète. Moi-même j'y ai eu recours, il y a dix jours, la réunion est à peu près complète aussi, actuellement, sauf dans un tout petit point où le lambeau m'a fait défaut.

En résumé:

1° Toutes les fois que vous êtes au début de l'onyxis, les soins de propreté, la coupe rationnelle de l'ongle et la charpie introduite sous l'ongle, suffiront le plus souvent;

2° Si l'ongle est réellement incarné, chez les gens riches, arrachez et surveillez la repousse de l'ongle;

3° Si l'incarnation est invétérée, chez les pauvres, ayez recours au procédé Follin ou mieux enlevez la moitié de l'ongle et, à l'aide du thermo-cautère, détruisez le bourrelet fongueux et le sillon rétro-lunulaire;

4° Enfin, si vous avez affaire à une incarnation bilatérale, employez le procédé Quénu.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

D'ORIGINE HYSTÉRIQUE, DATANT DE ONZE MOIS, GUÉRIS PAR L'HYPNOTISME; SINGULIERS EFFETS DE LA SUGGESTION

Par M. Mialet, médecin, à Maretz (Nord).

L'observation que voici m'a paru digne d'être publiée à plus d'un titre: tout d'abord, elle vient apporter son contingent à la liste déjà longue de guérisons obtenues par l'hypnotisme; en second lieu, la malade qui en est le sujet a présenté, au cours de son traitement, des particularités si curieuses et si imprévues au point de vue suggestif, que je n'ai pas cru devoir les garder plus longtemps sous le boisseau. Aussi bien, voici le fait:

I. Louise A... d'Honnechy (Nord), a trente-deux ans, tempérament nervoso-bilieux, constitution de moyenne force. Son grand-père maternel est mort d'hémorrhagie cérébrale, son père et sa sœur de tuberculose chronique.

Antécédents personnels. — La malade fait remonter le début de l'affection pour laquelle je suis appelé à lui donner mes soins, à l'année 1874; elle avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'à cette date elle éprouva brusquement un affaiblissement très notable, pseudo-paralytique, du bras gauche. Puis survinrent, sans ordre ni lien apparents, crises de dyspnée, toux sèche et quinteuse, érysipèle de la face à répétition et alternant pendant huit mois avec un hoquet bruyant, rappelant l'aboiement d'un chien, dyspepsie extrême avec météorisme énorme de l'estomac qui coïncida avec un tic convulsif du maxillaire inférieur.

Ces divers accidents venaient de prendre fin quand apparut la série des névralgies: clou hystérique, névralgies ovariennes, brachiales, intercostales, etc., hépatalgie violente, douleurs lombaires en ceinture bientôt suivies de paraplégie, ou tout au moins de parésie prononcée des membres inférieurs: cet orage se termina par de nombreuses syncopes, survenant coup sur coup, et se renouvelant jusqu'à vingt fois dans les vingt-quatre heures; puis tout parut rentrer dans l'ordre, et le sujet eut une accalmie de quelques années (de 1883 à la fin de 1885), pendant lesquelles elle se crut guérie. Mais à la fin de 1885, elle éprouvait à nouveau une douleur très vive au creux épigastrique et le long des membres inférieurs qui devinrent simultanément le siège d'un gonflement et d'une rougeur notables (érysipèle ?). Cette affection cutanée venait à peine de s'éteindre, quand éclatèrent, tout à coup et sans cause appréciable, les vomissements pour lesquels on m'appelait.

II. De cette anamnèse, faite ici à grandes lignes, mais donnée par la malade avec un luxe de détails et une vivacité de récit où je retrouvais un nouvel élément de diagnose, il résultait clairement que j'avais sous la main une hystérique au premier chef; et de vrai, l'examen de Louise A.., et un prochain avenir devaient confirmer entièrement un si facile diagnostic.

État actuel au 24 mars 1886. — La malade accuse une sécheresse prononcée des parties supérieures des voies digestives, une anorexie complète, une violente douleur dans la région épigastrique, à forme constrictive et parfois lancinante, et une dyspnée notable avec palpitations cardiaques, quand elle veut précipiter sa marche ou gravir les degrés d'un escalier. Le facies est pâle, légèrement rosé aux pommettes, la respiration courte et anhélante: l'examen du cœur et du poumon n'offre rien de particulier à signaler. La langue est sale, l'abdomen légèrement distendu, la constipation opiniâtre et habituelle depuis fort longtemps: tous symptômes de la chloro-anémie.

Mais ce qui préoccupe le plus la malade, et à juste raison, ce sont les vomissements ou plutôt l'état nauséeux continuel qui les

provoque. Vomiturítions et vomissements ont commencé le 22 janvier et se sont succédé à intervalles rapprochés, laissant tout d'abord à Louise quelques jours de répit : puis ils se sont renouvelés à partir du 20 mars, jusqu'à devenir presque quotidiens, se répétant alors plusieurs fois dans les vingt-quatre heures : vomissements aqueux au matin, bilieux et alimentaires après les repas, toujours précédés d'une sensation d'ardeur, de brûlure à l'épigastre, quelquefois suivis de lipothimies ou tout au moins de vertige stomacal.

Je ne m'attarderai pas à décrire par le menu et au jour le jour, l'histoire de Louise A... pendant le laps de temps assez long (onze mois) où j'eus à lui donner mes soins ; qu'il me suffise de dire que de fin mars 1886 à février 1887, elle épuisa la série des accidents hystériques, depuis le clou jusqu'à la névralgie plantaire, en passant par les paralysies intestinale et vésicale, insomnie continue, photophobie et lapsus de la paupière supérieure gauche, extravasations sanguines, larges comme la main, aux membres inférieurs, dyspnée, toux sèche, nerveuse, quasi-métallique, avec palpitations et angoisse cardiaques rappelant l'angor pectoris, fréquentes syncopes et vertiges continuels : puis, venant brocher sur le tout, ces vomissements sans fin, qui nous tenaient constamment en haleine, se reproduisant sans relâche, dès que la médication qui les avait un instant jugulés, était momentanément suspendue.

III. Le traitement, comme bien l'on pense, fut surtout symptomatique : c'est ainsi qu'à l'élément névralgique, nous répondions par plaques et bracelets métalliques, antispasmodiques que nous essayâmes sous bien des formes, vésicants, pulvérisations d'éther, cautérisations ignées, affusions d'eau froide, etc., etc., tandis que nous nous efforcions de lutter contre l'énorme déperdition des forces, par les toniques et les amers, lorsque l'arrêt momentané des vomissements nous en donnait le loisir. Contre l'insomnie continuelle, chloral et opium furent essayés sans grand résultat ; et nous n'étions pas plus heureux, quand, voulant saisir l'insaisissable Protée, nous donnions à la malade les bromures, sels de zinc, de cuivre, etc., etc.

Vers la mi-juin, sur le conseil de notre excellent confrère, le docteur Lefèvre (de Livry), qui s'intéressait à la malade et l'avait soignée en son temps, nous eûmes recours au tube de Faucher.

Les lavages de l'estomac parurent réussir tout d'abord ; nous leur dûmes une éclaircie de six ou sept jours, qui nous fit croire un moment à une guérison prochaine ; mais, après ce court répit, l'état nauséeux reparut à nouveau, et le tube ne fut plus dès lors utilisé qu'à titre de sonde œsophagienne : grâce à lui, la malade put encore ingérer — entre deux vomissements — assez de nourriture liquide, pour retarder d'autant l'asthénie générale. Toutefois, les vomissements reparaissaient de plus belle et plus nombreux, quand nous faisions l'essai — par ou sans le tube — d'une alimentation plus substantielle et demi-solide (panades et viande hachée délayée dans du bouillon).

Nous étions ainsi parvenu, sans trop d'encombre, mais sans amélioration, à la fin de l'hiver 1886, toujours sur le qui-vive et nous demandant, non sans inquiétude, où aboutirait une situation demeurée rebelle à la médication la plus intensive : nous en étions à ce degré de fatigue morale où l'excès de scepticisme confine à la plus large crédulité, quand, cédant aux amicales instances de notre excellent collègue, le docteur Robert (de Ligny), qui suivait avec intérêt l'histoire de notre malade, nous décidâmes de recourir à l'hypnotisme.

IV. Après quelques tentatives, demeurées vaines, par le regard fixe et soutenu, je fis choix du procédé de Braid, bien décrit par le docteur Cullerre, que je modifiai de la façon suivante et pour le motif que voici.

Au lieu d'un objet brillant et préparé à l'avance (pour répondre aux secrètes appréhensions de la malade et la convaincre entièrement qu'il n'y avait pas la moindre sorcellerie dans mes manœuvres), je lui fis envelopper une noix d'une feuille de papier de clinquant, miroitant à la lumière ; puis je maintins cet objet brillant à la partie supérieure et médiane du frontal, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la racine du nez, dans une position telle qu'un effort considérable du côté des globes oculaires et un strabisme double convergent étaient nécessaires pour que le sujet pût en apercevoir une très faible partie. L'apprentissage dura sept ou huit jours ; enfin, le 15 février, j'eus la satisfaction de voir les mains, que Louise A... tenait entrecroisées, se séparer lentement et sans secousse l'une de l'autre, tombant en résolution, et les paupières s'abaisser doucement et se fermer en décrivant une série de mouvements tellement rapides de haut en bas, qu'ils étaient presque vibratoires ; Louise dormait : au bout de quelques minutes, je la réveillai en soufflant sur ses yeux.

Mon premier soin, le somnambulisme une fois obtenu, fut d'en tirer parti pour mettre fin à ces insomnies continuelles qui débilitaient la malade tout autant que les vomissements : en conséquence, je lui suggérai tout d'abord et pour la première fois (16 février), qu'elle dormirait profondément, sans agitation, ni rêve, de neuf heures dix minutes du soir au lendemain (17) sept heures du matin. Cette première suggestion se réalisa à la lettre.

V. Le hasard m'avait mis sous la main un sujet exceptionnellement doué au point de vue de l'hypnose ; c'est ainsi que d'emblée et sans le moindre entraînement, — j'étais d'ailleurs tout aussi novice qu'elle, — elle arriva au sixième degré du somnambulisme provoqué, décrit par Bernheim et Liébault (de Nancy) : perte des relations avec le monde extérieur, vue, ouïe, excepté pour l'opérateur, anesthésie cutanée. Je larde la main, l'avant-bras, la jambe de coups d'épingle sans que la physionomie de Louise trahisse la moindre sensation de douleur ; catalepsie subjective (Bernheim) ou raideur cataleptoïde (Charcot), les membres gardent fort longtemps, sans fatigue appréciable pour Louise, les attitudes les plus singulières et les positions les plus invraisemblables que je leur donne ; oubli absolu au réveil de tous les phénomènes dont elle a été le sujet pendant le sommeil provoqué.

Mais où la malade provoque le plus vif intérêt, c'est quand nous abordons et mettons en œuvre la suggestion. Un exemple entre mille : le 17 février à neuf heures du matin, j'endors Louise (au moyen de la noix brillante) au bout de sept minutes : je lui demande des nouvelles de sa nuit ; elle répond qu'elle a très bien dormi, mais se plaint d'avoir été obligée de se lever en pleine nuit pour uriner. « Puisque cela vous dérange, lui dis-je, à partir de ce jour, vous éprouverez le besoin d'uriner et vous urinerez au soir en vous couchant et le matin au réveil » ; et pour m'assurer, avant de la quitter, que ma suggestion recevra son plein effet, je lui demande si elle en éprouve actuellement le besoin. Sur sa réponse négative : « Eh bien ! tout à l'heure, quand vous serez réveillée, à neuf heures et dix-sept minutes, le besoin se fera sentir pressant et tout d'un coup et vous urinerez. » Je la réveille à neuf heures six minutes. Nous causions, Louise, sa mère et moi, Louise le dos tourné vers la pendule, quand brusquement, à neuf heures dix-sept minutes précises, Louise quitte sa chaise, d'un air embarrassé et quasi grimaçant sur la nature duquel j'étais édifié : « Eh bien ! sortez si vous avez besoin, » lui dis-je. Je n'oublierai jamais l'air de surprise et presque d'inquiétude que revêtit la physionomie de la malade, en se sentant devinée. Elle sortit et rendit environ un demi-litre d'urine.

De même pour la défécation : Louise, depuis près de douze ans, ne se présentait à la garde-robe que tous les cinq ou six jours, avec quelle difficulté on le conçoit.

La simple suggestion me suffit pour régulariser et lui faciliter cette importante fonction : du jour où je le lui prescrivis, Louise dut aller à la selle matin et soir et uriner quatre fois par jour aux heures convenues.

Toutes les expériences, racontées par Beaunis, dans son traité de l'hypnotisme, furent répétées avec le même succès : hallucinations suggérées pendant le sommeil ou à l'état de veille se réalisant à la lettre ; et il n'est pas jusqu'au célèbre cas de MM. Bourru et Burot qui n'ait eu son faible pendant à Honnechy. C'est ainsi qu'en présence des docteurs Robert (de Ligny) et Tinsal (de Cambrai) le front du sujet se couvrit de sueurs (le 15 avril) par

cela seul que je lui avais suggéré l'idée d'une chaleur étouffante. De même pour les attitudes passionnelles du corps entraînant l'exécution immédiate de l'acte dont elles éveillaient le souvenir ou donnaient l'idée. Ce même jour (15 avril) le docteur Robert lui mit les mains dans l'attitude de la prière, et l'on vit aussitôt les lèvres du sujet s'agiter doucement et murmurer une prière. Plus tard, j'eus la fantaisie de donner à ses membres supérieurs le geste familier qui exprime l'épouvante, le bras droit tendu horizontalement, la main ouverte renversée sur l'avant-bras, et la main gauche protégeant la figure. La physionomie de Louise exprima une telle horreur que sa mère en eut peur et que je dus abaisser immédiatement le bras : l'épouvante disparut avec le geste.

Je raconterai plus tard d'autres phénomènes bien plus extraordinaires et qui soulèvent les problèmes les plus ardus de la psychologie : je reviens à la malade et à son traitement.

VI. Après avoir procuré à Louise et pendant trois nuits consécutives un repos profond et réparateur auquel elle était loin d'être habituée, je songeai à utiliser la suggestion, au point de vue de la nutrition.

Le 18 février au matin, Louise étant endormie, je lui prescris de manger à midi une tranche de bœuf rôti, saignant, avec un morceau de pain qu'elle arrosera d'eau vineuse, et je la préviens, répondant à des appréhensions bien connues, que la digestion sera peut-être un peu lente, mais qu'elle ne vomira pas.

La tentative était hardie : du régime des gavages par la sonde, régime exclusivement liquide, par conséquent, nous allions passer brusquement, sans transition, à l'alimentation solide par la viande et le pain : ainsi qu'il avait été dit, Louise ingéra la nourriture et la boisson indiquées, accusa une légère lourdeur de la digestion, mais n'eut ni vomiturition, ni vomissements : la veille au soir, le tube de Faucher avait été mis de côté.

Le traitement ainsi commencé dura de cette dernière date au 15 juin : mais il offrit deux phases très distinctes, l'une du 15 février au 3 mai, la seconde du 3 mai au 15 juin.

VII. Pendant la première, je dus me rendre chaque jour à Honnechy et dicter à la malade, — pendant son sommeil que je déterminais désormais au seul mot : dormez — son régime alimentaire quotidien auquel j'avais ajouté la réglementation des fonctions urinaires et de la défécation ; c'est ainsi que je lui prescrivais quatre repas à heures fixes, lui détaillant la nature et la quantité des aliments, tout en laissant à sa fantaisie le choix de leur préparation : toutes suggestions s'accomplissant, pendant cette première période, de façon inconsciente et fatale, tant qu'elles ne dépassèrent point le cycle de vingt-quatre heures. Par deux fois obligé de m'absenter, j'essayai de doubler pour quarante-huit heures la durée de mes prescriptions : le premier jour et la nuit qui suivait, les suggestions s'exécutaient mot à mot, tandis qu'au cours de la deuxième journée, l'état nauséeux reparaissait aussi intense qu'avant la mise en œuvre du somnambulisme et que le sommeil était remplacé par une lourdeur de plomb qui n'abandonnait la malade qu'à l'heure fixée pour le réveil.

Les vomissements reprirent si fréquents à la date du 19 février et du 13 mars (jours où je n'avais pu me rendre à Honnechy) que la malade dut recourir d'elle-même au tube de Faucher dans l'espoir d'y mettre fin. Ces deux cas n'ont-ils pas la valeur d'une contre-épreuve ?

Pendant la deuxième période, au contraire, je pus suggérer régime et sommeil pour deux jours et deux nuits : mais dans l'une comme dans l'autre, l'hypnotisme parut avoir au même degré la même influence salutaire et le même pouvoir d'arrêt qui nous avaient frappé au début de l'expérience. Non pas que les manœuvres hypnotiques, — je n'ai pas eu cette prétention — aient jamais pu modifier la cause, toujours ignorée, de la névrose ; mais c'était chose vraiment surprenante que de voir avec quelle facilité la suggestion coupait court aux divers accidents hystériques, sinon au moment précis de leur apparition, tout au moins à l'heure où j'exécutais l'acte, pression, frictions, etc., auquel j'avais attaché, dans l'esprit de la malade, l'idée de guérison : ainsi disparaissaient comme par enchantement : paralysie de la vessie qui, en d'autres temps, avait exigé le cathétérisme pendant plusieurs jours, paralysie des cordes vocales, contracture très douloureuse des membres inférieurs et du bras gauche, hoquet bruyant à forme d'aboiement arrêté tout aussi facilement à ses débuts que la série des innombrables névralgies revenant l'une après l'autre à l'assaut.

VIII. Au bout de quatre mois de ce traitement mené jusqu'à la fin sans le secours d'aucun médicament, ni d'aucun tonique pharmaceutique, je jugeai que Louise était parvenue à un degré d'entraînement suffisant pour l'abandonner à ses seules forces : et je supprimai, dès le 15 juin, toute suggestion et tout sommeil.

Depuis ce jour, Louise A... est en parfait état de santé ; elle dort, digère et gagne de l'embonpoint à la grande surprise de son entourage... et surtout à la mienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 septembre 1887, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Cluzant, pour le 159e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubrulle, pour le 145e d'infanterie ; Gigon, pour le 146e d'infanterie ; Boucher, pour le 147e d'infanterie ; Brochard, pour le 148e d'infanterie ; Moinel, pour le 149e d'infanterie ; Baur, pour le 150e d'infanterie ; Bischoff, pour le 151e d'infanterie ; Morer, pour le 152e d'infanterie ; Héral, pour le 153e d'infanterie ; Vaugy, pour le 154e d'infanterie ; Goebel, pour le 155e d'infanterie ; Duval, pour le 156e d'infanterie ; Chopard, pour le 157e d'infanterie ; Achard, pour le 158e d'infanterie ; Vinsac, pour le 160e d'infanterie ; Maire, pour le 161e d'infanterie ; Ferraudi, pour le 162e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Guérard, pour le 146e d'infanterie ; Bruncher, pour le 147e d'infanterie ; Ricoux, pour le 150e d'infanterie ; Bourdin, pour le 151e d'infanterie ; Spite, pour le 152e d'infanterie ; Bich, pour le 154e d'infanterie ; Géhin, pour le 156e d'infanterie ; Fabre, pour le 157e d'infanterie ; Labanowski, pour le 159e d'infanterie ; Castel, pour le 162e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bourdin, pour le 145e d'infanterie ; Marlier, pour le 148e d'infanterie ; Jobert, pour le 149e d'infanterie ; Buy, pour le 153e d'infanterie ; Eon, pour le 155e d'infanterie ; Thirion, pour le 158e d'infanterie ; Dieu, pour le 160e d'infanterie ; Delarocheaulion, pour le 161e d'infanterie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours pour onze places d'internes titulaires, aura lieu le lundi 10 octobre 1887, à quatre heures.

Le concours pour dix places d'externes titulaires aura lieu le mardi 11 octobre 1887, à quatre heures.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Sabadini est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochez, appelé à d'autres fonctions.

— Le 22 décembre 1887, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour trois places de médecin titulaire du bureau de bienfaisance.

— M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission, instituée au ministère des finances, à l'effet d'étudier les réformes qu'il convient d'apporter à la législation de l'alcool, et, en général, au régime des boissons.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fontrobert (de Lyon), décédé à l'âge de quarante-deux ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La première partie du tome XXXV de la première série, la première partie du tome XXIV de la deuxième série, la deuxième partie du tome XVII de la troisième série, la première partie du tome XIII de la quatrième série et la première partie du tome II de la cinquième série viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21694

N° 117. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 29 SEPTEMBRE 1887. — N° 117

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sous le titre piquant de : « Ulcérations imaginaires de la langue », M. Verneuil a entretenu l'Académie d'un ordre de faits, sinon rares, comme on le verra par la petite discussion soulevée à cette occasion, du moins peu ou mal connus et surtout très imparfaitement étudiés jusqu'à présent. C'est une sorte de nosomanie partielle ou locale, que l'on pourrait considérer comme procédant de l'hypochondrie générale. Il ne s'agit pas, dans les faits de M. Verneuil, pas plus d'ailleurs que dans l'hypochondrie elle-même, d'un état morbide créé de toutes pièces par une imagination malade ou pervertie, mais d'une erreur d'impression ayant pour point de départ une souffrance réelle dont la cause, la nature et le caractère nosologique sont également interprétés à faux par le malade. Les sujets observés par M. Verneuil croyaient tous avoir des ulcérations de la langue qui n'existaient pas chez un seul d'entre eux; et rien, même les démonstrations anatomiques les plus nettes, ne pouvait les dissuader de cette idée délirante. Une seule chose était réelle, c'était la douleur dont la langue était le siège chez tous ces malades, douleur qui, toute analyse faite des symptômes et de l'aspect des parties, ne pouvait être autre qu'une névralgie.

Un fait analogue avait déjà été signalé par Velpeau, c'est celui des « tumeurs imaginaires de la mamelle », dont il avait observé un assez grand nombre d'exemples et dont il a décrit avec détail les tourments physiques et moraux engendrés par cette illusion. De même que Velpeau avait vu, dans ces faits étranges, la réunion de deux facteurs : la douleur et une pseudo-lésion anatomique, réunion qui constituait une affection pénible en elle-même et par la réaction fâcheuse qu'elle exerçait sur le moral; de même M. Verneuil a pu constater chez tous ces malades deux éléments ou deux facteurs combinés : la douleur et l'illusion ou le trouble psychique qui portait dans leur esprit cette conviction illusoire inébranlable, qu'ils étaient atteints d'une lésion grave, de mauvaise nature.

On voit d'ici à quelles conséquences fâcheuses de pratique pourrait être entraîné le praticien qui céderait aux pressions de malades atteints d'une pareille vésanie. Le problème thérapeutique ici est double : lutter par tous les moyens de conviction possibles contre l'erreur vésanique, combattre l'élément morbide seul réel, la douleur, par tous les moyens appropriés au traitement des névralgies invétérées. La chirurgie n'a rien à faire en pareil cas, ou si elle a à intervenir, ce n'est que par quelques-uns des moyens qu'elle met à la disposition du praticien en présence d'une névralgie rebelle à l'emploi des agents anesthésiants.

Telles sont les considérations intéressantes qu'a développées avec son talent ordinaire M. Verneuil, à l'occasion de ces quelques faits de peu d'importance en apparence, gros de difficultés en réalité.

Avant la communication de M. Verneuil, l'Académie avait entendu la lecture par M. Terrillon d'une nouvelle série d'observations de salpingite et d'hémato-salpingite traitées avec succès par la laparotomie, — une des belles conquêtes récentes de la médecine opératoire; — et par M. le docteur Bacchi, d'une note sur le degré de pureté de l'alcool distillé par la méthode de Bang.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Monoplégie brachiale traumatique et hystéro-traumatique.

I

Voici deux malades que j'ai fait descendre à l'amphithéâtre, l'un âgé de douze ans, l'autre de vingt-six ans, qui, au premier abord, présentent des analogies telles dans leur symptomatologie, qu'on pourrait les considérer comme atteints de la même affection, tandis que, en réalité, ce sont deux maladies distinctes. Tous deux ont une monoplégie brachiale, c'est-à-dire une paralysie isolée du membre supérieur avec flaccidité, survenue à la suite d'un traumatisme, et s'accompagnant de troubles de la sensibilité et de troubles trophiques; mais tous deux, je le répète, sont différents comme nature du mal, comme pronostic et comme symptomatologie sous certains points de vue.

En effet, chez le premier malade, celui de douze ans, il s'agit d'une lésion anatomique grave, très probablement indélébile du membre supérieur gauche, datant de trois mois environ. Chez le second, la maladie date de quatorze mois,

elle a, jusqu'à ce jour, résisté à tout traitement, et cependant elle doit guérir un jour ou l'autre, peut-être même seulement à la suite de quelque émotion vive, car cet homme n'a pas de lésion organique.

Notre premier malade est donc un jeune garçon de douze ans. C'est un collégien, dont le père est meunier. Il n'avait jamais été malade jusqu'au 1er janvier, date du jour où l'accident dont il est la victime a eu lieu. Ce jour-là le jeune poulain sur lequel il était monté ayant eu peur s'est cabré, de telle sorte que l'enfant a glissé et a été traîné dans une course précipitée de l'animal jusqu'à la rencontre d'un tas de pierres sur lequel il est tombé, le bras gauche très fortement tiraillé par les rênes qu'il n'avait pas voulu lâcher. Dans sa chute il a perdu connaissance et ce n'est qu'au bout de vingt minutes qu'il a repris ses sens, dans la maison où on l'avait transporté. Mais, en revenant à lui, il n'avait plus conscience de son bras gauche, et se demandait où il était. La paralysie persistant, son père vint à Paris me consulter, il y a un mois environ.

A cette époque, l'état était absolument le même qu'aujourd'hui : les muscles intrinsèques et extrinsèques de l'épaule sont complètement paralysés, sans aucune participation de la face ou du membre inférieur. Cette paralysie s'accompagne de flaccidité et non pas de rigidité des muscles comme à la suite d'une affection du cerveau. Les réflexes sont perdus. Les troubles de la sensibilité sont très manifestes. Le malade souffre dans les parties anesthésiées de picotements douloureux (anesthésie douloureuse). L'aire de cette anesthésie montre une disposition particulière qui est un caractère constant dans ce genre de paralysie. On peut tirailler le coude et le poignet sans déterminer de douleurs, tandis que l'épaule au contraire est douloureuse. Le sens musculaire est troublé également, car, lorsqu'il a les yeux fermés, on peut faire de sa main tout ce qu'on veut sans qu'il s'en doute. Nous trouvons aussi une modification de la calorification (d'une main à l'autre la différence est de 3 à 5 degrés), ainsi qu'une atrophie notable du membre supérieur droit; les réactions électriques des muscles paralysés montrent des phénomènes de dégénération; l'excitation de ces muscles par des courants interrompus reste sans effet. La sensibilité de tout le reste du corps est normale, les sensibilités gustative, auditive, sont bien conservées; il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel. L'œil gauche est seulement plus petit que l'œil droit, il est enfoncé dans l'orbite avec rétrécissement de la pupille.

Voici pour le premier malade. Quant au second, c'est un homme de vingt-six ans qui, après avoir travaillé jusque-là à la terre, est entré comme manœuvre dans une gare de chemin de fer, il y a dix-huit mois. Il n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Un jour, il y a quatorze mois, il fut assez légèrement tamponné à l'épaule droite par une locomotive, et perdit immédiatement connaissance (choc nerveux) pendant vingt minutes. Quand il se réveilla, il crut son bras perdu, il avait la sensation de bras mort, n'existant plus. Conduit à l'hôpital on constata, comme chez le jeune collégien dont je viens de parler, qu'il n'avait ni luxation, ni fracture, mais seulement un certain degré d'ecchymose avec gonflement. La paralysie, incomplète au premier moment — il pouvait encore remuer les doigts — s'est complétée au bout de quatre ou cinq jours. Depuis lors, son état n'a pas varié, il est à peu près tel aujourd'hui qu'il y a quatorze mois : bras flasque, inerte. La seule petite amélioration, survenue depuis trois semaines à peine, consiste dans le retour de quelques petits mouvements des doigts. Mais chez lui les réflexes ne sont pas abolis comme chez l'autre malade. Les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras sont paralysés; les troubles de la sensibilité sont plus prononcés que chez notre jeune collégien; depuis l'épaule jusqu'aux doigts, il y a insensibilité à la fois cutanée et profonde, tandis que chez l'enfant cette insensibilité commence au-dessous du pli du coude. Enfin, le sens musculaire est tout à fait absent.

Comme troubles trophiques nous trouvons une atrophie musculaire du membre supérieur moindre que chez l'autre malade; par contre les troubles de la calorification sont plus marqués (5 à 7 degrés de différence d'un membre à l'autre), les réactions électriques sont conservées, normales, et il n'existe aucune dégénérescence musculaire. C'est là une différence fondamentale entre les deux sujets. De plus, chez cet homme, il n'y a ni rétrécissement de la pupille, ni enfoncement de l'œil dans l'orbite, mais nous constatons une insensibilité gustative absolue ainsi qu'une insensibilité du pharynx.

Telles sont les différences et les analogies que ces deux malades nous présentent. Étudions maintenant la nature de la lésion chez chacun d'eux.

L'hypothèse la plus sage est la suivante : traumatisme sur l'épaule, donc lésion des nerfs périphériques du plexus brachial, c'est-à-dire paralysie radiculaire de ce plexus. Cette hypothèse peut être très vraie pour l'enfant chez lequel notre diagnostic serait alors : arrachement des racines du plexus brachial, paralysie. Ces paralysies consécutives à pareil traumatisme sont bien connues aujourd'hui. D'après la disposition des racines de ce plexus et des branches qui en émergent, il existe trois formes de paralysies radiculaires :

1° Une paralysie supérieure ou paralysie des cinquième et sixième paires cervicales, laquelle détermine la paralysie des muscles deltoïde, brachial antérieur et long supinateur, et qui peut s'accompagner d'atrophie de ces mêmes muscles tandis qu'elle laisse libre les autres parties du plexus ;

2° Une paralysie inférieure comme à la suite par exemple de lésions par des projectiles, de la huitième cervicale et de la première dorsale. Dans ces conditions, c'est le domaine cubital qui se trouve affecté : muscles interosseux, muscles des éminences thénar et hypothénar, muscles fléchisseurs de la main, et la paralysie se complique de troubles de la sensibilité ;

3° Enfin un troisième type ou type moyen, dans lequel la paralysie occupe le domaine du nerf médian et du nerf radial. Ce troisième type peut exister mais il n'est pas encore bien connu.

Mais ce que l'on sait bien c'est l'existence possible des trois types de paralysies que nous venons d'étudier, type supérieur, type inférieur et type moyen, réunis sur le même sujet, formant un type complet de paralysie du membre supérieur et se produisant à la suite d'un tiraillement considérable ayant déterminé un arrachement des racines du plexus brachial, comme dans le cas du jeune collégien que vous voyez ici, ou bien encore dans les cas où le bras a été violemment tiraillé par quelque courroie de machine, dans des cas de réduction violente de luxation de l'épaule. Tel a été, entre autres faits, celui du docteur Flaubert, ainsi que l'autopsie l'a démontré — c'est la seule autopsie que l'on en connaisse jusqu'à présent — le malade ayant succombé aux tentatives de réduction.

Les symptômes de cette paralysie sont : 1° le début subit des accidents suivant le traumatisme ; 2° la perte de connaissance par choc nerveux et la sensation d'absence du membre ; la paralysie subite, les troubles de la sensibilité dans tout le domaine animé par le plexus brachial, c'est-à-dire de la face antérieure de l'avant-bras et de la face palmaire avec languette remontant vers le pli du coude. De telle sorte que, si les parties supérieures du membre restent libres, cela tient à ce qu'elles sont animées : l'épaule par les paires cervicales et le bras par les paires dorsales.

En résumé donc, nous trouvons, chez notre jeune collégien, une paralysie radiculaire totale du plexus brachial (membre supérieur gauche) grave, avec dégénération secondaire dans les nerfs et dans les muscles. De plus l'existence de phénomènes oculo-pupillaires nous montre que se trouve également atteint certain vaisseau nerveux qui se détache du plexus brachial très près de la moelle et un peu après la formation du cordon, formé par la huitième cervicale et la première dorsale, et communique avec le grand sympathique.

Le même raisonnement est-il applicable à l'autre malade, à l'homme de vingt-six ans, qui a eu l'épaule tamponnée par une locomotive? Non, car, chez lui, la paralysie n'est pas une paralysie totale et il n'y a pas de lésion matérielle ni dans le plexus brachial, ni ailleurs. Chez lui il s'agit d'une lésion de nature hystérique, c'est-à-dire d'une monoplégie hystéro-traumatique, comme nous le verrons dans la prochaine leçon.

FRACTURE DU FÉMUR CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS

APPLICATION DE L'APPAREIL DU DOCTEUR TILLAUX.

Par M. le docteur Legendre.

Le 19 avril 1887, à neuf heures du soir, je fus appelé dans une ferme à six kilomètres de chez moi. L'enfant du fermier, âgé de trois ans, s'amusant à la nuit tombante, dans la cour de la ferme, tira sur une chaînette en fer servant de trait et fixée au brancard d'une charrette appuyée sur le sol les brancards en l'air ; le poids de l'enfant fit basculer la charrette, il tomba et l'un des brancards s'abattit sur lui. Le petit blessé poussa des cris horribles, et ne put se relever, on l'emporta sur son lit et on le déshabilla. Je constatai, à mon arrivée, une déformation de la cuisse droite avec raccourcissement, et une crépitation tellement évidente que les parents l'entendaient distinctement, lorsque je voulus saisir le membre pour l'examiner. La fracture siégeait juste à la partie moyenne du fémur. J'avais lu l'année dernière, dans la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 8 juillet 1886, une leçon, faite à l'Hôtel-Dieu, par M. le docteur Tillaux, chirurgien de cet hôpital, leçon dans laquelle il était question d'un vieillard de soixante-douze ans, atteint d'une fracture du fémur et chez lequel la consolidation avait eu lieu après trente-quatre jours. La simplicité de l'appareil employé et le résultat obtenu m'avaient frappé. Je résolus de suite de l'employer dès le lendemain chez mon petit malade. Le lendemain donc, j'installai un petit lit de fer et je donnai au matelas une légère inclinaison des pieds à la tête, de manière à ce que celle-ci soit dans une position plus déclive à quelques centimètres au-dessous du plan des pieds et j'y portai mon petit malade ; puis je taillai quatre bandelettes de sparadrap diachylon bien agglutinatif de la largeur de deux doigts et ayant un peu plus de deux fois la longueur de la jambe, que j'appliquai de la manière suivante : la première bandelette verticale fut collée le long du membre inférieur, à partir de la fracture jusqu'à la plante du pied que je dépassai pour former étrier, puis je la fis remonter sur le côté opposé du membre jusqu'au niveau du point de départ. Avec trois autres bandelettes, par un seul tour circulaire, je fixai la bandelette verticale, au-dessus des malléoles, au-dessous du genou et au-dessus du genou, la seconde, la troisième et la quatrième bandelette furent placées comme la première et fixées, chacune une fois placée, également par un seul tour circulaire. L'appareil ainsi formé, je passai dans l'étrier une petite corde très solide, longue de 25 centimètres, à laquelle je suspendis un poids de 2 kilogrammes seulement en raison de l'âge de l'enfant ; je fixai, au pied du lit, une petite planchette de 7 ou 8 centimètres de hauteur, faisant l'office de poulie de réflexion, sur laquelle passait la corde munie de son poids, afin de soulever le talon et d'éviter la douleur déterminée par la pression sur le lit. Il n'est pas besoin de se préoccuper de la réduction de la fracture, celle-ci se fait d'elle-même. Je dirigeai le membre dans sa position normale, je tendis la corde, et voyant que l'appareil fonctionnait bien, je recouvris mon petit malade. En tout ceci, je ne fis que me conformer aux préceptes contenus dans la leçon de M. le docteur Tillaux. Aussitôt le poids appliqué, l'enfant ne manifesta plus aucune souffrance, et les deux membres inférieurs offraient exactement la même longueur. A partir de ce moment, l'enfant reprit sa gaîté, son sommeil et son appétit.

Je me demandais à quelle époque la consolidation serait complète et combien de temps il me faudrait laisser l'appareil, chez un si jeune enfant, lorsque le quinzième jour, le hasard me fit trouver en consultation avec M. le docteur Tillaux, appelé auprès d'un de mes malades atteint d'un phlegmon du pied, de cause diabétique. Je profitai donc de cette occasion pour parler à M. Tillaux de mon petit malade et pour lui demander quand il me faudrait ôter l'appareil. « Le vingtième jour, me répondit M. Tillaux, soulevez le poids et dites au petit malade d'enlever sa jambe, vous verrez que la consolidation aura lieu. » Le vingtième jour, en effet, l'enfant put élever le membre fracturé, mais, par excès de précaution, je ne le débarrassai complètement que le vingt-sixième jour, des bandelettes de diachylon et du poids qu'elles supportaient. La mensuration bien exacte des deux membres ne me donna pas un demi-centimètre de raccourcissement, au grand étonnement des parents et je dirai même au mien. Dix jours après je retournai voir mon petit malade qui jouait, se roulait sur son lit et se mettait même très facilement à genoux. Je conseillai alors aux parents de promener l'enfant dans une petite voiture, de l'asseoir dans un fauteuil, et de le faire marcher de temps en temps en le soutenant fortement sous les bras et en ne lui laissant appuyer que progressivement les pieds sur le sol.

J'ai revu mon petit malade, aujourd'hui, trois mois après l'accident, il n'y a plus de raccourcissement et il marche sans aucune claudication.

L'appareil de M. le docteur Tillaux est très ingénieux et d'une extrême simplicité. Il permet d'avoir constamment sous les yeux les plaies, dans les cas de fractures compliquées ; il supprime complètement et instantanément la douleur, et pendant toute la durée du traitement les malades ne sont plus sujets à ces douleurs si vives et si agaçantes du talon, qui donnaient des nuits d'insomnie complète ; il réalise, ce qu'ont cherché en vain tous les chirurgiens depuis Desault et Boyer, c'est-à-dire un appareil à extension continue pour obvier au raccourcissement du membre produit par la déviation des fragments. Ici le poids fait l'extension et la position déclive du corps fait la contre-extension.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVIe SESSION (1887)

Congrès de Toulouse.

L'ouverture de la seizième session de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu jeudi der-

nier, 22 septembre 1887, à deux heures et demie, dans la salle du théâtre du Capitole, sous la présidence de M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine, qui, après la bienvenue souhaitée par le maire de la ville aux membres du Congrès, « aux représentants et aux amis de la science française, aux savants accourus de toute l'Europe, et même de la merveilleuse Amérique », a prononcé le discours d'usage, discours remarquable, dans lequel, conformément à la tradition, l'auteur doit résumer, devant l'assemblée, les découvertes récentes de la science, dans celle de ses branches à laquelle se rapportent plus particulièrement ses études.

Ce discours a pour titre : *l'Avenir de l'Hygiène;* nous en extrayons les passages suivants :

DISCOURS DE M. ROCHARD

En ouvrant aujourd'hui la seizième session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'ai la bonne fortune de vous annoncer l'accomplissement d'un vœu que nous formions depuis de longues années, la réalisation d'une espérance que mes prédécesseurs vous avaient fait entrevoir. L'union des deux associations scientifiques françaises est maintenant un fait accompli. Le décret du 28 septembre 1886 l'a consacrée. . . .

. . . .

En s'unissant à son amie, notre association a fait une véritable conquête. Les savants de premier ordre qui se sont groupés il y a vingt-trois ans autour de Le Verrier nous apportent avec leur concours un accroissement de vitalité, de force et d'influence, dont nous sentons tout le prix. Je suis heureux de leur en témoigner ici notre reconnaissance.

Les circonstances m'ont valu l'insigne honneur d'être le premier des présidents de l'association fusionnée et l'heureuse fortune d'en exercer les fonctions dans la ville que j'aurais assurément choisie, si j'avais été le maître de fixer le siège de notre seizième session.

Pour ouvrir un congrès comme le nôtre dans la patrie de Clémence Isaure, il aurait mieux valu, sans nul doute, que la parole fût donnée à quelque adepte du *Gay-Savoir*, mais hélas! je ne suis ni *troubadour* ni *trouvère*. L'hygiène, au nom de laquelle je m'adresse à vous, n'a jamais hanté le Parnasse ni parlé le langage des dieux; celui dont elle se sert est plus modeste; mais il est clair, intelligible et profitable pour tous. J'espère donc que vous l'écouterez avec bienveillance.

Pour demeurer fidèle aux traditions de l'Association, je devrais faire l'historique de la science que je représente dans son sein; mais son passé est peu de chose et je vous entretiendrai surtout de son avenir.

L'hygiène, telle que nous la comprenons aujourd'hui, est de date toute récente. Elle a pris son essor avec le XIXe siècle. Elle est née du grand mouvement en avant par lequel les arts, les sciences et l'industrie ont été entraînés dans la même direction, sous l'impulsion d'une pléiade d'hommes de génie. Elle est tout à la fois l'œuvre des savants et celle des économistes. Les premiers ont montré ce que l'humanité peut faire pour se garantir contre les maladies qui l'assiègent de toutes parts. Cette notion n'a été acquise qu'à la suite de bien des efforts, et elle est de date toute récente. La physique et la chimie ont commencé par déblayer le terrain; la physiologie l'a profondément remué, et c'est alors que M. Pasteur y a semé les germes puissants de ses doctrines. Toute l'hygiène contemporaine part de là.

. . . .

Après avoir montré que, pendant longtemps, l'hygiène n'avait été qu'une annexe de la physiologie, qu'un complément d'étude des fonctions, tandis qu'en réalité elle a sur la thérapeutique cet avantage qu'elle agit avec un degré de certitude beaucoup plus grand, M. Rochard rappelle combien il est déplorable de voir les sommes généralement dérisoires qui sont votées par les conseils généraux pour assurer les services d'hygiène en France, de voir, dans certains départements, l'indifférence de l'administration et l'ignorance des administrés.

Et cependant, malgré cette indifférence, peu de sciences, dit-il, ont marché d'un pas aussi rapide, et réalisé autant de conquêtes en aussi peu de temps.

Presque toutes les questions relatives à la transmission des maladies ont été élucidées; des notions précises, des faits démontrés par l'observation directe et par l'expérimentation, ont été substitués à la confusion des hypothèses, au vague des théories, et la prophylaxie des affections contagieuses a été basée sur ces données positives et nouvelles. Tout ce qui a trait au mouvement de la population, aux causes de la mortalité, a été éclairé par la statistique qui permet aujourd'hui de raisonner à coup sûr. L'hygiène des villes a été l'objet de travaux sans nombre, et tous les éléments qui s'y rattachent nous sont aujourd'hui suffisamment connus, pour qu'il soit possible de procéder à l'assainissement des localités insalubres, sans craindre de s'égarer et de se lancer dans des dépenses improductives.

L'hygiène des campagnes, celle des différentes professions, l'hygiène des écoles, des hôpitaux, des casernes, ont fait les mêmes progrès. Les questions relatives à la bromatologie, aux falsifications alimentaires, ont été étudiées à fond.

Au point de vue théorique, en un mot, l'hygiène a fait son œuvre; mais elle n'a pas été au delà, et en ce qui a trait à la pratique, nous sommes en retard sur la plupart des nations civilisées que nous avons cependant précédées sur le terrain scientifique.

. . . .

Cette stérilité des efforts tient, je le répète, à l'indifférence des gouvernants, à l'ignorance du public et à l'anarchie administrative. Il faut en triompher.

Et c'est à en indiquer les moyens que l'auteur, dans la seconde partie de son discours, s'applique, rappelant les projets de loi présentés récemment à la Chambre des députés, le premier au mois de juin 1886, ayant en vue l'organisation de la santé publique, le second, au mois de janvier dernier, concernant l'organisation du service de l'hygiène publique.

Il insiste aussi sur ce fait que :

L'administration n'a jamais rencontré dans l'hygiène qu'une conseillère et jamais une rivale; elle n'a jamais été entravée par elle dans son action et les conflits n'ont pas pu surgir. Il n'en sera plus de même du jour où la direction de la santé publique sera confiée à des hygiénistes et qu'ils auront à faire eux-mêmes l'application des mesures qu'ils jugeront nécessaires. A partir de ce moment, ils doivent s'attendre à rencontrer dans les autres départements ministériels, comme dans les conseils élus, de la méfiance, une hostilité sourde et, à défaut d'une résistance ouverte, une force d'inertie suffisante pour paralyser leurs bonnes intentions.

Déjà l'influence croissante de l'hygiène porte ombrage à plus d'un haut fonctionnaire. « Ces médecins sont bien envahissants, » disait, il y a quelques années, un ministre que gênait quelque peu le bruit fait par la fièvre typhoïde dans les sociétés savantes et le retentissement de leurs discussions dans la presse extra-médicale. Il faut s'attendre à ce qu'on nous trouve encore bien plus encombrants le jour où nous ordonnerons au lieu de conseiller, où la direction compétente et autonome que nous réclamons contraindra les municipalités à prendre les mesures nécessaires et fera inscrire d'office à leurs budgets les sommes que ces mesures réclameront. Il faut, sous peine, comme je l'ai dit, de se heurter dans la pratique au mauvais vouloir des intéressés, habituer les esprits à subir le joug tutélaire de cette autorité nouvelle et le rendre facile à supporter en évitant les conflits, en poussant aussi loin que possible l'esprit de conciliation et surtout en s'abstenant rigoureusement de tout empiètement sur le terrain d'autrui. Les agents de la santé publique dans les départements auront fort à faire pour arriver à leur but.

L'hygiène sera forcée, de son côté, pour s'accommoder à sa mission nouvelle, de se plier aux nécessités locales et à l'exiguïté des budgets municipaux. Il y a là toute une éducation à faire.

M. Rochard ne veut pas tracer le programme complet des réformes que l'hygiène devra poursuivre, lorsqu'elle se sera constituée à l'état de pouvoir administratif, mais seulement traiter la question de l'hygiène internationale. Bref, dit-il en terminant :

L'hygiène n'est pas seulement l'art de se bien porter et de mourir vieux. Elle a des visées plus hautes, rien de ce qui touche au bonheur des hommes ne lui est étranger.

Elle s'efforce de le leur procurer par la santé et par le bien-être, mais elle ne leur enseigne ni le goût des jouissances matérielles, ni le culte de l'argent. Elle inspire, à ceux qui l'écoutent, l'amour du travail et de la sobriété, celui de la famille et de la vie régulière. En leur donnant la force et la santé, elle travaille à leur amélioration morale et intellectuelle, car ces qualités physiques sont les compagnes habituelles de la vigueur, de l'intelligence, de la solidité du caractère et de la bonté du cœur. En cherchant à rendre les hommes plus heureux, afin de les rendre meilleurs, la science au nom de laquelle je parle ici est, ce me semble, dans la bonne voie et je crois qu'elle a droit à la sympathie et aux encouragements de tous ceux qui aiment sincèrement leur pays.

M. Schlumberger, secrétaire général, a présenté ensuite un résumé de l'histoire de l'Association, pendant l'année qui vient de finir (1886-1887), rendant compte de tous les faits et gestes de l'Association pendant ce laps de temps, et rappelant les pertes considérables qui ont attristé tous les amis de la science, et notamment la mort de Gosselin, de Béclard, de Leudet.

Enfin, M. Émile Galante a donné lecture de son rapport sur les finances de la société, dont le capital dépasse aujourd'hui un demi-million (623 046 fr. 51), et dont le nombre des membres est actuellement de 4 500 environ.

Aussitôt après, la session a été déclarée ouverte, et les membres du Congrès se sont rendus au petit lycée, dans les locaux des différentes sections auxquelles ils appartiennent plus particulièrement, pour la formation des bureaux et la lecture des travaux.

Le bureau de la section des sciences médicales a été constitué de la manière suivante :

Président : M. Pamard (d'Avignon) ; présidents d'honneur : MM. Thiriar (de Bruxelles) ; Rochard (de Paris) ; Duplay (de Rochefort) ; Gosse (de Genève) ; vice-présidents : MM. Grasset (de Montpellier) ; Bernheim (de Nancy) ; Poncet (de Lyon) ; Labéda et Caubet (de Toulouse) ; secrétaires : MM. L.-H. Petit, Tixier, Attinger, Bezy, Secheyron.

Celui de la section d'hygiène a été aussi constitué ainsi : Président : M. Henrot (de Reims) ; président d'honneur : M. Rochard (de Paris) ; vice-présidents : MM. Drouineau (de La Rochelle) ; Alix (de Paris) ; secrétaire : M. Bérillon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

Deux lettres du ministre du commerce, relatives à des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales nouvelles.

La correspondance manuscrite ne comprend qu'une lettre de M. le docteur Seiler, qui rappelle, à l'occasion de la communication faite par M. le docteur Garcin, dans la dernière séance, sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par les inhalations d'acide fluorhydrique, qu'il a fait lui-même une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet 1885) et à l'Association française (séance du 14 août 1886) (Congrès de Nancy).

M. le président fait connaître la composition de la commission nommée pour l'examen du travail de M. Danion sur la non-existence de la polarisation des tissus animaux. Elle se compose de MM. Gavarret, Gariel et C. Paul.

M. le président proclame ensuite une vacance dans la section de pathologie chirurgicale.

LECTURES

Sur le degré de pureté de l'alcool distillé selon le procédé Bang. — M. BACCHI lit sous ce titre une note contenant les résultats des expériences qu'il a instituées sur les phénomènes produits, chez les animaux, par l'alcool distillé selon ce nouveau procédé.

De ces expériences l'auteur conclut :

1° Tous les alcools, employés pour la fabrication des boissons spiritueuses, contiennent du furfurol en quantité variable, et par conséquent sont tous plus ou moins nuisibles à la santé ;

2° L'alcool distillé selon le procédé de Bang est le seul qui ne contienne pas de furfurol et ne produise que les phénomènes d'ivresse sans aucun symptôme convulsivant (Comm. MM. Gautier, Lancereaux et Laborde).

Salpingite et hémato-salpingite. — M. TERRILLON lit une note à propos de trois nouvelles observations de salpingite et hémato-salpingite et de leur traitement chirurgical ; travail qui fait suite à celui qu'il a communiqué sur le même sujet, à l'Académie, en juin dernier.

La première de ces trois observations a pour titre : *Salpingite et ovarite doubles, hématomes de l'ovaire droit ; Ablation par la laparotomie ; Guérison.*

La deuxième est relative à un cas de vaste hémato-salpingite à gauche, datant de six ans ; ouverture par la laparotomie ; drainage ; guérison.

La troisième est intitulée : *Hémato-salpingite à répétition datant de six ans ; Ponctions aspiratrices répétées ; Amélioration.*

M. Terrillon a voulu montrer, par l'étude de ces trois malades, et de celles dont il a publié l'histoire dans sa première communication à l'Académie, que les affections inflammatoires des trompes avec leurs variétés, salpingite, hémato-salpingite, pyo-salpingite, rentrent pour la plupart dans le domaine de la chirurgie. Les nombreux cas, publiés à l'étranger et en France, prouvent que le succès vient presque toujours couronner cette tentative qui consiste à enlever les annexes de l'utérus malade à divers titres. On ne pouvait attendre, dans aucun des cas en question, une guérison spontanée : ou bien, celle-ci aurait demandé des années. Mais pendant ce temps, les malades courent des risques nombreux causés par les ruptures dans le péritoine, les abcès chroniques, la cachexie envahissante. Enfin, il faut compter avec la vie de douleur et de malaises perpétuels qui met ces malades dans un état précaire.

J'ai donc la conviction, dit M. Terrillon, que l'intervention chirurgicale dans ces cas est justifiée par la maladie profonde des organes devenus inutiles et qu'elle deviendra une des belles conquêtes de la chirurgie (renvoyé à la commission précédemment nommée).

Ulcérations imaginaires de la langue. — M. VERNEUIL entretient l'Académie de cas d'ulcérations imaginaires de la langue.

On se rappelle, dit-il, que Velpeau signala jadis les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrivit les tourments physiques et moraux éprouvés par les malades qui s'en croyaient atteints.

Ce que Velpeau a fait pour le sein, M. Verneuil propose de le faire pour la langue : là aussi, il a rencontré la réunion des deux facteurs signalés par Velpeau, la douleur avec une pseudo-lésion

anatomique, constituant une affection pénible en elle-même, en raison des souffrances qu'elle provoque, mais réagissant sur le moral d'une façon très fâcheuse, les patients étant convaincus qu'ils portent une production de mauvaise nature, un cancer commençant de la langue.

M. Verneuil a observé cinq cas de ce genre bien caractérisés. Tout porte à croire, suivant lui, que certains praticiens ont déjà dû voir des cas semblables, puisqu'il ne s'agit en somme que d'une variété de la névralgie linguale. Mais s'il en juge par les prescriptions faites dans quelques-uns de ces cas, il ose affirmer que le diagnostic n'est généralement pas porté et que la nature réelle du mal reste le plus souvent méconnue.

M. Verneuil rapporte l'histoire de ces cinq observations qui se ressemblent toutes.

Voici le premier de ces faits qui peut donner une idée de tous les autres.

M. X... avocat, quarante-deux ans, fortement musclé, d'un embonpoint notable, offre toutes les apparences de la santé; pas de syphilis, pas de maladie sérieuse antérieurement.

Il vient consulter pour une affection de la langue qui l'inquiète fort. Cette affection dure depuis plus d'un an, va toujours en s'aggravant, a résisté à tous les moyens mis jusqu'alors en usage. Elle provoque une douleur tantôt vive, tantôt sourde et occupant un point limité, avec des irradiations gênant la mastication, la déglutition. Tous ces renseignements pris, je procède à l'exploration locale. M. X..., en homme habitué à se faire examiner, ouvre largement la bouche, tire la langue en dehors en l'inclinant à gauche de manière que le bord droit soit bien exposé à la vue, puis il attend. L'exploration la plus attentive ne fait rien découvrir; la langue est molle, large, souple, la muqueuse buccale intacte, les dents en bon état.

Surpris du résultat négatif de mon examen, le malade porte alors le doigt sur la langue et le pose, pour m'indiquer le siège du mal, exactement sur la plus antérieure des papilles caliciformes.

M. Verneuil, voulant convaincre son client de l'état parfaitement normal de sa langue, lui fait constater au point symétrique du côté opposé l'existence d'une saillie analogue. Il s'agissait d'une simple névralgie linguale, que M. Verneuil mit sur le compte de la constitution fortement arthritique du sujet. Un peu de persuasion, un traitement médical joint à quelques applications de cocaïne eurent raison de la douleur et le malade se tint pour guéri. A quelque temps de là, les craintes de cancer se manifestèrent de nouveau. Le malade avait cessé tout traitement et la névralgie avait reparu.

L'un des autres malades, médecin, est mort plus tard de paralysie générale.

De ces sujets quatre étaient du sexe masculin, une seule femme rentre dans la série. Tous étaient dans la force de l'âge, entre trente-cinq et cinquante ans, et tous remarquablement robustes.

Chez aucun d'eux on ne pouvait relever de cause bien manifeste.

M. Verneuil n'a jamais assisté au début de l'affection qui datait de plusieurs mois au moins ou même de plusieurs années dans un cas.

La marche était au reste fort irrégulière et la douleur, symptôme essentiel, variait beaucoup d'un moment à l'autre.

La forme est essentiellement chronique et rebelle et le pronostic moins grave que fâcheux, pour cette raison.

On a pu juger du peu de succès de la thérapeutique dans une affection qui n'est en somme qu'une variété de névralgie.

Peut-être cette ténacité est-elle due parfois à un état psychique particulier.

Faute de diagnostic étiologique, on a dû faire généralement de la mauvaise thérapeutique, c'est d'autant plus croyable que M. Verneuil a eu sous les yeux le dossier de quelques-unes des ordonnances.

A partir du jour où il a entrevu la nature névralgique et l'état arthritique, il a toujours présent à l'esprit le traitement général approprié : alcalins, bromures, arsénicaux, analgésiques, etc.

Il a conseillé à titre conditionnel, et si la thérapeutique de douceur échouait, un certain nombre de moyens chirurgicaux, tels que :

1° Les injections hypodermiques intra-linguales;

2° La cautérisation profonde avec le thermo-cautère;

3° La destruction des papilles caliciformes avec le même agent.

M. Verneuil n'a jamais songé à la névrotomie parce qu'elle serait difficile et parce qu'il ne sait si c'est au lingual ou au glosso-pharyngien qu'il faudrait s'adresser.

Il n'a point eu recours non plus à l'électricité, mais avant d'intervenir chirurgicalement il en ferait désormais volontiers l'essai.

En résumé, dit en terminant M. Verneuil, vous voyez les lacunes que présente l'histoire des ulcérations imaginaires de la langue, lacunes qu'on retrouve d'ailleurs dans la description de la névralgie linguale en général, sur laquelle je ne découvre, dans la littérature médicale, qu'un maigre article dû à la plume savante de notre regretté Dechambre.

Peut-être aurai-je rendu un petit service en provoquant l'émission de faits nouveaux bien nécessaires à l'achèvement de la question.

M. FOURNIER a vu de ces cas-là en beaucoup plus grand nombre que ne paraît les avoir vus M. Verneuil. Cela tient sans doute au milieu dans lequel il exerce. Il en a recherché les causes, il a cru les avoir trouvées dans la diathèse goutteuse le plus souvent, ou bien dans le tabes, et enfin dans une circonstance matérielle locale, les pièces et appareils prothétiques dentaires déterminant des névralgies intenses. Le bromure de potassium administré à l'intérieur ou en pulvérisations lui a paru atténuer assez souvent la douleur. Mais c'est surtout à la médecine morale qu'il faut avoir recours dans ces circonstances.

M. L. LABBÉ est également étonné que M. Verneuil n'ait pas vu de ces cas en plus grand nombre.

C'est une lésion que les chirurgiens rencontrent souvent. Pour son compte il a vu cette année même trois malades de ce genre, dont deux médecins. Il a vu nombre de médecins instruits, mais pusillanimes, administrer très inutilement, dans ces circonstances, l'iodure de potassium. Le mieux est de ne rien faire, le traitement moral étant seul efficace.

M. LABORDE. Les faits dont M. Verneuil vient de nous entretenir rentrent dans la catégorie des hypochondriaques. Il est commun de voir dans les asiles de ces exemples d'appréhensions délirantes, sous les formes les plus diverses, douleurs de la langue, douleurs de la gorge, etc. C'est un véritable délire, le plus souvent prodromique de la paralysie générale. L'un des malades de M. Verneuil paraît avoir été dans ce cas.

M. PERRIN a vu un malade qui éprouvait des phénomènes douloureux semblables à ceux dont M. Verneuil vient de parler. Chez ce malade, on eût pu diagnostiquer une maladie psychique, rien que par cette circonstance que la douleur qu'il accusait, avait tantôt son siège sur la langue, tantôt sur la verge. On lui avait proposé une opération dont il le dissuada sur la connaissance de cette circonstance.

M. LARREY a eu jadis, dans son service du Val-de-Grâce, un colonel atteint d'un cancer inopérable. Il advint un jour que l'un des officiers qui allaient le visiter, se crut à son tour atteint d'un cancer de la langue. M. Larrey, consulté par cet officier, n'ayant pu parvenir à lui démontrer l'inanité de ses craintes, dut lui faire quitter l'hôpital. Il l'a perdu de vue depuis, ce qui lui fait supposer que l'éloignement de la cause de son obsession a suffi à la faire disparaître.

M. VERNEUIL. Tout le monde a vu ces faits, mais personne ne les a décrits. D'autre part, jusqu'à présent, on n'a pas jugé opportun d'intervenir chirurgicalement. Il peut être indiqué cependant, dans quelques circonstances, de pratiquer quelques cautérisations des papilles caliciformes avec le thermo-cautère. J'hésiterais d'autant moins à le faire, pour ma part, que ces cautérisations n'ont aucun danger, et qu'elles peuvent concourir utilement avec les moyens psychiques à combattre les préoccupations de ces malades.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La section d'anthropologie du Congrès de Toulouse a élu pour son président M. le docteur Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et pour vice-présidents MM. les docteurs Manouvriez et Émile Rivière, notre collaborateur; M. le docteur Delille a été nommé secrétaire.

— Un concours sera ouvert, à la pharmacie centrale des hospices civils de Reims, pour la nomination de quatre internes en pharmacie, le 17 octobre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Théophile Le Gros (d'Argentan); Delacroix (de Châlons); Flamant (de Rilly-la-Montagne) et de Gaulejac (d'Agen), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21694

N° 118. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 1er OCTOBRE 1887. — N° 118

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la face

Par M. le docteur F. VERCHÈRE,
ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

En ce temps d'antisepsie et de réunion à outrance, il semblerait que tout le monde doive être d'accord pour recommander la réunion primitive après tous les cas d'ablation de tumeurs de la face, où, mieux qu'ailleurs, on le sait depuis longtemps, cette réunion s'obtient.

Or, cette généralisation n'est pas la règle et il peut exister des cas où la réunion doit être prohibée. C'est à la défense de cette opinion qu'a été publié récemment un important et intéressant travail de M. Métaxas Zani (1) et auquel nous emprunterons en grande partie les éléments de cette revue.

Les tumeurs se rencontrant à la face diffèrent par leur nature, par leur siège et par leur étendue. Ces trois éléments doivent entrer en ligne de compte pour la détermination que l'on prendra après leur ablation.

Les efforts de la nature seule ne pourraient-ils pas suffire à obtenir une guérison et une réparation satisfaisante. On sait combien les pertes de substance à la face se réparent facilement et dans certains cas on éviterait ainsi un complément d'opération difficile, dangereux et parfois impossible.

De plus, et ceci est un point important, il faut se préoccuper de ce qui peut survenir ultérieurement eu égard à la tumeur.

Il faut, si elle siège dans une cavité, s'il a été nécessaire de pratiquer une opération préliminaire, pouvoir examiner le point d'implantation de la tumeur et surveiller la récidive. Si celle-ci survenait, il faut éviter d'avoir à refaire une nouvelle opération préliminaire et pour cela maintenir permanents les avantages que l'on en a tirés une première fois.

C'est, en somme, un chapitre de l'histoire de l'anaplastie que nous allons faire.

(1) *Des anaplasties secondaires. Cure en deux temps de certaines tumeurs de la face*, par G. Métaxas Zani. — G. Steinheil, édit., Paris, 1887.

I

L'anaplastie chirurgicale, synonyme de chirurgie réparatrice (Roux), a été définie, par M. Verneuil, « l'art d'effacer, de pallier ou de masquer les difformités congénitales ou accidentelles, quels qu'en soient le siège, la forme, l'espèce ou les causes ». L'anaplastie doit être employée comme terme générique pour désigner l'art de remédier aux difformités.

Mais dans l'anaplastie elle-même, il faut considérer diverses divisions qui sont en rapport avec les diverses difformités auxquelles il faut remédier.

Il y a cinq groupes de difformités (Verneuil), il y aura donc cinq espèces de restaurations ou anaplasties.

L'anaplastie par synthèse, c'est-à-dire réunion des parties séparées par une opération ou après un accident. La réunion immédiate d'une plaie récente est de l'anaplastie, si elle est faite pour prévenir ou pour réparer une difformité. On peut faire de l'anaplastie par diérèse ou séparation des parties voisines, par exérèse ou ablation des parties superflues, par anataxie ou replacement sur leur lieu normal des parties déplacées et enfin par prothèse en apportant des parties nouvelles pour combler une perte de substance, pour réparer une difformité par manque de substance.

On peut emprunter des parties nouvelles au malade lui-même et alors on fait de l'autoplastie qui n'est que de l'anaplastie par prothèse... L'autoplastie est donc « la réparation d'un organe dont la forme est altérée, à l'aide d'un emprunt tiré du sujet lui-même, et fait aux dépens des parties saines voisines ou éloignées du point lésé » (Verneuil). C'est une opération anaplastique complémentaire sanglante dans laquelle l'emprunt se fait à l'aide d'incisions, de décollements, de formations de lambeaux.

« On fait de l'hétéroplastie, quand l'emprunt est fait sur un autre sujet, et de la prothèse mécanique quand la perte de substance est réparée à l'aide d'une pièce artificielle » (Métaxas). « L'anaplastie en général et l'autoplastie en particulier, peuvent être naturelles ou spontanées, et artificielles ou chirurgicales » (Verneuil).

La réparation spontanée d'une perte de substance chirurgicale ou accidentelle, constitue l'anaplastie naturelle. Elle peut être par synthèse, lorsqu'une simple division de la joue, de la lèvre, se réunit spontanément ; elle peut être par prothèse et devenir l'autoplastie naturelle, lorsqu'elle répare une perte de substance plus ou moins étendue de la face, par les seules forces de la cicatrisation et de la rétraction inodulaire.

Les diverses méthodes d'autoplasties chirurgicales peuvent se réduire à trois. La méthode indienne ou par torsion, la méthode de Celse ou méthode ancienne ou française, enfin la méthode italienne.

L'anaplastie et l'autoplastie naturelle agissent : 1° en régénérant sur place les tissus tels qu'ils étaient, procédé rare, régénération homologue, ou en les remplaçant par du tissu de cicatrice, régénération hétérologue; 2° en empruntant aux tissus du voisinage les éléments nécessaires à cette réparation. C'est depuis les travaux de Delpech que l'on a bien compris quelle était la puissance de cette force, la rétraction inodulaire, attribuée par Robin à la résorption de la substance amorphe interposée aux fibres lamineuses du tissu de cicatrice, elle agit non seulement en diminuant l'étendue et la souplesse du tissu, mais encore en attirant vers elle toutes les parties souples et mobiles du voisinage.

La cicatrice se réduit peu à peu et arrive à former une surface lisse et régulière.

Limitée dans sa rétraction, elle ne peut, ainsi que le croyait Delpech, arriver à disparaître complètement ou tout au moins à se réduire au point de devenir invisible et inappréciable. Les cicatrices persistent et conservent à un moment donné une forme et une étendue permanentes.

La grande utilité de cette rétraction est la possibilité d'attirer de tous côtés les tissus voisins. Ceux-ci glissent sur les parties profondes et forment pour ainsi dire des lambeaux d'emprunt qui, mieux qu'ils ne le pouvaient faire avec l'aide du bistouri, viennent recouvrir les pertes de substance. Ainsi pas de crainte de voir survenir une mortification, pas de crainte d'augmenter la perte de substance en substituant, à une solution de continuité, une autre solution de continuité; les lambeaux *attirés* par la rétraction inodulaire conservent toute leur vitalité et jamais la rétraction ne leur demandera que ce qu'ils peuvent donner sans produire de tiraillements, de destruction, incompatibles avec leur résistance.

Malheureusement cette force agit aveuglément. La réparation se fait, la perte de substance se comble, mais quelquefois en déterminant une difformité plus ou moins choquante. L'esthétique et la morphologie ne sont pas respectées par la rétraction. Les parties molles quelles qu'elles soient sont attirées, la nature n'a qu'un but, combler aux dépens des parties molles voisines, sans égard pour la forme des organes auxquels se fait l'emprunt. C'est ainsi qu'une perte de substance voisine des paupières, voisine des lèvres, amènera par sa réparation un ectropion, un bec de lièvre, sans égard pour l'œil et la bouche; des *difformités choquantes* peuvent survenir, indifférentes au point de vue fonctionnel, mais désespérantes au point de vue morphologique. La nature est utilitaire et non artiste.

C'est alors que le chirurgien pourra intervenir comme force intelligente et réformer ou entraver l'aveugle force de la nature. Il devra aller prendre des lambeaux dans les points où la difformité sera le moins appréciable s'il n'a pu, pendant la cicatrisation, diriger les efforts de la nature et leur interdire de déformer.

Enfin il ne faut pas oublier que l'on se trouvera en présence d'un cas pathologique. Dans tous ceux qui précèdent, le seul but était d'obtenir une réparation, il peut ne pas en être toujours de même.

Certaines opérations préliminaires ont été faites pour obtenir du jour, de la lumière, de la place, pour faire le chemin pour arriver à une tumeur que l'on doit enlever.

Une fois cette tumeur enlevée, la nature n'a d'autre tendance que d'obtenir le plus rapidement possible la fermeture de ce chemin, de cette voie tracée artificiellement. Elle répare quand même. Peu lui importe si au-dessous de la réparation, de la cicatrisation de la plaie opératoire préliminaire, récidive la tumeur primitive. Elle n'a qu'un rôle et un rôle aveugle. Connaissant l'évolution de la tumeur qu'il vient d'enlever, sachant qu'à un moment donné il sera forcé d'intervenir de nouveau, sachant que les symptômes que donnera la récidive ne seront perceptibles que lorsque déjà la tumeur aura pris des dimensions considérables, sachant que pour en exécuter l'ablation, il sera de nouveau forcé de se créer une voie nouvelle, de recommencer une opération préliminaire, enfin que l'exérèse de la tumeur récidivée sera d'autant plus difficile et d'autant plus dangereuse que la tumeur sera plus volumineuse, qu'elle sera plus étendue, qu'elle présentera plus de prolongements, le chirurgien devra trouver un moyen pour surveiller cette récidive, l'arrêter dans son développement, l'empêcher s'il est en son pouvoir, enfin conserver pour ce faire une porte ouverte par laquelle il pourra surveiller à tout instant et opérer dès la première apparition de cette récidive. C'est un combat, une lutte entre la nature qui veut fermer et le chirurgien qui veut laisser ouvert.

L'anaplastie naturelle doit dans ce cas être considérée comme un adversaire n'ayant d'autre tendance que d'entraver l'œuvre chirurgicale elle-même.

On peut considérer trois éléments dont les rôles peuvent être associés ou opposés pour la réparation chirurgicale d'une plaie provenant d'une ablation de tumeur de la face.

1° Le chirurgien qui peut activer l'autoplastie et la faire immédiate;

2° La nature qui ne peut faire que l'autoplastie progressive ou faciliter au chirurgien une autoplastie secondaire;

3° Le chirurgien qui veut empêcher cette autoplastie pour surveiller ultérieurement la réapparition d'une tumeur et maintenir par suite les avantages obtenus une première fois par une opération préliminaire.

II

Un premier point nous reste à établir dès l'abord; nous voulons parler de l'efficacité des *restaurations spontanées* après l'ablation de tumeurs parfois très étendues.

Les anciens auteurs avaient déjà constaté cette puissance de la nature à combler les pertes de substance les plus considérables. Nous avons décrit en quelques mots le mécanisme qui explique ces réparations et nous ne voulons pas revenir sur la rétraction inodulaire. Mais les exemples de l'activité de cet élément de cicatrisation sont nombreux. Nous avons vu opérer un malade à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, d'un épithélioma du maxillaire inférieur, avec adénopathie sous-maxillaire, auquel furent enlevés tous les ganglions de la région, la glande sous-maxillaire au thermo-cautère, la moitié du corps de la mâchoire. La perte de substance égalait à peu près 8 centimètres d'étendue; la cavité buccale était largement ouverte et la langue venait pendre au niveau de la région sous-maxillaire. Aucune réunion ne fut tentée, elle était, du reste, impossible à essayer, les lambeaux eussent, d'une part, fait défaut et, d'autre part, les incisions avaient été faites au thermo-cautère. Au bout de trois mois, cette énorme brèche était réduite à une perforation de 15 millimètres de diamètre. C'est alors seulement que fut faite une autoplastie secon-

daire, le malade complètement guéri est encore infirmier dans le service (1).

A côté de ce fait que nous avons eu sous les yeux, on peut placer deux faits de Maisonneuve : un homme subit l'ablation simultanée de l'os maxillaire supérieur gauche, de la plus grande partie du maxillaire inférieur et des parties molles correspondantes. Sans réunion, sans rapprochement, qu'il eût été impossible et imprudent de tenter, deux mois plus tard, la cicatrisation avait suffisamment comblé ce trou gigantesque pour que le malade pût retourner dans son pays avec un simple obturateur, suffisant à dissimuler la minime perforation seule persistante.

Dans le deuxième cas, pour un cancroïde de la face, Maisonneuve fait l'ablation de l'œil, de l'os maxillaire supérieur, de la moitié du nez et de la totalité de la joue. Toute restauration autoplastique était impossible ; la cicatrisation diminue tellement la perte de substance, qu'un obturateur suffit à dissimuler la difformité résultant de cet énorme délabrement.

Ces cas sont absolument typiques, et le chirurgien a bien été forcé de laisser la cicatrisation se faire par les seules forces de la nature. Mais on peut rencontrer des cas où la question se pose de savoir s'il faut, oui ou, non faire la restauration. On pourrait, par un simple rapprochement des lèvres de la plaie, sans grand tiraillement, obtenir l'adossement des surfaces saignantes. Doit-on tenter de suturer? Les éléments, qui permettent de prendre un parti, sont de deux ordres : l'efficacité et les bons résultats de restaurations spontanées sur lesquels nous avons insisté, et auxquels s'en sont souvent remis Mackensie, Gerdy, Laugier, Velpeau ; puis la difficulté que l'on éprouve à réunir, et aussi les dangers que peut faire courir au malade cette tentative.

Cette réparation spontanée des pertes de substance de la face peut rendre de grands services aux chirurgiens. Du moment que l'on est rassuré sur l'issue d'une plaie laissée largement béante, que la réunion n'est pas indispensable, qu'on peut confier à la nature le soin de la réparation, on peut employer comme moyen d'exérèse des procédés hémostatiques qui facilitent l'opération. Le thermo-cautère pourra servir à circonscrire des tumeurs des lèvres et des joues, des épithéliomas étendus, sans que le praticien ait à craindre l'hémorrhagie, sans que le sang vienne cacher le champ opératoire.

Les joues et les lèvres, qui donnent de si beaux résultats pour la réunion par première intention, se réparent aussi merveilleusement d'une façon spontanée. Les observations en sont nombreuses, et, de parti pris, certains chirurgiens ont laissé sans réunion des plaies résultant d'ablations d'épithéliomas de la joue, de la lèvre. Celles-ci se réparent avec facilité, et, dans certains cas, avec tant d'exactitude, qu'il est impossible de retrouver une difformité notable, indiquant l'opération qui a été faite. Pour la joue, un fait assez curieux doit être relevé. Lorsque la réunion est tentée, qu'on a été forcé de faire l'ouverture de la cavité buccale, même si celle-ci réussit, il se produit souvent une fistule, et celle-ci pourra être d'une difficulté considérable à obturer. Qu'au contraire, on laisse la nature agir d'elle-même, la guérison s'obtiendra souvent sans fistule, ou s'il en reste une, une autoplastie secondaire facile sera presque dans tous les cas suivie de succès.

(1) L'observation de ce malade a été publiée par M. Verneuil dans les *Mém. de Chir.*, t. IV, p. 175 et dans la thèse de Métaxas, p. 44.

Les faits qui démontrent bien la grande efficacité de la cicatrisation spontanée sont ceux où on a été forcé de faire de grandes pertes de substance au niveau des lèvres. Je me rappelle un malade auquel, pour un épithélioma sudoripare, M. Verneuil avait enlevé toute la lèvre inférieure et les parties molles au-devant du menton, et chez lequel la réparation se fit au point qu'une véritable lèvre s'était reformée et permettait au malade de retenir sa salive et de fermer la bouche. Cette réparation s'était faite assez rapidement.

Dans ce cas encore, la réunion immédiate avait été rendue impossible par l'étendue de la perte de substance, et le choix n'était pas permis, à moins de rechercher des lambeaux, de faire de l'autoplastie aux dépens des parties voisines, par glissement ou par torsion ; mais nous reviendrons sur ce point plus tard. Qu'il nous soit suffisant de constater ici combien peut être efficace, et souvent suffisante, l'autoplastie spontanée par rétraction inodulaire, après les opérations sur la face, après lesquelles il a été impossible de faire la réunion immédiate sans délabrement, sans incisions libératrices.

Devra-t-on confier dans tous les cas aux soins de la nature la réparation après l'ablation des tumeurs de la face siégeant aux joues, aux lèvres, aux paupières, parce que, d'après ce qui précède, elle se fait d'elle-même et spontanément? Existe-il des dangers, en un mot, même des inconvénients à tenter la réunion primitive après une opération sur la face, après l'ablation d'une tumeur, lorsque l'autoplastie peut se faire, lorsque l'on n'a pas eu à se servir du thermo-cautère, lorsque les surfaces cruentées sont facilement mises en contact au moyen de quelques points de suture?

On a prétendu que l'érysipèle était plus à craindre après les opérations sur la face ; cela était vrai et l'est encore. Mais combien peu sont nombreuses les chances d'érysipèle si l'on a pris toutes les précautions antiseptiques nosocomiales et locales, sans lesquelles un chirurgien, digne de ce nom, ne doit pas faire de chirurgie. Il est certain que si l'on n'est pas sûr de ses aides, si l'on opère dans un milieu infesté, si l'on n'a à sa disposition aucun des produits antiseptiques actuellement en usage, il vaudra mieux retourner vingt-cinq ans en arrière, c'est-à-dire un siècle, et laisser les plaies se cicatriser spontanément. Dans toutes autres conditions, on devra réunir la plaie, je le répète, s'il est possible de le faire sans compromettre les lambeaux, sans faire de tiraillements, sans qu'il en résulte de douleur pour le malade. Quel avantage en a-t-on? Celui de guérir un malade en six jours au lieu de trois semaines.

Le temps, dit-on, ne fait rien à l'affaire, mais dans le cas particulier, la rapidité de la guérison a deux grands avantages : 1° le malade est plus vite débarrassé de ses craintes et de son pansement, ce dont il vous est très reconnaissant ; 2° il est moins longtemps exposé aux dangers de l'érysipèle, puisqu'il a moins longtemps une plaie de la face.

Pour nous résumer nous dirons : après l'ablation des tumeurs de la face, il faudra faire la réunion si elle est possible et facile, sinon il faut laisser la plaie largement béante et la nature fera le nécessaire pour combler cette perte de substance.

III

Ce premier point établi, il nous faut savoir ce que l'on entend par réunion impossible et difficile. C'est qu'en effet toutes les réunions sont possibles, suivant bien des auteurs. Il suffit de lire les travaux de ceux qui se sont occupés

de cette grande question de l'autoplastie : Roux (de Saint-Maximin), Dieffenbach, Serre (de Montpellier), Velpeau, pour voir à quels excès se sont portés ceux qui ont conseillé l'autoplastie extemporanée à outrance. La difficulté opératoire seule n'est pas en jeu, il faut aussi considérer les dangers immédiats, les dangers consécutifs, et voir quels sont les résultats ultérieurs.

La difficulté opératoire peut être vaincue. Un chirurgien doit apprécier séance tenante la vitalité de ses lambeaux, la rétractilité des tissus, la forme et les dimensions qui doivent leur être données ; en cela consiste le chirurgien. Il est certain qu'on ne peut établir de règles fixes pour toutes les autoplasties. Les lignes d'incision, l'étendue des lambeaux, par suite, varieront avec chacune des pertes de substance que l'on aura à réparer. Suivant la région sur laquelle on opère, la mobilité des lambeaux sera plus ou moins grande, le glissement se fera plus ou moins facilement, les vaisseaux qui viendront nourrir ces tissus seront plus ou moins nombreux; tous ces éléments, le chirurgien digne de ce nom et instruit les possèdera, et la difficulté seule ne nous arrêterait pas.

D'autres inconvénients, d'autres accidents sont à éviter et à craindre. On connaît la vascularité excessive de la face, et par suite il faut songer à la possibilité d'une hémorrhagie primitive prolongée, ou parfois secondaire. Comment l'arrêter au milieu des lignes de suture, comment retrouver le vaisseau qui donne lieu à l'écoulement sanguin, il faudra tout désunir et rechercher ce vaisseau. Combien plus de peine on aura, que si la plaie était pansée à plat et étendue sous les yeux du chirurgien. Citons, comme exemple, une observation de Roux (de Saint-Maximin) (1).

Après l'ablation d'un épithélioma de la joue gauche, étendu du voisinage du nez au bord inférieur de la mâchoire inférieure, l'opérateur fit la restauration immédiate de la perte de substance. On disséqua d'un côté toute la lèvre inférieure, séparée de la commissure gauche, et de l'autre les téguments de la joue, et on réunit les lambeaux. Après l'opération, survient une hémorrhagie qui oblige le chirurgien à retirer tous les points de suture, pour aller lier les artères qui donnaient du sang. Une autre observation, due à Michon (2), n'est pas moins démonstrative. Après l'ablation d'une tumeur épithéliale de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, siégeant à peu de distance du nez et de la paupière inférieure, l'auteur fit l'autoplastie immédiate par la méthode française. Il se produisit une hémorrhagie sous le lambeau qui fut désuni, survint une gangrène du point interne de ce lambeau, et, comme résultat après la cicatrisation, persistait une difformité assez choquante.

Ces accidents, autrefois fréquents, sont heureusement devenus plus rares, et, grâce à l'antisepsie, les hémorrhagies sont moins fréquentes et ne doivent plus être considérées comme un obstacle à une méthode chirurgicale.

D'autres inconvénients, beaucoup plus sérieux, peuvent résulter de l'autoplastie immédiate et proviennent de la difficulté que l'on éprouve à trouver les tissus nécessaires à l'autoplastie et aussi des procédés que l'on est contraint d'employer pour obtenir ces tissus. Il est certain que la méthode italienne, empruntant à la peau du bras, par exemple, un lambeau que l'on maintient adhérent à la plaie de la face, a pu donner des succès. Mais combien ils sont

(1) *Rev. méd. fr. et étr.*, 1828, t. I, p. 58 (citée dans la thèse de Métaxas).
(2) *Rev. méd. chir.*, 1856, t. IX, p. 224 (citée dans la thèse de Métaxas).

problématiques, combien sont pénibles les souffrances imposées à un opéré, auquel on maintient le bras élevé au-devant du visage, combien sont difficiles, sinon impossibles, à appliquer les rigueurs de l'antisepsie dans une telle position ! La méthode n'a plus guère été employée et actuellement elle est presque tombée dans l'oubli. Les observations d'insuccès sont nombreuses, et nous ne voulons pas en citer.

Avec la méthode française, certains de ces inconvénients disparaissent, mais il est nécessaire d'avoir de très grands lambeaux, il faut au lambeau un tiers au moins de plus que la perte de substance à obturer, et il est facile de comprendre, que la surface, où a été pris le lambeau, mettra à se cicatriser un temps aussi long que la perte de substance, moins étendue, où a été appliqué le lambeau. Enfin, dans certains cas, ce lambeau peut glisser, se rétracter, s'enrouler sur lui-même et tous les efforts que l'on a faits pour obtenir une cicatrisation parfaite sont devenus inutiles.

Je n'ai pas encore parlé des incisions libératrices que l'on est contraint de faire pour mobiliser les lambeaux, pour les faire glisser sur les parties profondes, je ne parlerai que pour mémoire des dangers de gangrène que l'on court, si l'on n'a pas le pédicule large et annulaire. « Il faut, dit Verneuil, pour qu'une autoplastie réussisse, que le sang circule librement, et penser à cette condition aussi bien lorsqu'on choisit le lieu de l'emprunt, que lorsqu'on taille, dissèque, mobilise et fixe le lambeau. »

L'érysipèle, la suppuration peuvent atteindre aussi cette vitalité, et l'on voit avec désespoir disparaître un lambeau qu'on avait eu grand'peine à amener en place.

Nous devons citer, comme exemple des sacrifices considérables qu'entraîne la recherche à outrance de l'autoplastie extemporanée, l'observation suivante de Braun (1) : « Ablation, par le professeur Simon, des deux maxillaires supérieurs, pour un épithélioma datant de quatre ans, et qui avait nécessité déjà quatre opérations successives avec autoplastie. Trachéotomie préventive, chloroforme. » Une notable portion de peau envahie ayant dû être enlevée à la face, il en résulta une grande perte de substance dans la joue gauche et dans toute la région du nez. Pour combler la première perte de substance on fait un lambeau de 17cm,5 de long, et de 4,5 à 5 centimètres de large dans la région de la tempe et dans le cuir chevelu, lambeau dont le pédicule se trouvait en avant du conduit auditif, et, pour éviter la tension des tissus, on fut obligé d'enlever l'apophyse zygomatique de l'os temporal.

La seconde perte de substance fut recouverte par un lambeau pris au-dessous de l'œil droit ; il ne reste qu'une petite ouverture qui servit à la réparation. Enfin, on dut agrandir, vers la droite, la bouche qui se trouvait rétrécie. Toute l'opération dura quatre heures et nécessita quatre-vingts points de suture. Réaction faible. Une seule fois, température du soir 38°8.

Au bout de huit jours, suppression de la canule de la trachée. Le malade avale des aliments solides. Il ne put jamais fermer complètement l'œil gauche. Affaiblissement de la vue. Il quitta l'hôpital le quarantième jour, avec un nez artificiel, pour revenir trois mois après pour des hémorrhagies et une récidive inopérable dans la cicatrice de la cavité buccale. Mort sept mois après l'opération.

On voit quel piètre résultat pour une opération aussi laborieuse et aussi longue. Que si, au contraire, on eût laissé

(1) *Arch. f. Klin. Chir.* Bd. 19, p. 728.

agir la nature, on eût diminué d'autant la durée de l'opération et certainement on n'eût pas augmenté celle de la cicatrisation.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que, dans les larges pertes de substance pour lesquelles des dissections de lambeaux sont nécessaires, des incisions libératrices considérables exigées, la restauration immédiate doit être abandonnée, et qu'on doit s'en remettre aux seuls efforts de la nature, du moins primitivement.

IV

Lorsque la réunion immédiate, tentée dans les conditions que nous venons d'examiner, n'a pas réussi, et nous avons vu combien étaient nombreuses les causes qui pourraient entraver cette réussite, quand arrive le moment où une restauration secondaire effective peut être tentée, on n'a plus à sa disposition que des tissus cicatriciels, auxquels on a déjà emprunté des lambeaux, chez lesquels la vitalité est considérablement diminuée, et qui, adhérant aux parties profondes, se prêtent mal à des glissements nécessaires.

Au contraire, si l'on a laissé faire la nature, la perte de substance, d'une part, est diminuée d'étendue, la rétraction inodulaire a rapproché les parties voisines, et j'ai dit combien surprenante était la puissance de cette rétraction; d'autre part, les tissus voisins, encore vierges de toute atteinte chirurgicale, conservent toute leur souplesse et toute leur vitalité.

A quel moment convient-il alors de faire cette réparation tardive, cette autoplastie secondaire ? La nature de la tumeur entre ici en ligne de compte, et j'aurai à y revenir. Disons seulement que, d'une façon générale, sauf les exceptions sur lesquelles je reviendrai, l'autoplastie devra se faire lorsque la nature a épuisé tous ses efforts, lorsque la perte de substance diminuée reste stationnaire, et qu'aucun progrès ne se fait plus. Quelques cas particuliers peuvent se présenter. Il est certain que cette loi générale reste applicable chaque fois que les efforts de la nature sont profitables. Par exemple, lorsqu'une perte de substance de la joue se ferme progressivement, et qu'aucun inconvénient ne peut résulter de son travail constant. Mais dans quelques cas, la nature aveugle peut pécher par excès. Dans certaines pertes de substance des lèvres, des paupières, la réparation pourra être excessive, et si on laissait aller indéfiniment la cicatrisation, celle-ci pourrait oblitérer la bouche, l'œil. Dans ces cas, le chirurgien doit intervenir et chercher à arrêter le travail cicatriciel. Il doit alors faire de l'autoplastie par diérèse, et être l'artiste qui supplée par son intelligence à l'aveuglement de la nature.

Enfin, quelquefois certaines tumeurs, récidivant seulement pendant un certain temps de son évolution, doivent être surveillées avec l'espérance de les voir disparaître définitivement après deux ou trois ablations, lorsqu'elles sont à l'état renaissant. Dans ces cas, et j'y reviendrai, il peut être très profitable de retarder l'autoplastie, jusqu'au moment où l'on est sûr qu'il ne se fera pas de récidive.

Pour nous résumer, nous citerons la manière de procéder de M. Verneuil dans ces cas particuliers : « Dans les cas graves, dit le savant professeur, je m'abstiens de toute réunion, par des pansements méthodiques, j'enraye de mon mieux la cicatrisation, et je laisse au moins s'établir une difformité, à la réparation de laquelle je procède plus tard et en temps convenable. Cette manière de faire est, je l'avoue, peu brillante, mais elle est infiniment plus innocente et épargne au chirurgien la douleur de voir une opération, relativement légère, causer la mort en quelques jours, ce qui est arrivé malheureusement plusieurs fois entre mes mains ou sous mes yeux, dans la pratique de mes confrères (1). »

V

Après avoir examiné la conduite à tenir dans l'ablation des tumeurs siégeant à l'extérieur de la face, je dois m'occuper des tumeurs siégeant dans les cavités, et en particulier la cavité buccale et la cavité nasale.

On sait à combien de dangers sont exposés les malades opérés d'une tumeur ayant son siège dans une de ces cavités. Depuis les travaux de Richet, de Verneuil (2) et de Jeannel (3), les difficultés pour obtenir l'antisepsie des plaies cavitaires ont été mises au jour. De plus, en aucune région il n'est aussi fréquent d'avoir recours aux opérations préliminaires pour s'ouvrir une voie suffisante afin d'arriver jusqu'à la tumeur que l'on veut enlever. De là des principes sur lesquels il nous faut insister.

Les tumeurs de la cavité et de l'arrière-cavité buccale sont extrêmement fréquentes. Les épithéliomas de la langue, du plancher buccal, de l'isthme du gosier, du pharynx, sont chose courante en chirurgie.

Suivant leur étendue et leur situation, l'ablation se fera suivant deux procédés différents : par les voies naturelles ou après une opération préliminaire.

Dans le premier cas, il est certain qu'on ne cherche qu'une chose, assurer l'antisepsie de la cavité opératoire. Ici nulle discussion, à propos de la réunion par première intention; la plaie intra-cavitaire sera pansée à plat, par le meilleur des antiseptiques, en ces cas l'iodoforme, et, par tous les moyens possibles, on évitera le contact de la plaie avec les éléments septiques, tels que boissons, aliments, etc., dont les débris, séjournant dans la cavité buccale, peuvent subir une véritable putréfaction et infester la plaie. Le meilleur pansement sera l'iodoforme, ai-je dit; et on aura soin d'y adjoindre des lavages fréquents de la cavité buccale avec une solution de sublimé ou plutôt de chloral. A ces moyens on ajoutera un procédé prophylactique dont la valeur n'est plus à démontrer, l'alimentation par la sonde nasale. Disons, de suite, que, quelle que soit la méthode employée, ablation directe ou ablation après opération préliminaire, la sonde nasale doit toujours être laissée à demeure ou réintroduite chaque fois qu'il est nécessaire pour faire prendre au malade ses boissons ou ses aliments.

Lorsque le chirurgien a été obligé de faire une opération préliminaire, qu'il ait opéré dans la cavité nasale ou dans la cavité buccale, la question de la conduite à tenir après l'ablation est plus discutée.

Faut-il réunir immédiatement les incisions qui ont servi à parvenir jusqu'à la tumeur, ou faut-il laisser béante la plaie opératoire, pour ne procéder qu'ultérieurement à sa réparation par une autoplastie secondaire?

La question est complexe et sera résolue différemment suivant la nature de la tumeur à laquelle on a affaire. Pour certaines d'entre elles, la conduite à tenir est admise par tous les chirurgiens, je veux parler des tumeurs à récidives temporaires, qui, à un moment donné, disparaîtront

(1) *Mém. de Chir.* t. I, p. 38.

(2) Verneuil, *Mém. de Chir.*, t. IV, 1886.

(3) Jeannel, De la fièvre consécutive aux plaies cavitaires, *Revue mens. de méd. et de chir*, 1880, t. IV, p. 825 et 953.

spontanément et ne reparaîtront plus, mais qui, jusqu'à ce moment, récidivent et doivent être sans cesse réopérées. Je veux parler des polypes nasopharyngiens. Depuis longtemps, les opérations préliminaires pour ces tumeurs avaient été mises à l'ordre du jour, et Manne (d'Avignon) le premier les a décrites et exécutées. Je ne veux pas entrer dans le détail, facile à retracer, de toutes les opérations que l'on a inventées contre ces tumeurs; d'une façon générale, je me contenterai d'indiquer quelles sont les raisons qui ont fait adopter une règle de conduite de laquelle, actuellement, on ne devra plus guère s'écarter.

Lorsque, par une opération préliminaire, on a pu arriver sur un polype nasopharyngien, que le malade est encore en âge de voir repulluler et à brève échéance la tumeur enlevée une première fois, il faut laisser largement ouverte la voie par laquelle on a fait cette première opération. Il faut choisir une voie dont la béance ne soit pas trop choquante et avec laquelle le malade puisse vivre de la vie commune sans être un objet d'horreur et de pitié. Enfin, il faut savoir, et je l'ai dit au début de ce travail, que, par l'attaque répétée et prolongée d'une tumeur de cette nature, on se mettra à l'abri de l'accident formidable auquel tant de malades ont succombé pendant l'opération même, je veux parler de l'hémorrhagie.

Pour toutes ces raisons, la voie palatine doit être la voie de choix et dans la plupart des cas donne assez de jour; elle permettra pendant longtemps, des mois, des années, de surveiller le point d'implantation de la tumeur, d'arriver et de détruire chaque récidive, dès son apparition. Enfin, le malade, porteur d'une fente staphylopalatine, pourra dissimuler facilement sa difformité et attendre patiemment le moment où, par son âge même, les récidives ne se feront plus et autoriseront le chirurgien à combler, par une autoplastie secondaire, la voie opératoire qu'il s'est créée et conservée.

Le principe des autoplasties secondaires ne laisse d'hésitation à aucun auteur et doit être appliqué ici dans toute sa rigueur. Il n'en est pas de même pour la conduite à tenir après les autres tumeurs que l'on rencontre plus fréquemment encore et pour lesquelles des opérations préliminaires graves doivent être exécutées.

Les partisans de l'une et l'autre conduite ont des arguments puissants et il est difficile de prendre parti pour les uns ou pour les autres, pour ceux qui veulent réunir ou pour ceux qui veulent laisser largement béer les plaies. Je me contenterai de donner les arguments pour ou contre et laisserai juger impartialement.

Laisser [la plaie béante, après l'ablation d'une tumeur profonde de la cavité buccale, supprime les dangers résultant de ces immenses plaies cavitaires (Verneuil, Métaxas), et les accidents qui résultent de ces vastes délabrements, après que, par la suture, on a enfermé cette immense plaie dans une cavité aussi septique que la cavité buccale, ont été étudiés dans ces derniers temps, avec beaucoup de soin. J'ai cité les travaux de Richet, Verneuil, Jeannel. Récemment encore (1) à la Société de chirurgie, une discussion importante s'élevait à leur sujet et M. Monod insistait spécialement sur les accidents de pneumonie septique qui en étaient la conséquence. D'après Barker (2), les statistiques de University college et de Schlapfer, un grand nombre d'opérés de cancers de la langue succomberaient à des pneumonies de nature septique, à caractères gangréneux. Aussi, conseille-t-il la trachéotomie préventive comme moyen de remédier à cet accident mortel. Woeffler donne le même conseil, après avoir analysé tous les cas d'opération sur la langue exécutés par Billroth de 1871 à 1880. Dans la pharyngotomie, même danger, sur lequel ont insisté Langenbeck et Polaillon à la Société de chirurgie en 1886 (17 juillet).

A côté de ces pneumonies mortelles et survenues, semble-t-il, dans les cas soignés le plus antiseptiquement, il faut placer d'autres accidents locaux non moins graves et tenant à un état septique de la cavité opératoire. Les hémorrhagies ont été fréquentes et j'ai pu recueillir une observation dans le service de M. Verneuil, où l'écoulement de sang répété détermina la mort. Le fait est publié par A. Broca (1) et peut être regardé comme un type de ces hémorrhagies septiques, hélas! trop fréquentes encore.

Sans entrer dans la discussion au sujet de la pathogénie des accidents pulmonaires, qu'ils soient dus à la pénétration dans les bronches de particules solides ou liquides provenant du foyer putride, que l'air en passant sur la plaie se charge de produits infectieux, il est certain qu'ils proviennent d'un état septique général ou local et que le meilleur procédé pour les faire cesser sera de supprimer le foyer d'infection par les moyens que nous avons déjà indiqués, iodoforme, lavages, sonde à demeure, et, pour plus de sûreté, par la béance large de la plaie qui permet de porter le liquide antiseptique dans toutes ses anfractuosités (Verneuil, Métaxas).

Il est certain que, par ce procédé, l'antisepsie est plus facile et peut être plus complète; mais, répondent les partisans de la réunion, il est possible de l'obtenir aussi en fermant la plaie superficielle et en établissant un drainage large et étendu.

Un autre avantage de la non-réunion, disent ses partisans, consiste en la possibilité qu'a le chirurgien de surveiller la récidive. Cela est vrai; celle-ci est fatale dans presque tous les cas et il sera toujours aisé de réprimer les bourgeons de mauvaise nature qui réapparaîtraient au fond de la plaie. Pendant combien de temps durera cette lutte entre le chirurgien qui détruit et le néoplasme qui se reproduit? Hélas! pendant toute la survie du malade dans la plupart des cas.

Deux buts thérapeutiques restent donc en présence qui dictent la conduite des uns et des autres. Ce sont ces deux buts que nous allons examiner.

Lorsque les malades, atteints de tumeur de l'arrière-bouche, se présentent au chirurgien, ainsi que l'a bien démontré Castex dans un article très étudié de la *Revue de chirurgie* (2), presque toujours la lésion est étendue, grave, profonde. Ces tumeurs sont la plupart du temps des tumeurs malignes et en particulier des épithéliomas.

« L'indication d'intervenir n'est pas discutable dans certains cas. Dans d'autres elle ne peut être formelle. Le chirurgien s'en rapporte surtout alors à son tempérament pour sortir de la situation embarrassante où le placent, d'une part, les souffrances horribles qu'endure le malade, et, d'autre part, la menace d'une récidive à brève échéance. Bien qu'*a priori* on doive s'abstenir des vastes délabrements, il est des cas où le chirurgien ne peut refuser le bénéfice, même pré-

(1) *Bull. Soc. de Chir.* t. XII, 1886, mars.
(2) Barker, Four excisions for the tongue with preliminary tracheotomy, *Lancet*, t. II, 1879, p. 234 et 269.

(1) *Bull. Soc. Anat.*, 1885, t. X, p. 70.
(2) Castex, Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, *Rev. de chir.*, 1886, p. 44, 130, 304.

caire, d'une opération régulière. C'est par l'examen et par la comparaison des divers cas, que l'on peut distinguer ceux où l'on a fait trop et ceux où l'on n'a pas fait assez. On pourrait appliquer aux tumeurs de l'arrière-bouche l'opinion de M. le professeur Trélat, sur les décisions à prendre en face du cancer de la langue. Tel épithélioma bien circonscrit, totalement enlevé, récidivera promptement, et tel autre, ayant envahi une portion considérable de l'organe, avec les ganglions sous-maxillaires, donnera, après ablation totale, une survie inespérée. Le chirurgien traverse ainsi des périodes de découragement et d'encouragement, au hasard des séries malheureuses ou favorables, sans trouver la formule qui motiverait absolument la conduite qu'il adopte. »

Blandin, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* taxait de « témérité et d'ignorance » le chirurgien qui eût entrepris d'extirper l'amygdale dans le cas de tumeur maligne.

Mais néanmoins le malade ne peut rester dans l'état déplorable dans lequel il se trouve. Les douleurs atroces qu'il endure, l'ichor sanieux qu'il déglutit ou qu'il laisse écouler hors de la bouche, l'odeur fétide qu'il exhale, les hémorrhagies dangereuses auxquelles il est exposé ou qu'il a déjà présentées, la cachexie, suite naturelle de tous ces atroces symptômes, l'entraîneront rapidement vers une fin fatale et rapide, ses supplications devront, auprès du chirurgien, être de puissants arguments pour essayer une intervention.

Quel espoir doit-il conserver? Opère-t-il le malade pour le soulager, fait-il en un mot une opération palliative? ou doit-il espérer une guérison définitive après l'ablation, et son opération peut-elle être curative? Les observations ont semblé donner raison à la première opinion. Ce n'est qu'une survie que l'on donne au patient. On le soustrait au supplice épouvantable qu'il endurait. On lui permet de vivre avec l'espoir de la guérison définitive pendant quelques mois. L'illusion qu'il se fait en constatant la disparition des douleurs, de l'écoulement, de l'odeur, contribue à l'amélioration de son état général. L'appétit renaît pour quelque temps, et lorsque survient, ce qui a lieu fatalement, la récidive, il est possible de le leurrer et d'adoucir ses derniers moments; la douleur est moins vive, le néoplasme n'est souvent plus appréciable à la vue, on peut mettre les nouveaux symptômes sur le compte de la première opération, et le malade s'endort content sur cette assurance.

La première opération ne devant être que palliative chez un individu fatalement condamné, les partisans de la réunion immédiate, et c'est le grand argument qu'ils peuvent faire valoir, aiment mieux s'exposer à une issue fatale immédiate post-opératoire (tout en cherchant et en parvenant à faire une antisepsie telle qu'un danger minimum seul est à craindre dans la plupart des cas), plutôt que de retarder le moment où le malade profitera des quelques jours de bonheur relatif qu'on veut lui donner. C'est sur ces jours que sont pris tous ceux pendant lesquels on laisse la plaie buccale largement ouverte. Les lambeaux flottants, les écoulements incessants qui sont le résultat naturel d'une opération préliminaire non réunie font que ces malheureux s'effraient eux-mêmes, et sont un objet de terreur pour ceux qui les entourent. Ils n'ont plus figure humaine, et ils le savent; quelques-uns d'entre eux préfèrent la mort, et la mort par inanition, à la prolongation d'un tel supplice. Il est certain que nous ne parlons pas ici des cas où la réunion immédiate est impossible, faute de lambeaux. Dans ce dernier cas, il est évident que c'est à la cure en deux temps qu'il faut avoir recours; opérer, laisser faire la nature, puis, lorsque la rétraction aura fait son office, le chirurgien n'aura plus qu'une perte de substance très diminuée à oblitérer, il pourra trouver à ce moment assez de lambeaux. Puis, bientôt, et les partisans de la réunion immédiate le savent, la récidive se fait, le malade est condamné. Aucune nouvelle intervention n'est à essayer. Le malade a vécu tranquille quelques semaines, quelques mois parfois, rarement quelques années. C'est tout ce que le chirurgien voulait obtenir de son intervention audacieuse.

Le but des partisans de la non-réunion est plus élevé, plus ambitieux. Ce n'est pas une opération palliative qu'ils cherchent à faire, une survie dépourvue de souffrances qu'ils veulent seulement donner à leur opéré, ils veulent le guérir, le guérir définitivement, et lutter pied à pied contre la tumeur, la détruire une première fois, puis, au prix d'un traitement plus long, obtenir une destruction complète du néoplasme. L'opération primitive, grâce à la réunion, est moins grave, les dangers en sont moindres, avons-nous dit; la plaie largement ouverte permet de guetter la récidive, et comme, dans ces tumeurs épithéliales, la généralisation est rare, il est permis d'espérer détruire et poursuivre, dans toutes les anfractuosités où elle pourrait se reproduire, la récidive, hélas! toujours redoutée.

La destruction est facile, les opérations secondaires, cautérisations au fer rouge, au thermo-cautère ou ablation au bistouri, sont totales, complètes, c'est dès l'apparition d'un bourgeon suspect qu'on les fait, et avec de la persévérance et des soins attentifs on ne se laissera pas gagner de vitesse par la repullulation de la tumeur. On conçoit que le traitement peut être long, mais le résultat que l'on veut obtenir est plus satisfaisant. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et, à un moment donné (dans les tumeurs malignes, épithéliomas, cancer), la lutte devient impossible, l'ulcération gagne en profondeur, s'étend aux ganglions à distance, ceux du cou, carotidiens, sus-claviculaires, et plus tard médiastinaux, le malade est irrémédiablement perdu, et n'a pas eu l'avantage éphémère, mais réel, d'une première opération palliative en tant que résultat thérapeutique.

Tels sont les avantages et les inconvénients de l'une et l'autre méthode. Nous ne pouvons prendre fait et cause pour l'une plus que pour l'autre, toutes deux ont donné des succès, toutes deux ont donné des revers. Qu'il nous suffise de résumer, en quelques lignes, les grands traits de cette discussion, afin qu'ayant en quelques mots les éléments de choix, on puisse en toute connaissance de cause suivre l'une ou l'autre méthode.

Après une ablation de tumeur maligne de l'arrière-bouche ayant nécessité une large opération préliminaire, on peut suivre deux méthodes. Réunir les incisions que l'on a faites pour l'opération préliminaire, c'est-à-dire fermer la plaie extérieure ou ne pas réunir et laisser largement béante toute la cavité bucco-pharyngienne.

La première méthode exige des procédés antiseptiques d'une rigueur *féroce*, sinon elle expose à plus de complications : érysipèles, hémorrhagies septiques, pneumonies septiques, phlegmons, infiltrations purulentes; enfin, elle laisse, sans qu'on puisse s'en apercevoir, s'établir la récidive, qui emportera fatalement le malade. C'est une opération n'ayant d'autre but que de rendre à un malade condamné les quelques mois de vie qui lui restent, moins pénibles et

moins douloureux. C'est une véritable opération palliative, quant au résultat définitif mais donnant à un malade désespéré l'illusion d'une guérison définitive.

La seconde méthode plus radicale et plus noblement ambitieuse cherche à obtenir la guérison définitive. La première est une opération de résigné, la seconde est une opération de combat, et souvent on combat en désespéré. Les dangers immédiats sont moindres. Les complications à redouter sont moins fréquentes. L'antisepsie de la plaie cavitaire, largement ouverte, se fait plus facilement et plus complètement. Enfin, on peut par la brèche ouverte, béante dans la figure du malade, surveiller, poursuivre et détruire la récidive. Comme inconvénient, durée longue du traitement et désespérance du patient, que les opérations répétées finissent par éclairer sur la nature de son mal. Lorsque la récidive ne se fait plus, qu'on est moralement convaincu qu'elle ne surviendra plus, on procède à l'autoplastie secondaire, plus facile à faire et qui se fait avec succès dans la plupart des cas.

VI

J'ai gardé en dernier lieu un argument que faisaient valoir autrefois les partisans de l'autoplastie immédiate que l'on ne peut plus guère accepter aujourd'hui. Je veux parler de cette opinion qui a joui à un moment donné d'une grande faveur auprès des chirurgiens, et due à Martinet (de la Creuse) (1), basée sur quelques faits exceptionnels et d'après laquelle l'autoplastie empêchait toute récidive du cancer et de l'épithélioma. Martinet faisait l'autoplastie sur une surface bourgeonnante, et évitait tout danger de sphacèle de son lambeau en le faisant large et bien nourri, autant que possible évitait les tiraillements, les tractions qui amincissent la peau en la distendant. Philip (2), Dieffenbach pensaient que le lambeau, pris dans les tissus sains non encore envahis par le néoplasme, venait en quelque sorte rénover le lieu malade, l'ancienne place d'implantation du néoplasme et qu'il substituait sa vitalité propre à celle des tissus primitivement enlevés; d'autres accusaient la suppuration, qui se produisait au niveau d'une plaie opératoire, de maintenir celle-ci en état de réceptivité; l'irritation amenée par le pus, le travail de suppuration se passant à la surface de la plaie, étaient, suivant eux, tout autant de causes de néoformation, et par suite naturelle de récidive. Blandin (3) admettait que le lambeau autoplastique servait d'intermédiaire et imprimait des modifications vitales aux parties sur lesquelles il était appliqué.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait émise sur le mode d'action du lambeau autoplastique, il est actuellement bien démontré que la récidive se fait néanmoins. Chassaignac avait insisté sur ce fait, que la récidive se fait autour ou au-dessous du lambeau et respecte celui-ci. C'était déjà restreindre l'efficacité de cette greffe de tissu sain, destinée à modifier la nutrition de la région envahie par le néoplasme, comme la greffe végétale fait prendre au pied toutes ses habitudes et l'oblige à renoncer à toutes les siennes (4). Non seulement la récidive apparaît sous le lambeau, mais celui-ci peut aussi être rapidement envahi comme on l'a souvent observé (2).

(1) Mém. sur un nouveau procédé opératoire propre à prévenir la récidive du cancer. *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 657.
(2) *Lettre chirurgicale à Dieffenbach*. Bruxelles, 1839.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1844-1845, t. X, p. 458.
(4) Van Mons, cité par le professeur Serre (de Montpellier). *De la réunion immédiate*, 1830.

Je possède, dans mes notes, un fait des plus instructifs à cet égard. Je le recueillis dans le service de M. Labbé en 1881. Il s'agissait d'un malade porteur d'un énorme épithélioma de la région malo-orbito-frontale. L'œil était complètement envahi et l'épithélioma, un épithélioma sudoripare datant déjà de longues années, se hérissant de tous côtés de mamelons ulcérés, occupait tout le grand angle de l'œil, toute la région sourcilière, la partie inférieure du front, repoussait l'œil après l'avoir détruit presque complètement. La vue était abolie.

Ce vaste ulcère fut circonscrit au bistouri et largement enlevé. La cavité orbitaire complètement vidée après l'ablation, M. L. Labbé tailla un lambeau *de toute l'étendue du front*, c'est-à-dire large comme la paume de la main et ayant un pédicule au-dessus de l'oreille au niveau de la racine des cheveux. La réunion par première intention fut parfaite, et la peau du front fut remplacée par un mince tissu cicatriciel, dont la couleur normale et la rétraction ne permettaient pas de supposer qu'un aussi large emprunt avait été fait.

Tout resta ainsi pendant un an passé. Malheureusement à ce moment, au-dessous du lambeau qui fermait la cavité orbitaire se forme une tumeur, qui peu à peu le soulève et l'envahit. La récidive s'était faite au fond de l'orbite, d'une façon insidieuse, et toute nouvelle opération était contre-indiquée.

Il est donc bien démontré maintenant que cette influence heureuse du lambeau autoplastique n'était qu'une vue de l'esprit et qu'il ne faudrait pas se fonder sur elle pour défendre l'autoplastie immédiate.

VII

Les conclusions de ce travail sont faciles à tirer, nous les résumerons en quelques lignes, espérant ainsi tracer la conduite que l'on devra tenir après avoir pratiqué l'ablation d'une tumeur de la face.

Après l'ablation *large* de toute tumeur superficielle bénigne ou maligne, on devra tenter la réunion par première intention, si celle-ci est facilement réalisable, si on peut la faire sans tiraillements des lambeaux, sans crainte d'attenter à leur vitalité.

Lorsque ces conditions seront irréalisables, qu'il serait nécessaire, pour rendre possible une suture de la plaie opératoire, de faire des débridements, de rechercher au loin des lambeaux, il faudra laisser la plaie ouverte et, grâce à la rétraction inodulaire, à la diminution spontanée de l'étendue de la plaie, on pourra à un moment donné procéder facilement à l'autoplastie secondaire, que l'on ne devra faire que lorsque la cicatrisation spontanée aura donné tout ce qu'elle pourra donner, et que les dimensions de la plaie, en voie de cicatrisation, resteront stationnaires.

Si après une autoplastie immédiate, recherchée indument, les lambeaux se sont sphacélés, l'autoplastie secondaire en deviendra plus difficile, pour l'obtenir on n'aura plus à sa disposition que du tissu cicatriciel.

Si une opération préliminaire a été nécessaire pour effectuer l'ablation d'une tumeur située profondément, on pourra suivre deux méthodes différentes, suivant les cas, fermer la voie opératoire artificielle ou la laisser largement ouverte.

(1) Métaxas, p. 149.

La première méthode est celle que l'on doit toujours suivre dans les cas de tumeurs récidivant pendant un certain temps, mais susceptibles de guérison définitive (polypes nasopharyngiens). Elle permet de surveiller et de détruire les récidives dès leur apparition.

Dans le cas de tumeurs malignes de l'arrière-bouche, les auteurs sont partagés sur la conduite à tenir et les deux méthodes ont leurs partisans.

Par la première, on obtient, avec plus de difficultés d'antisepsie, une guérison plus rapide, qui n'est que temporaire, et on abandonne le malade à la récidive fatale. On ne cherche qu'à lui éviter, pendant les quelques mois qui lui restent à vivre, les douleurs intolérables et les manifestations effrayantes de son affection.

Par la seconde, on peut plus facilement éviter, par une antisepsie parfaite, les complications post-opératoires, et surtout surveiller la récidive que l'on s'attend toujours à voir réapparaître. Par des destructions répétées avec persévérance, on espère arriver à obtenir une guérison définitive.

C'est alors seulement qu'on serait autorisé à fermer la plaie résultant de l'opération préliminaire.

« Les inconvénients résultant, dans beaucoup de cas, de la longueur du traitement ou de la persistance de cicatrices plus marquées, que si on faisait des restaurations immédiates sont compensés par des succès thérapeutiques meilleurs et obtenus à moins de frais (Métaxas). »

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVIe SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Un cas de chromidrose rose. — M. ANDRÉ (de Toulouse). Dans la séance de l'Académie de médecine du 25 mars 1884, MM. Bergeron et Le Roy de Méricourt parlèrent d'un jeune collégien qui présentait, dans la région sous-maxillaire droite, une coloration rose, constituée par une transsudation de matières colorées provenant des glandes sudoripares.

Or, M. André a eu l'occasion de constater lui-même, au mois de décembre de l'année dernière, un second cas de chromidrose rose.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, non hystérique, présentant aux deux poignets et sous les ongles une transsudation rose qui fut examinée au microscope et qui était constituée par des granulations roses, isolées ou mélangées aux cellules épidermiques.

M. Le Roy de Méricourt, à qui l'observation fut soumise par l'auteur, déclara formellement que, pour lui, il n'existait aucun doute et qu'il s'agissait bien, chez cet individu, d'un second cas de chromidrose rose.

Un nouveau spiromètre. — M. JOAL (du Mont-Dore). L'appareil présenté par l'auteur est d'une très grande simplicité ; il consiste en deux vases de Mariotte superposés, sans soupape ni robinet. Son fonctionnement est régulier et la pression est constante.

De la mort par pendaison. — M. GOSSE (de Genève). L'auteur profite de deux cas nouveaux de mort par pendaison qu'il a eu l'occasion d'observer, cas analogues à celui qu'il a déjà signalé l'an dernier au Congrès de Nancy, pour appeler de nouveau l'attention sur cette question. Ces deux cas, dans lesquels le lien suspenseur ne comprimait pas la face antérieure du cou, montrent que les signes que l'on remarque ne peuvent être attribués qu'à la congestion cérébrale.

Il indique les expériences qu'il a faites dans ce sens sur lui-même. La compression des jugulaires a amené la perte de connaissance dans un temps très court, qui n'a pas dépassé trois minutes, sans douleur, mais avec une sensation de chaleur à la tête, d'ardeur à la peau du visage et d'un bruissement dans les oreilles.

On comprend, d'après ces faits, que, dans des cas analogues, on ne constate pas de lésions pulmonaires.

Un cas de maladie de Dupuytren dans la paralysie générale progressive. — M. RÉGIS (du Bouscat). Le nom de maladie de Dupuytren a été donné à une affection bizarre spécialement caractérisée par sa production au niveau des tendons des muscles fléchisseurs des membres, mais surtout à la paume de la main, des brides saillantes amenant la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Cette affection, considérée tout d'abord comme d'origine purement locale et traumatique, tend à être regardée comme la manifestation d'un état général qui serait presque toujours l'arthritisme.

M. Régis a observé un fait qui ne laisse aucun doute à cet égard. Le malade, de plus, présentait cette particularité qu'il était atteint de paralysie générale. La coïncidence de l'arthritisme de la paralysie générale et de la maladie de Dupuytren n'a pas encore été signalée. De son étude, M. Régis aura à se demander si la paralysie n'a pas été produite ou favorisée par la diathèse préexistante ; dans tous les cas il a cru bon de signaler un nouveau cas de maladie de Dupuytren chez un arthritique et de contribuer ainsi à établir la réalité d'une parenté morbide déjà signalée.

Note sur la suspension de la glycogénie hépatique. — MM. ARNOZAU et FERRÉ (de Bordeaux). Les auteurs appellent l'attention sur un point particulier observé au cours de quelques expériences sur les injections rectales d'acide sulfhydrique.

Tout en reconnaissant que la proposition de M. Bergeon est théoriquement vraie, dans l'application des lavements gazeux, ils ont pu penser que quatre organes devaient forcément subir les atteintes du gaz délétère : 1° l'intestin même où se fait l'absorption ; 2° le foie ; 3° le cœur droit que traverse le sang noir chargé de H S ; et 4° le poumon par où se fait l'élimination.

Ils ont spécialement examiné ce qui se passe dans le foie. Trois lapins auxquels on a fait les injections rectales sont morts assez rapidement. Chez ces animaux le tissu du foie fut trouvé absolument privé de sucre. Les injections rectales d'acide sulfhydrique avaient donc chez eux aboli la fonction glycogénique.

Il y a donc là un fait qui impose une certaine réserve dans l'administration des lavements gazeux d'acide sulfhydrique.

De l'action de l'extrait de coca dans les affections douloureuses de l'estomac. — M. D'ARDENNE (de Toulouse) a commencé à expérimenter l'extrait de coca dès le mois de novembre 1885. Les résultats furent très précis et démontrèrent que l'extrait de coca amenait la suppression rapide des douleurs consécutives aux maladies de l'estomac.

Son action est efficace dans toutes les douleurs gastriques, quelles qu'elles soient. Elle agit même lorsque les autres moyens ont échoué.

La formule qu'emploie M. d'Ardenne est la suivante :

Extrait de coca	10 grammes.
Sirop de fleur d'orange	50 —
Eau de tilleul	100 —

Par cuillerées d'heure en heure jusqu'à la suppression des douleurs.

M. CUNÉO (de Toulon) déclare que le chlorhydrate de cocaïne lui a donné des résultats semblables et a aussi fait disparaître les vomissements.

De la disparition des tumeurs de l'estomac. — M. HENROT (de Reims). Le diagnostic du cancer de l'estomac présente

---

(1) Voir le numéro du 29 septembre.

quelquefois au début de sérieuses difficultés. Mais quand le clinicien constate pendant plusieurs semaines une tumeur épigastrique, dure, bosselée, il conclut le plus souvent à la présence d'un cancer.

M. Henrot a observé deux cas dans lesquels il a fait cette constatation de la façon la plus positive et cependant, depuis cinq ans, les malades sont guéris et la tumeur a complètement disparu. En présence de ces faits qui ont été constatés par plusieurs de ses collègues, M. Henrot pense que, même quand on se croit en possession d'un signe réputé certain, comme la présence d'une tumeur épigastrique, il faut encore faire quelques réserves au point de vue du pronostic.

Recherche sur l'origine ancestrale de l'homme à l'aide du système dentaire. — M. FAUVELLE (de Paris). L'auteur débute par un exposé succinct de l'évolution du système dentaire dans la série des vertébrés. Les dents, ces papilles dermiques transformées, d'abord uniquement en rapport avec la muqueuse buccale chez les Sélaciens, deviennent adhérentes aux os des mâchoires chez les Téléostéens, les Amphibiens et un certain nombre de Reptiles. C'est dans cette classe qu'elles commencent à pénétrer dans le bord tranchant des maxillaires en se creusant une gouttière, d'abord moitié osseuse et moitié membraneuse, puis entièrement osseuse, et enfin divisée en alvéoles distinctes. Chez les mammifères elles se fusionnent diversement sur les parties latérales des mâchoires, sous l'influence de leur raccourcissement postérieur (arrière-molaires), puis par la réduction de leur région antérieure ou par la formation de la barre (prémolaires). Les dents composées, qui résultent de cette fusion, gardent la forme cylindro-conique de leurs éléments chez les omnivores; elles s'aplatissent latéralement ou transversalement chez les herbivores.

L'homme doit être rangé parmi les premiers. Dans toutes les races, le raccourcissement antérieur réduit à huit le nombre des prémolaires, formées chacune de deux denticules. Chez l'homme civilisé seul, l'état des dents de sagesse indique une tendance au raccourcissement postérieur. Notre système dentaire se distingue donc de celui des Anthropoïdes et des Pithéciens, uniquement par la composition des prémolaires qui, chez eux, ont toutes quatre denticules; mais cette différence s'efface dans la première dentition où ces dents présentent le même nombre d'éléments. C'est l'ontogénie qui établit la filiation. Les singes de l'ancien continent se rattachent aux Lémuriens qui normalement ont douze prémolaires, par le genre *Indri* qui en a huit à l'état adulte et dix avant la chute des dents de lait.

D'autre part la paléontologie nous montre les Lémuriens procédant des pachydermes suidés *Pachynolophus* et *Cœbocherus* par le genre *Adapis* de l'éocène, qui comme eux possède seize prémolaires : ce nombre n'a jamais été dépassé chez aucun des mammifères connus. En remontant plus haut encore dans les temps géologiques, chez les Marsupiaux qui apparaissent dès l'époque secondaire, on voit les dents, d'abord en série linéaire comme chez les Crocodiliens, se fusionner graduellement de manière à former les types actuels.

Enfin les singes de l'Amérique, qui ont 12 prémolaires à deux denticules comme celles de l'homme, se rattachent aux Lémuriens par celles de la première dentition, en tout semblable à celle des Makis. La famille des Cébiens a donc la même origine que celle des Pithéciens, seulement elle a divergé.

L'évolution du système dentaire nous fait donc voir l'homme descendant des Anthropoïdes et des Pithéciens, ceux-ci des Lémuriens qui eux-mêmes se rattachent aux pachydermes suidés de l'éocène. La filiation de ces derniers remontent aux reptiles à dents enchâssées en série linéaire par les premiers marsupiaux du trias et du crétacé. Cette généalogie présente encore des lacunes, mais les grandes lignes sont connues et les découvertes ultérieures ne pourront que préciser les détails.

De l'inspiration saccadée rythmique au cœur. — M. GRASSET (de Montpellier). Ce symptôme, distinct de la respiration saccadée que l'on étudie depuis Raciborski, a été signalé par Potain en 1877 dans un mémoire resté inachevé et n'a été l'objet d'aucune étude clinique complète. Il est constitué par une inspiration se faisant par saccades (le plus souvent trois), les saccades étant synchrones aux contractions cardiaques; le lieu d'élection est le sommet gauche et plus spécialement le long du bord gauche du sternum au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux. On peut l'entendre ailleurs, même à droite. Ce symptôme disparaît dans les fortes inspirations. Il est parfois complété par deux souffles systoliques légers à la fin de l'expiration. Quelle est la valeur séméiologique de ce symptôme? Sur les douzes observations recueillies par M. Grasset, sept concernent des tuberculeux : chez deux, la tuberculose était à gauche, mais, chez les cinq autres, elle était à droite (le symptôme étant à gauche, ou chez l'un d'eux à droite au-dessous de la lésion). Ce serait donc, chez les tuberculeux, plutôt un signe d'imminence tuberculeuse que de tuberculose confirmée. Chez les cinq autres malades il n'y avait pas de tuberculose (contrôle par l'examen négatif des bacilles chez trois); tous étaient anémiques et faibles de l'appareil respiratoire. En somme, l'inspiration saccadée rythmique au cœur ou synchrone aux contractions cardiaques n'est pas nécessairement un signe de tuberculose même commençante; ce n'est pas non plus un signe de cardiopathie, même au début. C'est un signe de prédisposition plutôt pulmonaire que cardiaque; c'est un signe de faiblesse respiratoire, une sorte de procédé pour constater la diminution de la force d'inspiration.

Deux formes nouvelles de kératite. — M. GILLET DE GRAMMONT (de Paris). La kératite en *sillons étoilés* est constituée par des ulcérations sous-épithéliales plus ou moins nombreuses, extrêmement petites, qui se présentent au début sous l'aspect de petites étoiles à cinq ou six branches, mais cette forme est si transitoire qu'elle échappe jusqu'alors à l'observation; en effet, les branches d'étoiles se développent peu à peu en produisant des vallons rectilignes qui vont au-devant les uns des autres, en produisant des sortes d'ulcérations racineuses. Tantôt ces ulcérations guérissent rapidement, d'autres fois elles amènent un sphacèle plus ou moins étendu; dans ce cas la guérison est très lente. Le traitement relève des antiseptiques.

La *kératite trabéculaire* est le résultat de l'infiltration des tubes cornéens par les cellules lymphatiques. Les tubes apparaissent alors sous l'aspect de petites aiguilles, d'où le nom de *trabéculaire*. Cette kératite apparaît chaque fois que survient dans l'œil une gêne de la circulation lymphatique.

Le traitement consistera donc à favoriser la circulation au retour, soit par une péritomie, soit par une évacuation de l'humeur aqueuse. Cette kératite est tantôt primitive, tantôt secondaire, on la retrouvera à la suite de toutes les kératotomies; dans ce cas les trabécules sont parallèles entre eux et perpendiculaires à la courbe du lambeau. La cicatrisation de la plaie suffit à amener la disparition des trabécules.

Du pouvoir convergent binoculaire métrique et de l'angle métrique. — M. STŒBER (de Nancy). La vision binoculaire ne peut exister que lorsqu'il y a réunion en une seule perception des images rétiniennes. Il y a pour cela nécessité que ces deux lignes de visée soient parallèles (en cas d'emmétropie et d'absence d'accommodation) et par conséquent à la distance des centres des pupilles maximum.

Quand l'objet se rapproche de l'infini, vers l'observateur, il est nécessaire que chaque œil possède l'adaptation optique à la distance de l'objet, ce qui est indispensable pour la netteté de l'image, mais il faut encore que les deux lignes de visée soient dirigées sur l'objet fixé par la fusion en une seule sensation des images propres à chacun des yeux. Cette direction des lignes du regard qui varie avec la distance qui sépare l'œil de l'objet, s'appelle la convergence et le rapport des deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini, jusqu'au point le plus rapproché de la vision périoculaire distinct sera le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché, fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophthalmo-dynamomètre de Landolt.

Tous les yeux emmétropes, myopes ou hypermétropes, placés chacun dans des conditions normales de vision et dirigeant leur rayon visuel à une distance de 1 mètre, ont un angle métrique égal à 1; mais il faut séparer les deux centres de rotation des yeux ou ligne de base. Le pouvoir convergent marche avec l'amplitude d'accommodation. Sauf pour les limites extrêmes, il sera plus grand chez un myope que chez un emmétrope, mais il sera plus faible chez l'hypermétrope que dans un œil normal.

Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë. — M. E.-J. MOURE (de Bordeaux). Les troubles de la voix dans le cours de la laryngite aiguë sont plutôt la conséquence d'un trouble musculaire que de *lésions matérielles* de la muqueuse. Le gonflement, la rougeur, l'état catarrhal, en un mot, produisent l'enrouement simple, uniforme, mais n'expliquent pas les *variations brusques* du timbre de la voix dans le cours de cette affection.

Les muscles les plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et crico-aryténoïdiens. C'est surtout la parésie et la paralysie de l'aryténoïdien transverse qui expliquent la *raucité de la voix* et *de la toux* et l'aphonie que l'on observe dans le cours de cette affection.

Introduction à l'étude des signes de la mort. — M. H.-M. ARNAUD (de La Josse). Le but de ce travail est d'établir la limite théorique de la vie et de la mort de l'organisme. Cette mort de l'ensemble est distincte de la mort locale. Elle consiste dans la mort du cœur et de l'appareil respiratoire actif, auquel l'auteur donne aussi le nom de *respirateur*. Donc, pour juger de la vie ou de la mort de l'organisme, il ne suffit pas d'interroger les diverses parties du corps organisé et de constater leur vie ou leur mort locale, il faut encore savoir si le cœur ou le respirateur sont vivants ou privés de vie; mais pour cela il ne s'agit pas seulement de savoir si ces appareils fonctionnent ou ne fonctionnent pas, il faut se demander encore s'ils ont conservé ou perdu leur aptitude à fonctionner.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 septembre 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire, pour prendre rang du 27 septembre 1887, les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Bernard, Ferrier, Loison, Ramey, Lebon, Odile, Vallois, Pech, Pauzat, Fradet, Trédos, Jannot, Tricot, Pouillaude, de Casaubon, Letellier, de Vésian, Farganel, Piussan, Kraus, Baradat, Colombel, Brault, Eymerie, Boyer, Narbona, Duco, Jacquin, François, Goudal, Simon, Auger, Vaïsse, Pruvost, Estor, Bosc, Sagrandi, Boyé, Morin, Bourdin, Quéhéry, Saintin, Lejour, Marignac et Drély.

Au grade de pharmacien aide--major de première classe. — Gaillard, Cornutrait, Cazac, Lahache et Bonnafous.

— Par décret, en date du 26 septembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Tarral, Chauvin, Favel, Porteret, Meyrignac, Gaillard, Caral, Legrain, Masson, Bidot, Monclar, Valin, Sacquin, Toussaint, de Fisson, Viard, Bouquet, Prenaut, Bauquel, Loriot, Frissard et Saint-Remy.

— Par décision ministérielle, en date du 27 septembre 1887, M. Girard, pharmacien aide-major de première classe, désigné pour l'hôtel des Invalides, a été affecté pour ordre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et détaché à l'hôtel des Invalides.

— Un concours pour trois places d'internes et trois places d'externes en médecine, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 21 octobre 1887, pour l'internat, et le 24 octobre du même mois, pour l'externat.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21709

N° 119. — MARDI 4 OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 4 OCTOBRE 1887. — N° 119

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Vulvite spontanée, traumatique, blennorrhagique. Pelvi-péritonite consécutive à un traumatisme vénérien. Diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès.

Nous en sommes restés dans la dernière séance à la recherche des signes indiquant la communication de maladies vénériennes. Je vous disais qu'il était assez fréquent de voir une vulvite aiguë se surajouter à une vulvite chronique. Et je peux faire pour la vulvite l'application de ce que Lasègue a décrit pour la rhinite des petits scrofuleux : une poussée survenant brusquement dans l'inflammation chronique de la muqueuse de Schneider, et l'érythème s'étendant sur les lèvres et sur les joues, particulièrement au moment des époques. C'est exactement la même chose pour les vulvites. L'irritation, venant souvent d'un état de saleté fréquent chez les enfants du peuple, amène une poussée aiguë qui modifie les caractères de la leucorrhée, en exagère l'intensité et en fait suspecter l'origine.

Tous les médecins qui ont soigné des jeunes garçons atteints de balano-posthite, savent que ces inflammations sont tantôt aiguës et guérissent complètement, d'autres fois sont d'emblée chroniques, mais exposées à subir des exacerbations aiguës. Il en est de même enfin pour toutes les manifestations scrofuleuses.

Quel est le rapport de la masturbation avec les vulvites ? On dit que les démangeaisons provoquent des attouchements qui provoquent des sensations particulières, etc. Je le veux bien, mais il me paraît impossible d'établir entre ces deux ordres de faits un trait d'union absolu, et je me crois autorisé à affirmer que l'inflammation spontanée est loin d'être exceptionnelle.

Je passe à la vulvite *traumatique*. On doit comprendre sous ce nom les vulvites qui résultent d'un attentat unique et plus ou moins violent, et les vulvites qui succèdent à des attentats peu violents mais répétés, que ceux-ci soient personnels ou impersonnels. Lorsque les violences ont été assez vives pour produire des ecchymoses, des déchirures, l'origine de l'inflammation ne saurait être douteuse. Ces cas sont les plus rares. Quelquefois, on ne trouve qu'une rougeur accompagnée de douleurs, sans ecchymoses et sans écoulement : il est encore facile de distinguer cette forme de la forme spontanée qui était caractérisée par un écoulement catarrhal abondant. Mais ces cas ne peuvent servir de types. Ordinairement, la malpropreté de la petite fille entretient les phénomènes inflammatoires.

La vulvite traumatique se distingue de la vulvite spontanée par sa marche, bien plus que par ses caractères objectifs. Généralement, la rougeur et l'endolorissement de la vulve se manifestent immédiatement après l'acte à leur maximum, tandis que l'écoulement n'apparaît qu'au bout de trois ou quatre jours, et s'accompagne d'une nouvelle exaspération de la douleur. Mais cette période latente échappe presque fatalement à l'examen direct, car l'intervention médicale n'est que bien rarement sollicitée dans les premiers huit jours, et, d'autre part, les renseignements fournis par les parents et par la petite fille sont toujours vagues et suspects.

Il y a encore un point sur lequel M. Descouts a beaucoup insisté avec juste raison, car il peut aider le diagnostic. Lorsque des parents viennent vous dire que leur enfant a été victime d'un attentat, on leur fait porter plainte au commissaire de police, qui, immédiatement, fait saisir la chemise de la petite fille. Il ne faut pas manquer d'examiner cette chemise qui se trouve parfois couverte d'une telle quantité de taches que l'écoulement peut être considéré comme manifestement ancien, et qu'on peut affirmer qu'il n'a pas été causé par l'attentat allégué ; on a déjà éliminé du sujet une des questions les plus embarrassantes.

Pour la vulvite *blennorrhagique*, chaque auteur s'attache de préférence à un caractère. D'après Tardieu, c'est la plus intense des vulvites, et elle se distingue par une turgescence extraordinaire des vaisseaux répandus à l'entrée de la vulve et du vagin, analogue à celle que présentent la verge et le prépuce d'un individu atteint d'une chaudepisse aiguë. Je ne crois pas qu'on puisse accorder à ce caractère une valeur absolue. Il en est de même du symptôme qu'on lui a substitué en Allemagne, l'abondance de l'écoulement (Casper) : il n'est pas constant et peut se rencontrer dans toutes les vulvites. Enfin, on a parlé aussi des abcès des glandes vulvo-vaginales ; mais ils peuvent être dus à d'autres causes, et le moment de la vie où ces inflammations sont le plus fréquentes, est précisément le moment des premières approches. Ces réserves faites, si vous trouvez réunis sur une

jeune fille tous ces caractères, vous aurez certainement des présomptions très grandes.

Un autre signe, beaucoup plus important, peut être tiré de l'examen de l'urèthre. Il est rare que la vulvite blennorrhagique n'envahisse pas la partie antérieure de l'urèthre. Surtout lorsqu'elle devient chronique, elle se trouve localisée à l'orifice de l'urèthre. Ricord et Rollet (de Lyon) tiennent l'uréthrite comme à peu près caractéristique et démonstrative de la blennorrhagie, communiquée chez la femme, adulte ou nubile.

Pour les petites filles, je crois qu'il y a lieu de faire beaucoup plus de réserves. Rien n'est plus fréquent que de voir, chez elles, une vulvite, simple ou traumatique, amener l'inflammation de l'urèthre. Mais je dois ajouter que, dans ce cas, elle ne survit pas à la période la plus aiguë de la vulvite, tandis que, lorsqu'elle est d'origine blennorrhagique, sa durée est beaucoup plus longue. Si, par conséquent, vous êtes fidèles à la règle que je vous ai donnée, de ne pas vous contenter d'un premier examen, lorsque vous reviendrez huit ou dix jours après, l'uréthrite non blennorrhagique sera guérie.

Depuis un certain temps, un nouveau procédé d'expertise est venu s'ajouter à ceux que je viens de vous signaler, je veux parler de la recherche des micro-organismes pathogènes de la blennorrhagie virulente. Il est certain que si le médecin légiste pouvait connaître exactement les conditions biologiques de la production du gonococcus de Neisser, il aurait en main un moyen de contrôle puissant. Bouchard d'abord, Cornil et Babès ensuite, l'ont vu par la coloration au violet de méthyle ou à la fuchsine dans le pus blennorrhagique, et ils ont démontré d'une façon incontestable qu'on le trouvait dans la tunique vaginale deux ou trois jours après l'infection. Mais il nous manque encore ce contrôle d'avoir produit la blennorrhagie par le gonococcus isolé. On en a tenté des cultures par le procédé des bouillons Pasteur ou de la gélatine de Koch. Jamais on n'a réussi à provoquer la blennorrhagie à l'aide de ces cultures. C'est pourquoi la démonstration absolue de la virulence du gonococcus nous fait encore défaut.

Pour résumer la discussion, la marche, la durée, l'intensité de la maladie sont plus grandes dans la vulvite blennorrhagique que dans les autres vulvites.

Vous pouvez être appelés à faire des expertises dans un cas particulier de pelvi-péritonite. Souvent, l'inflammation du vagin gagne la muqueuse de l'utérus et les trompes, et se développe alors comme une vaginalite autour d'une épididymite. Si la fille ne prend pas des précautions suffisantes, survient une péritonite généralisée, et, en présence de la mort, nous pouvons nous trouver en suspicion d'empoisonnement, de coups, etc.

Quelquefois la mort se produit subitement, sans cause appréciable. Je connais pour ma part deux processus semblables. La première fois, c'était dans le service de mon maître Lorain : une femme est morte pendant qu'on lui faisait une injection, sans pousser un soupir. A l'autopsie, nous avons trouvé une inflammation des trompes qui étaient gorgées d'un liquide muco-purulent. La seconde fois, j'étais interne de M. Gosselin; j'ai vu le même phénomène se produire chez une femme porteur d'un fibrome utérin. Quel est le mécanisme de cette mort subite? On peut supposer une contraction des trompes, et la chute d'une goutte de pus dans le péritoine. Mais l'interprétation reste libre.

Lorsque j'ai porté ces faits à la Société anatomique, M. Barth (l'ancien) en a cité deux autres, et presque tous les praticiens présents ont rapporté des cas analogues.

Voici maintenant un autre mécanisme très rare. Une jeune fille était morte en huit jours, après avoir contracté la blennorrhagie avec un homme qui la disait consentante. J'ai trouvé à l'autopsie une embolie de l'artère pulmonaire détachée d'une thrombose de la veine iliaque gauche, avec oblitération des veines du petit bassin et métrite.

J'ajoute un détail que j'ai omis à propos de l'hymen. Dans la rupture à deux lambeaux, avant que la cicatrisation n'ait pu se faire, il arrive que l'inflammation se propage aux veines et entraîne une phlébite. Il y a lieu de vous en souvenir.

Enfin, il ne nous reste plus qu'un caractère à considérer: l'inflammation des ganglions de l'aine. Il n'a rien de spécifique et dépend plutôt de l'intensité que de la nature du mal. Chez les petites filles strumeuses, les ganglions inguinaux sont toujours volumineux, mais lorsqu'ils sont gonflés par un travail lent et ancien, ils sont durs, mobiles, ont leurs limites nettement arrêtées; lorsqu'au contraire une inflammation récente les tuméfie, l'atmosphère celluleuse qui les entoure se gonfle, semble œdémateuse et dissimule leurs contours. En sorte que, si vous les sentez très bien, comme des petits noyaux isolés, vous pouvez dire que l'inflammation n'est pas très intense dans le moment.

Nous abordons l'étude des ulcérations de la vulve. Et d'abord lorsque vous penserez avoir affaire à un chancre mou, l'inoculation vous fournira un caractère spécifique certain. Seulement, vous aurez soin de le cautériser à temps pour arrêter son développement.

Il est bon de savoir que M. Fournier admet, contrairement à une opinion qui a cours dans le corps médical, que le chancre infectant chez la femme se complique presque toujours d'induration.

Le diagnostic différentiel du chancre et des différentes ulcérations de la vulve, herpétiques, aphteuses, diphthéritiques, etc., est souvent très compliqué. Lorsque vous serez appelés au début, les causes d'erreur sont si nombreuses et les conséquences de votre diagnostic sont si graves que vous devrez suivre l'ulcération depuis le commencement jusqu'à la fin de ce que M. Fournier appelle la période embryonnaire, car, à ce moment, l'érosion ne possède pas un seul caractère propre, et ce n'est que de son évolution ultérieure que vous pouvez attendre la sécurité de votre diagnostic.

Le chancre est souvent confondu avec l'herpès. Il peut être confondu avec l'herpès *creux* qui attaque le derme comme le chancre. Et il ne faut pas se fier à l'induration comme caractère distinctif, car l'herpès donne quelquefois la sensation d'induration, et d'ailleurs, dans le chancre, l'induration va depuis la sensation de marbre jusqu'à la sensation parcheminée. Mais il peut surtout être confondu avec l'herpès *confluent* qui forme des groupes d'érosions contiguës qui se fusionnent pour constituer une érosion assez large. Or, dans l'herpès, l'érosion est constituée par des segments réguliers de petites circonférences. C'est l'herpès *polycyclique* de M. Fournier. Le chancre, au contraire, ne présente jamais cette configuration géométrique, quoique plus ou moins arrondi.

Mais un piège que je dois vous signaler en terminant, c'est la coexistence des deux lésions.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVIe SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Observations d'anévrysmes aortiques guéris. — M. ANDRÉ (de Toulouse). La science ne paraît pas encore fixée sur la valeur du traitement ioduré dans les anévrysmes aortiques. Si M. le docteur Huchard est convaincu, de par sa propre expérience, de son efficacité, par contre, la majorité des membres de la Société médicale des hôpitaux est loin d'être de son avis.

C'est pourquoi l'auteur tient vivement à présenter aujourd'hui deux observations d'anévrysmes aortiques fortement améliorés par l'iodure de sodium.

Le premier de ces deux cas concerne un anévrysme simple du tronc cœliaque où la guérison a été rapide. Le second se rapporte à un individu qui était atteint d'une véritable diathèse anévrysmale. Cet homme avait eu d'abord un anévrysme du creux poplité traité avec succès par M. le docteur Fort (de Paris). Plus tard, il présenta un double anévrysme de la crosse aortique et de l'aorte abdominale. Grâce au traitement par l'iodure de sodium, l'amélioration fut telle qu'elle équivaut, pour ainsi dire, à une guérison.

Action des lavements gazeux. — M. BERGEON (de Lyon). Répondant à des objections, M. Bergeon affirme dans un nouveau mémoire que lorsqu'on injecte deux ou trois fois par jour en lavement du gaz acide carbonique chargé de vapeurs de sulfure de carbone tenant en dissolution des produits empyreumatiques ou traversant une forte masse d'eau sulfureuse naturelle, on voit diminuer le nombre des quintes de coqueluche dès le cinquième jour du traitement.

Avec quinze ou vingt lavements on peut obtenir la guérison complète de la coqueluche.

Dans l'asthme, M. Chantemesse a démontré l'action des lavements gazeux chargés de vapeurs sulfo-carbonées. La dyspnée est rapidement soulagée.

Dans la phthisie, on arrive à d'excellents résultats à la condition que le sulfure de carbone employé soit très pur.

Les accidents qui surviennent dans le cours d'un traitement par les lavements gazeux sont imputables seulement à l'impureté des gaz. Car, en remplaçant le sulfure impur par un autre chimiquement pur, la médication est reprise avec succès.

Dans la coqueluche et l'asthme, le sulfure de carbone réussit, pourvu qu'on emploie ce médicament à une dose suffisante. M. Bergeon, dans ces conditions, n'a jamais éprouvé d'insuccès et il croit que les détracteurs de la méthode ne se sont pas conformés à ses indications.

Note sur un nouveau procédé de recherche médico-légale du sang. — M. FERRY DE LA BELLONE (d'Apt). Au cours des opérations qui ont pour but la recherche du sang, on ne peut souvent disposer que de quantités très minimes de cette substance.

Celle-ci se trouve d'ordinaire répandue sur les vêtements, sur des lames ou des manches d'instruments, sur la terre ou sur des pierres, sous forme de taches plus ou moins bien conservées et qui peuvent avoir subi des frottements ou des lavages propres à les faire disparaître.

Ces diverses situations de la tache nécessitent des procédés d'isolement particuliers que je ferai connaître; mais le sang étant isolé, la technique que je vais indiquer a pour but de condenser, sous un très petit volume, la plus grande partie des éléments figurés qui le constituent, afin de les pouvoir soumettre à toutes les vérifications nécessaires.

Lorsque la tache est fraîche encore, son examen immédiat au microscope, dans une goutte de sérum artificiel ou de liquide de Hayem, permet d'y reconnaître tout de suite la présence des globules et leur forme, car ils n'ont pas encore subi d'altérations bien profondes.

Il n'en est plus de même si la tache est desséchée et si elle est ancienne. Il est alors difficile d'y retrouver des globules et de leur faire reprendre la forme qu'ils ont perdue.

Soit une tache sèche sur du linge. On la découpe en lanières étroites dont on dissocie les filaments avec une aiguille emmanchée, bien propre, et on les place dans un petit tube de verre — un tube à granules — à la surface d'une solution de chlorure de sodium à 1 millième.

Au bout de quelques heures, plus ou moins, suivant la saison, c'est-à-dire suivant la température, les éléments sont désagrégés et le liquide a pris une teinte brune rosée.

A ce moment on peut examiner au spectroscope le liquide contenu dans le tube, en plaçant, autant que possible, l'axe de celui-ci dans l'axe de l'instrument; la présence des deux raies caractéristiques d'absorption au voisinage de la raie de Frauhenofer indique la présence de l'hémoglobine.

Cette constatation étant faite — et elle est précieuse en ce sens qu'elle donne la certitude de la présence du sang *sans toucher* au liquide — il importe de rechercher les globules.

Les filaments ayant été retirés, après une agitation préalable qui détache et fait tomber dans le liquide de macération les éléments désagrégés, on verse dans le tube une ou deux gouttes de solution concentrée de chloral. Il se forme très vite un précipité rose qui bientôt gagne le fond. Quand ce précipité est bien tassé sur le fond du tube, on décante avec une pipette le liquide clair surnageant jusqu'à ce qu'il ne reste plus que le fond. Puis, toujours avec la pipette, on porte une goutte de celui-ci sur une lame porte-objet et on l'y étale.

La lame porte-objet, tenue entre les doigts, étant passée rapidement et à plusieurs reprises sur la flamme d'une lampe à alcool, il se forme un coagulum rougeâtre et il se sépare de ce coagulum un liquide clair que l'on enlève avec du papier buvard.

Il ne reste plus alors sur la lame porte-objet que le coagulum étalé sous forme d'une légère et mince pellicule; on le colore avec une solution de fuschine rouge, portée sur la pellicule même au moyen d'une pipette; puis quand la coloration est complète, on la lave par le même moyen avec de l'eau ordinaire.

On verse ensuite sur la pellicule une goutte d'acide acétique dilué et on recouvre d'une lamelle.

La préparation devient immédiatement transparente et la fuschine se fixe sur les globules qu'elle colore en rouge vif. Le microscope permet tout de suite de les observer en très grand nombre avec leur forme caractéristique.

Du sang de canard et du sang de poulet conservé en débris coagulés depuis sept ans m'a permis de retrouver les globules ovales.

Lorsque le sang à expertiser se trouve sur des lames d'instruments, sur du parquet, sur du bois ou sur des pierres, on le racle et on place la poussière ainsi obtenue dans un fin nouet de batiste, que l'on suspend au moyen d'un fil dans le tube à granule au milieu de la solution de sel marin.

Quand il est mélangé avec de la terre, la séparation des globules est plus difficile d'avec l'argile que la terre contient d'habitude et qui se précipite rapidement dans la solution saline.

On doit alors essayer de séparer, sur la platine du microscope à dissection, les particules qui, par leur coloration rougeâtre, rappellent l'aspect du sang et, quand on les a triées, les traiter par le nouet dans la solution de chlorure sodique, puis par le chloral.

Dans ce cas particulier, la recherche des cristaux d'hémine ou chlorhydrate d'hématine sera indiquée et on se rappellera que la condition essentielle pour que la réaction se produise, c'est qu'on ait affaire à du sang sec.

En tout cas, cette réaction pourra être utilisée comme moyen de contrôle des recherches précédentes.

(1) Voir le numéro du 1er octobre

Pour la réaliser, on prendra, avant tout traitement au chloral, une ou plusieurs gouttes de la solution brun rosé et on les évaporera à siccité sur la lame porte-objet à une douce chaleur.

Sur la préparation sèche, on fait agir *à chaud sous une lamelle*, une à deux gouttes d'acide acétique cristallisable; les cristaux d'hémine ne tardent pas à se montrer; ils sont surtout fort nombreux au moment du refroidissement.

Variation du rythme respiratoire chez le lapin rabique. — M. FERRÉ a observé chez le lapin rabique inoculé par trépanation un ralentissement continu et progressif de la respiration.

Il a recherché à quel moment débute ce ralentissement qui est l'indice d'accidents bulbaires.

D'après les tracés respiratoires qu'il a pris sur 10 lapins rabiques, pour 6 de ces animaux, le ralentissement a débuté au moins un jour avant l'apparition des symptômes paralytiques.

Chez les 4 autres ce phénomène a été constaté le jour de l'apparition des accidents. Mais M. Ferré pense que si la respiration avait été prise la veille, le même phénomène eût été constaté comme chez les 6 autres.

Deux des animaux ont présenté en outre, avant le ralentissement final, le cinquième jour de l'incubation qui a été une moyenne de 8 jours, pour chacun des 10 animaux, un premier ralentissement séparé du second par une augmentation sensible du nombre des mouvements respiratoires.

M. Ferré conclut que :

1° Chez le lapin atteint de rage paralytique, il existe dès le début, comme dans la rage des rues, des accidents bulbaires.

2° Les accidents bulbaires suivent la marche lente et progressive que les autres accidents présentent chez le lapin.

3° Chez quelques animaux, il peut se produire, très probablement, de légers accidents avec rémission suivie d'accidents définitifs, comme cela arrive pour les accidents moteurs.

4° Ces faits viennent à l'appui de la théorie de l'unité pathogénique de la rage.

De l'ectopie testiculaire et de la castration préventive chez l'adulte. — M. THIRIAR (de Bruxelles). L'ectopie testiculaire est relativement peu fréquente, elle est souvent le point de départ de dégénérescence cancéreuse. Je viens d'opérer deux tumeurs de l'espèce dont l'une provient d'une ectopie abdominale.

Observation I. — Il s'agit d'un volumineux carcinome du testicule en ectopie inguinale, chez un individu de cinquante-cinq ans. La tumeur, qui pesait 840 grammes, adhérait intimement au péritoine pariétal qui fut enlevé sur une étendue de 5 centimètres. Le ventre nettoyé, la cavité abdominale et la plaie furent refermées, et on appliqua un pansement antiseptique. L'opéré qui se remettait bien gagna une pleuropneumonie double le cinquième jour, et mourut en quarante-huit heures. L'autopsie démontra que le ventre était tout à fait sain.

Obs. II. — Il s'agit d'un carcinome du testicule gauche, en ectopie abdominale, chez un individu de trente-trois ans. Le début de la tumeur remontait à huit mois ; elle occupait toute la partie inférieure du ventre, une incision courbe partant de la crête iliaque gauche, passant au-dessus du pubis, aboutissait à droite, à trois travers de doigt du rebord iliaque. Le ventre fut ouvert, et l'épiploon, adhérant à la tumeur, fut entièrement réséqué. La tumeur, logée dans un repli du péritoine, occupait l'espace de Retzius et le petit bassin, elle avait refoulé la vessie à droite et en arrière. Malgré l'introduction d'une sonde, la vessie fut largement ouverte au cours de la dissection très difficile, qui finit cependant par avoir raison du néoplasme. Le péritoine fut suturé et la plaie abdominale soigneusement refermée par de nombreux points de suture. L'ouverture de la vessie fut fixée à la paroi abdominale, à droite de la ligne médiane, et l'écoulement de l'urine assuré par deux tubes de Périer ; un pansement à l'iodoforme recouvrit le tout.

La tumeur pesait 1 520 grammes.

Les suites de cette opération furent bénignes, l'opéré ne tarda pas à se remettre, et le 12 septembre (l'opération avait eu lieu le 2 août) il ne restait plus qu'une petite fistule urinaire, qui ne donnait que quand le malade était couché. Celui-ci se promenait toute la journée et se préparait à quitter l'hôpital.

On ne trouve pas d'exemple, dans les recueils, de tumeur du testicule en ectopie abdominale. Ces deux cas me confirment dans l'opinion que je professe, et plus que jamais je suis disposé à conseiller la castration préventive dans le cas d'ectopie testiculaire.

Outre cette tendance indiscutable à la dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse, d'autres raisons militent en faveur de l'intervention précoce.

Le testicule en ectopie est toujours infécond, lorsque l'individu a atteint un certain âge surtout. Maréchal prouve dans sa thèse que si, par exception, le testicule, au début de la puberté, peut encore sécréter quelques spermatozoïdes, il ne tarde pas à subir des altérations telles que l'organe devient complètement stérile, et par conséquent inutile, que l'on peut enlever sans aucune crainte.

Le testicule est le plus souvent en ectopie inguinale, et souvent alors il est accompagné de hernie. Celle-ci doit être maintenue par un bandage, très incommode et très douloureux ; elle peut aussi s'étrangler. Dans ce cas, aucun doute n'est possible, à la kélotomie il faut joindre la castration. Même sans étranglement, il est utile de faire la castration et d'y joindre la cure radicale de la hernie, ce qui est sans danger aujourd'hui.

Quand il s'agit d'un testicule en ectopie inguinale simple, il est tout aussi utile de conseiller la castration qui est d'une innocuité absolue, et qui ne prive l'individu que d'un organe stérile, menace constante de complications diverses, telles que contusions, inflammations traumatique ou blennorrhagique.

Pour l'ectopie abdominale, si je pouvais sentir le testicule, constater sa présence, je conseillerais de l'enlever. Dans le cas d'ectopie rénale ou iliaque, on ne peut sentir le testicule, il faut s'abstenir, car l'individu peut être anorchide, mais il faut le surveiller attentivement.

Les ectopies crurale, cruro-scrotale et périnéale présentent les mêmes indications que l'ectopie inguinale, car il ne faut pas oublier que l'ectopie la plus simple peut être l'origine de complications sérieuses.

En résumé : je conclus que la castration préventive doit être pratiquée dans les cas d'ectopie testiculaire chez l'adulte, car le testicule ectopié ne sert plus à rien, et est une source de dangers pour le patient.

Action entrophique du traitement térébenthiné. — M. ERNEST BRÉMOND fils (de Paris). En 1884, au congrès de Blois, M. Brémond a exposé par quelle action chimique sont engendrés les relèvements de constitution chez les malades soumis au traitement térébenthiné.

La méthode repose sur la pénétration du médicament à travers l'enveloppe cutanée, sous forme d'huile essentielle de térébenthine. Le malade, dépouillé de tout vêtement, est assis sur un fauteuil en chêne, dans un appareil clos et étanche ; autour de lui au moyen de la vapeur d'eau, sous pression, on projette de l'essence de térébenthine à la dose de 150 grammes.

M. Brémond a été conduit, par les premiers résultats obtenus dans le traitement des maladies causées par ralentissement de la nutrition, à appliquer ce même traitement à la phthisie pulmonaire qui, dans la pathologie humaine, est la cause la plus invincible de destruction organique.

Les malades soumis au traitement térébenthiné ont tous gagné une augmentation de poids de trois à cinq kilogrammes après un certain nombre de séances. Ce qui prouve l'efficacité de la térébenthine ainsi employée, c'est que le malade maigrit dès qu'il suspend le traitement et recommence à engraisser dès qu'il le reprend.

Les mêmes résultats ont été obtenus chez des gastralgiques et des arthritiques. L'amélioration est plus rapide lorsque les malades sont atteints d'affections exemptes de spécificité et chez ceux pour lesquels l'examen bactériologique n'a pas démontré l'existence de la phthisie.

Observations sur une pyo-salpingite tuberculeuse. — M. JEANNEL (de Toulouse). L'histoire anatomo-pathologique est plus avancée que l'histoire clinique de la salpingite et surtout de la salpingite tuberculeuse. Voici un fait où une salpingite tuberculeuse, revêtant une forme anatomo-pathologique non encore décrite, la forme kystique, a pris toutes les allures cliniques d'un kyste de l'ovaire uniloculaire inclus dans le ligament large gauche, avec cette particularité, cependant, que les débuts de la néoplasie s'étaient signalés par des accidents péritoniques, bientôt calmés. La malade avait vingt et un ans, le ventre était rempli par une tumeur lisse, uniforme, conique, à parois fermes. La fluctuation était difficile à trouver, mais réelle. L'utérus était rejeté à droite, les culs-de-sac postérieur et gauche, remplis par le kyste. L'utérus était vide, la menstruation régulière, la santé générale parfaite, les viscères sains.

Pendant l'opération, le kyste fut trouvé uni aux organes voisins par des adhérences générales, intimes, mais assez faciles à détacher. Les adhérences et les parois intestinales étaient criblées de granulations tuberculeuses. Le liquide contenu dans le kyste était du pus.

Le pyo-salpinx ne fut reconnu que lorsque le kyste enlevé put être examiné. L'examen histologique de la paroi du kyste montra une constitution semblable à celle de tous les abcès froids, avec cette particularité qu'on y voyait une couche de fibres lisses entremêlées dans un feutrage conjonctif. Il s'agissait donc bien d'un abcès froid de la trompe, lequel aurait été pris pour un kyste uniloculaire de l'ovaire.

Pareille erreur de diagnostic a été commise par Sirus, Peaslei, Spencer, Webbs, Trélat et Terrier. Secheyron a récemment décrit un cas analogue.

Peut-être la double notion du début aux accidents péritoniques répétés et de l'inclusion dans le ligament large d'un kyste uniloculaire, et pourtant non para-ovarien, devra-t-elle à l'avenir ouvrir les yeux du chirurgien.

Au point de vue pathogénique, il y avait lieu de se demander s'il s'agissait d'une tuberculose locale, c'est-à-dire résultant d'une inoculation directe, par la voie génitale, ou bien d'une tuberculose localisée, c'est-à-dire manifestant localement une infection générale.

La réponse est douteuse; du reste elle importe peu. En effet, la tuberculose inoculée devient générale, en un temps très court, si bien que la tuberculose locale, développée au point d'inoculation, prend presque immédiatement la valeur d'une tuberculose localisée. Tout individu, porteur d'une tuberculose chirurgicale, est atteint à la fois d'une infection générale latente ou non et d'un foyer localisé. Ce foyer localisé est un centre d'intensification pour l'infection générale. C'est pourquoi il importe de le supprimer le plus tôt possible, car c'est seulement alors que la thérapeutique générale aura prise sur l'infection générale latente. Mais encore est-il indispensable de supprimer totalement ce foyer localisé, sans quoi il récidive et reprend son rôle intensificateur. Or, dans le cas de pyo-salpingite tuberculeuse, l'intervention chirurgicale reste forcément incomplète, car il est impossible de supprimer les tubercules semés sur les intestins adhérant qui enkystent l'abcès salpingé, c'est pourquoi l'abstention ou le traitement palliatif devrait être de règle, si par aventure la pyo-salpingite était diagnostiquée sur le vivant.

Trois cas d'accouchement artificiel provoqué par le procédé de Krause. — M. FRÉDÉRIC MONOD (de Pau). M. Monod donne l'indication sommaire du procédé de la sonde à demeure de Krause pour provoquer le décollement des membranes, puis il expose trois observations personnelles se rapportant à trois femmes présentant des déformations rachitiques du bassin. (Deux étaient primipares, une était secundipare et son premier accouchement à terme avait été très compliqué.

Les douleurs se sont déclarées 3, 4 et 12 heures après l'introduction de la sonde. L'accouchement a duré, chacune des fois, 19, 24, 52 heures. Les enfants des primipares sont venus vivants, bien conformés; celui de la secundipare est mort pendant la longue durée du travail. Les suites de couches ont été régulières dans les trois cas.

En résumé la méthode de Krause présente comme avantages : sa simplicité d'application, sa sûreté d'action, sa rapidité, son innocuité. Les seules objections résident dans le risque de perforer les membranes, ce qu'on évite par la sonde molle, et le risque d'introduire par la sonde des matières septiques dans l'utérus. Dans ce dernier cas, il est facile de pratiquer l'antisepsie.

Il termine par une savante critique des trois autres principales méthodes qui sont : 1° l'excitation périphérique du col (procédé de Kiwisch); 2° la dilatation mécanique (procédé de Kluge); 3° la perforation des membranes (procédé de Meissner).

Quant au procédé de Tarnier, il est identique à celui de Krause et offre les mêmes avantages, avec cet inconvénient que l'instrument de Tarnier est moins facile à se procurer qu'une simple sonde.

Appareil pour l'étude des échanges gazeux dans la respiration de l'homme et résultats obtenus. — MM. F. JOLYET, J. BERGONIÉ et SIGALAS (de Bordeaux). On peut ranger les appareils construits par les physiologistes pour la respiration de l'homme ou des animaux en deux classes : 1° les auteurs ont surtout voulu rester dans les conditions physiologiques normales. Ils ont fait respirer l'individu ou l'animal en expérience dans l'air extérieur ou dans un courant d'air traversant leur appareil. Appartiennent à cette classe les appareils d'Andral et Gavarret (1843), de Vicrordt (1845), Pettenkofer et Voit (1862), de Speck (1871), Frederick (1880), Richet et Hanriot (1886). 2° Les auteurs ont essayé de réaliser l'idée de Lavoisier : « Faire vivre un animal pendant un temps suffisamment prolongé dans un espace clos où l'oxygène consommé soit sans cesse remplacé par du nouvel oxygène et où l'acide carbonique expiré soit absorbé sans cesse. » Appartiennent à cette classe les appareils de Lavoisier et Seguin (1788), Regnault et Reiset (1849), Ludwig et ses élèves, Pflüger et ses élèves, Hoppe Seyler (1878), Jolyet et Régnard (1878).

Notre appareil devant servir, en même temps qu'aux recherches ordinaires sur l'O absorbé et le CO^2 exhalé, à constater les variations de l'azote dans la respiration de l'homme, ne pouvait être qu'un appareil clos, appartenant, par conséquent, à cette dernière classe. Il se compose : 1° d'un masque hermétique dans lequel le sujet en expérience respire; 2° d'un système de pipettes oscillantes, à glycérine; 3° d'un appareil condenseur de CO^2; d'un réservoir servant à fournir et à mesurer l'oxygène (voir pour la description *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 22 août 1887). Le volume total de l'appareil peut être inférieur à vingt litres et l'expérience peut être prolongée indéfiniment. Le taux de CO^2 dans l'appareil, variable à volonté, est en général inférieur à 1 millième. Tous les désidérata indiqués par Lavoisier sont donc largement remplis.

Un appareil inscripteur indique automatiquement : 1° la durée en minutes d'une expérience; 2° le nombre de centimètres cubes d'O consommés; 3° le nombre et le rythme des mouvements respiratoires.

Chiffres de quelques expériences faites sur un homme de 55 kilog. ramenés à l'heure.

	CO^2	O	$\frac{CO^2}{O}$	Température.
I.	12 889cc	14 778cc	0,872	16 degrés.
II.	13 783cc	15 255cc	0,900	14°5
III.	15 032cc	17 025cc	0,884	14°7
IV.	12 306cc	15 074cc	0,816	17 degrés.

Le dosage de l'azote est extrêmement laborieux et, bien que notre conviction soit faite sur le sens du phénomène, nous attendrons pour donner des chiffres de nouvelles expériences.

Statistique de la couleur des yeux et des cheveux en France. — M. PAUL TOPINARD (de Paris) se proposait de faire connaître les premiers résultats donnés par la statistique de la couleur des yeux et des cheveux en France qu'il est en train de

dresser avec la collaboration de toute personne de bonne volonté. Il voulait s'attacher aux résultats donnés par la région toulousaine. Mais les dépouillements sur l'armée n'étant pas assez avancés, il doit s'en tenir à un exposé du point où en est l'opération. Les collaborateurs sont de trois sortes : les chirurgiens militaires autorisés par M. le ministre à répondre favorablement à la demande de M. Topinard, les chirurgiens de marine dans les quatre arrondissements maritimes et les établissements hors les ports et les civils : sociétés savantes, directeurs d'asiles, directeurs d'usines, médecins, pharmaciens, etc.

Le nombre de ces derniers ayant, par lettre figurant à leur dossier, demandé les feuilles à remplir, était au 15 septembre de 1127; en sorte qu'en ajoutant les chirurgiens de l'armée et de la marine le nombre total des personnes travaillant au relevé en question dépasse 2000.

Jusqu'à ce jour, c'est-à-dire en 4 mois environ, M. Topinard a reçu déjà 87,000 observations. Or, le quart au plus de ses collaborateurs civils ou militaires ont renvoyé leurs feuilles. Il est donc certain que l'opération a un plein succès et que l'on possédera, dans le cours de l'année, sinon au printemps, tous les éléments pour établir la carte de la répartition de la couleur des cheveux et des yeux en France, 1° par département, 2° par arrondissement, 3° par localités diverses dans bien des cas. Ces cartes ajoutées à celles de la taille que l'on possède et à d'autres sur l'indice céphalique et sur l'indice nasal dont on s'occupe, contribueront puissamment à la connaissance de la répartition et du degré de mélange çà et là de nos principales grandes races nationales.

Note sur les micro-organismes des eaux thermales. — M. A. CERTES (de Paris). Les anciens observateurs ont tous aperçu les masses blanchâtres qui forment la barégine des eaux sulfureuses et les conferves qui forment des plaques vertes à la surface des eaux peu minéralisées; mais ce n'est que tout récemment que l'attention s'est portée sur les microbes de dimension bien autrement petite qui se développent au griffon même des sources à des températures élevées (64°). A Cauterets, M. Olivier, à Luchon, MM. Certes et le docteur Garrigou, ont établi en 1886 l'existence de ces microbes dont le développement s'accentue au contact de l'air, au fur et à mesure que la température s'abaisse. M. Certes a constaté le même fait à Néris et à Lamalou et ces masses glaireuses qui servent de support aux sulfuraires et aux conferves ne sont pas autre chose que les zooglées formées par les bâtonnets mobiles du griffon. En d'autres termes, les eaux thermales constituent un bouillon de culture, dans lequel se développent, plus ou moins selon les circonstances, les germes atmosphériques qui pénètrent toujours au fond des galeries les plus longues et les plus obscures.

Qui dit microbe dit fermentation.

L'eau dont les malades font usage est donc toujours une eau dont la minéralisation est plus ou moins modifiée par la vie des micro-organismes.

Ces modifications sont-elles heureuses ou fâcheuses ? Certains états pathologiques fréquents au début des traitements ne tiennent-ils pas, au moins dans quelques cas, à une sorte d'inoculation ? M. Certes ne fait que poser ces questions qui sont moins du domaine de la biologie que de celui de la médecine.

M. Certes fait passer des cultures sous les yeux des membres de la section et décrit les procédés d'analyse des eaux dont il fait usage et qui, croit-il, sont conformes à une bonne méthode vraiment scientifique. . . . .

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire :

Candidats à seize inscriptions. — MM. Barthélemy, Delacroix, Gilles.

Candidats à douze inscriptions. — MM. Claude, Moutet, Amat, Claoué, de la Porte.

Candidats à huit inscriptions. — MM. 1. Albert, Decaux, Biscons, Spillmann, Darricarrère, Boursiac, Ausset, Jouis, Blum, Vielle;

11. Faivre, Moingeard, Arnould, Merlat, Roy, Martin, de Schuttelaëre, Nicolas, Sonrier, Marty.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. 1. Vialle, Muller, Jacob, Meyer, Cros, Giorgi, Regnault, Le Clerc, Menut, Solmon ;

11. Huot, Mouginet, Cordillot, Lejonne, Toubert, Montalti, Le Fort, Ulliel, Dubuc, Besson ;

21. Auné, Mourier, Bauméricille, Masson, Soulié, Descorps, Marotte, Saulay, Dubiquet, Rossi.

— Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1887, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, ont été désignés pour occuper des emplois de leur grade à la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam :

MM. les médecins-majors de première classe Lenoir et Landois.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Germion, Menuau, Bernhard, Laget et Polin.

MM. les médecins aides-majors de première classe Delarocheaulion et Chêne.

M. le pharmacien aide-major de première classe Pauleau.

— Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est terminé le jeudi 29 septembre 1887, à quatre heures et demie. Cette dernière séance a eu lieu dans l'ancien réfectoire du couvent des Jacobins, sous la présidence de M. Rochard.

Après l'adoption du vœu suivant : « Considérant que l'hygiène, ayant pour objet la conservation de la vie, n'est en réalité qu'une application des lois biologiques, quels que soient les moyens employés pour réaliser cette application; que par suite l'hygiène se rattache au groupe des sciences naturelles plus directement qu'à aucune autre et que ce rattachement importe à un classement méthodique; que le président actuel de l'Association française (M. le docteur Rochard), qui est un hygiéniste distingué, représente actuellement au fauteuil le groupe des sciences naturelles,

La section d'économie politique exprime le vœu que la section d'hygiène soit réunie désormais au groupe des sciences naturelles »;

L'Association dans cette même séance du soir, a procédé à l'élection du bureau pour l'année 1888. Ont été élus :

Président : M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts-et-Métiers;

Vice-président : M. de Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut;

Secrétaire général : M. Philippe de Clermont;

Vice-secrétaire : M. Armand Fournier.

La prochaine session aura lieu à Oran, au mois d'avril 1888, et la session suivante (année 1889) à Paris.

— *Faculté de médecine de Paris. Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours de midi à trois heures, dans le cabinet du doyen, du samedi 15 octobre au mardi 15 novembre inclus.

Le dossier scolaire de ces élèves sera constitué conformément aux règles établies par les articles 3 et 23 du décret du 30 juillet 1883.

Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours pour l'internat en médecine aura lieu le jeudi 8 décembre 1887. Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mairet, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Mairet est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé à M. Cavalier.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Dufour, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de botanique, pendant la durée du congé accordé à M. Faguet.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Garnault, docteur ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques de zoologie.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Gay, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21715

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous avons entendu, dans les dernières séances, quelques lectures qui faisaient pressentir des candidatures. L'une de celles que nous avons entendues aujourd'hui nous paraît être du même ordre.

La communication de M. Chauvel, sur deux cas d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face, est un nouveau titre à ajouter à ceux que l'habile chirurgien du Val-de-Grâce s'est déjà constitués auprès de l'Académie. C'est un acte de candidature, qu'une lettre officielle probablement très prochaine ne peut manquer de sanctionner.

MM. Hardy, Luys et Diday ont apporté de nouveaux faits à l'appui de la définition faite par M. Verneuil de « l'ulcération imaginaire de la langue ». Le fait était connu, les témoignages abondent de toutes parts. M. Verneuil aura eu le mérite de le définir. C'est quelque chose.

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVIe SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Notes sur une épidémie de fièvre typhoïde développée autour d'une usine. — M. BÉZY (de Toulouse). Trois faits importants ont mis en lumière le rapport entre les épidémies de fièvre typhoïde et la présence du bacille typhique : ce sont l'épidémie de Pierrefonds (présence du bacille dans l'eau d'un puits découverte par M. Brouardel), les épidémies de Paris correspondant avec la présence dans les conduits des eaux de certains réservoirs (bacille dans ces eaux démontré par M. Chantemesse), enfin l'épidémie de Belvès (Dordogne), coïncidant avec la présence du bacille dans les eaux d'une fontaine alimentant le quartier contaminé (MM. Brouardel, Schutzemberger et Marty : bulletin de l'Académie de médecine, septembre 1887).

L'auteur rapporte une épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté dans un village près de Toulouse, coïncidant avec la présence du bacille dans les résidus d'une usine qui a été le centre de l'épidémie. Son travail comprend trois chapitres :

I. *Histoire de l'épidémie.* — Huit malades, un décès, trois cas graves. Le premier malade atteint est un enfant de neuf ans dont l'habitation est à quelques mètres d'un fossé mère qui reçoit les résidus d'une distillerie où se fait la *rectification* de l'alcool. L'odeur infecte qui se dégage du fossé a décidé l'auteur à faire pratiquer l'examen de ces résidus.

II. *Recherches de l'agent infectant.* — Les résidus ont été examinés par M. Ch. Fabre (de Toulouse), docteur ès sciences, dans le laboratoire de M. Berthelot et au collège de France. L'analyse chimique a révélé la présence de chlorures, de cyanures, d'ammoniaques composées, de matières organiques. — Au point de vue des micro-organismes, l'examen a révélé une grande quantité de microbes. Le procédé des lévigations successives (Chantemesse), avec expériences de contrôle sur l'eau distillée qui a servi aux lévigations, démontre la présence du bacille typhique. — Y a-t-il une simple coïncidence, ou faut-il voir une relation entre l'épidémie et la présence du bacille? Quoi qu'il en soit, les résidus des distilleries, appelés vinasses, sont un milieu de développement pour les bacilles typhiques. Il s'agit de chercher les moyens de les détruire sur place.

III. *Moyens à prendre.* — Le décret de 1886, basé sur celui de 1810, classe les bâtiments dangereux en trois catégories, or, les distilleries de mélasse sont en troisième catégorie, et n'ont à répondre que du danger d'incendie. Il y a lieu d'obliger les propriétaires de ces usines à désinfecter les vinasses dans l'usine même, dans des cuves renfermant du sulfate de fer, comme cela se fait dans d'autres régions de la France. — Il faut ensuite faire désinfecter les fossés mères qui ont servi jusqu'à ce jour, avant le curage réglementaire. — Enfin, à l'avenir, il y aura lieu de classer les distilleries de mélasse en première catégorie, et d'obliger ceux qui voudront en établir à l'avenir à prendre toutes les précautions sous peine de répressions sévères.

Recherches microscopiques sur la nature parasitaire du paludisme. — M. E. MAUREL, médecin principal de la marine. De ses recherches M. Maurel conclut :

1° Qu'il sera toujours assez facile de distinguer un terrain salubre d'un terrain marécageux.

2° Que la faune et la flore des eaux des marais et celles des eaux potables ne diffèrent que par une question de quantité, mais que toutes les espèces que l'on rencontre dans les premières peuvent être rencontrées dans les secondes.

3° Que l'atmosphère des marais, outre cette même différence de quantité (et peut-être encore plus exagérée), diffère de celle qui couvre les lieux sains par la présence de corps qu'il a considérés comme des amibes en voie de développement.

4° Que la suite de ses recherches l'a forcé d'admettre que, parmi ces corps, il peut s'en trouver qui ne sont peut-être que les corps de Laveran à leur premier état de développement.

(1) Voir le numéro du 4 octobre.

5° Que s'il n'a jamais trouvé les corps de Laveran dans ses préparations, il a vu deux formes de ces corps dans ses propres préparations, à savoir : la forme en croissant en 1884 et un corps flagellé en 1887.

6° Que ce corps flagellé est bien réellement un élément étranger au sang, et qu'on ne saurait le confondre avec une modification et une altération des hématies ou des leucocytes.

7° Que les corps que Laveran a le premier signalés dans le sang des paludéens, il les a retrouvés dans des macérations végétales datant de quelques jours.

8° Que ces corps, dans les premières phases de leur évolution, peuvent être confondus avec les amibes, mais que plus tard ils en diffèrent d'une manière constante par la présence de flagella.

9° Qu'à partir du moment où ces corps ont des flagella, ils présentent des caractères qui ne laissent aucun doute sur leur identité avec les corps de Laveran.

10° Que ces corps à l'état complet de développement succombent facilement à la dessiccation complète et qu'ils ne sont nullement reviviscents.

11° Que leur résistance à la dessiccation est d'autant plus grande que leur évolution est moins avancée.

12° Que les corps complets peuvent résister à une dessiccation incomplète.

13° Que les formes les plus primitives offrent une plus grande résistance que les formes plus avancées.

14° Que les éléments qu'il a trouvés dans les macérations peuvent continuer à vivre, et même pendant un certain temps, dans un mélange de sang et d'eau de macération.

15° Qu'il paraît donc probable que le corps flagellé de Laveran et celui qu'il a trouvé sont identiques.

16° Que tout en établissant une grande présomption sur le rôle que ces micro-organismes jouent dans l'étiologie du paludisme, certains doutes subsistent encore.

17° Que pour les faire disparaître, il faudrait d'abord bien établir que ces micro-organismes existent bien dans l'air des marais, au moins dans la première période de leur développement; ensuite, qu'introduits expérimentalement dans l'organisme, ils peuvent produire le paludisme; enfin, que cette dernière affection n'existe jamais sans eux.

Étude sur le pouls rétro-sternal. — M. E. MAUREL. Après avoir dit ce qu'il entendait par le pouls rétro-sternal et comment on le prend, M. Maurel, médecin principal de la marine, expose les nombreuses recherches qu'il a faites à cet égard, aussi bien à l'état de santé qu'à l'état de maladie. Cinq cents sujets, dont deux cents bien portants et trois cents malades, ont été examinés dans ce but. Ce symptôme serait constitué par des battements perçus en déprimant fortement les téguments au-dessus de la fourchette du sternum, en conduisant l'index environ à un centimètre au-dessous et en arrière du bord supérieur de cet os. Or, tandis que chez les premiers le symptôme ne se rencontre pas 10 fois sur 100, on le rencontrerait, au contraire, chez les autres 37 fois sur 100. C'est là un premier fait intéressant.

Mais de plus, en descendant dans le détail, M. Maurel a constaté que c'est surtout dans certaines affections que sa fréquence est la plus grande, et parmi elles figurent les affections du cœur et la fièvre typhoïde dans sa première période.

Le pouls rétro-sternal serait dû aux battements du tronc brachiocéphalique veineux gauche, battements qui lui seraient communiqués par les troncs artériels qui partent du sommet de la crosse de l'aorte. Quant aux causes qui font qu'il est perçu chez certains sujets et non chez d'autres, le Dr Maurel les voit soit dans un déplacement de ce tronc veineux, soit dans sa dilatation. Du reste, les faits saillants de cette communication intéressante sur un symptôme passé jusqu'à présent inaperçu, et qui peut avoir son importance, ont été réunis par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas, on peut, en déprimant les téguments au-dessus de la fourchette sternale, et en suivant le plan postérieur du sternum pendant un centimètre environ, sentir de véritables battements auxquels j'ai donné le nom de *pouls rétro-sternal.*

2° Ces battements se rencontrent parfois chez l'homme sain; mais ils sont beaucoup plus fréquents dans le cours des maladies.

3° Ces battements me paraissent être ceux des artères qui naissent de l'aorte, transmis au tronc brachio-céphalique veineux gauche.

4° Parmi ces maladies, il en est quelques-unes dans lesquelles la fréquence du pouls rétro-sternal est telle qu'on peut le considérer comme un de leurs symptômes.

5° On le trouve fréquemment surtout dans les affections du cœur et la fièvre typhoïde.

6° Sa cause varie : à l'état normal, il faut l'expliquer par une disposition anatomique spéciale. Pour l'état pathologique, on peut invoquer : A, un rapprochement mécanique du tronc brachiocéphalique veineux gauche; B, une dilatation due à une gêne de la circulation en retour; C, une dilatation passive sous l'influence d'une diminution de la tension veineuse; D, une insuffisance de la valvule tricuspide.

7° Ce symptôme peut rendre quelques services dans le diagnostic et surtout dans le pronostic de certaines affections.

8° Il constitue un moyen pratique, utile pour nous faire suivre l'état de la tension veineuse.

Note sur le rôle des déménagements dans le réveil de quelques maladies infectieuses. — M. DE MUSGRAVE-CLAY (de Pau). L'auteur ne se propose pas d'étudier la question (les faits qu'il possède sont trop peu nombreux), mais plutôt d'indiquer à ses confrères une cause possible, et qu'il n'a vue jusqu'ici mentionnée nulle part, du réveil de quelques maladies infectieuses. Lorsqu'une épidémie est terminée, on voit souvent apparaître un cas isolé de la maladie qui a sévi épidémiquement; on apprend alors quelquefois que les voisins du malade ont déménagé récemment, et que ces voisins avaient été atteints par l'épidémie; ou bien encore c'est le malade actuel qui vient d'emménager dans un local où la maladie épidémique avait frappé quelqu'un. Il est probable, en pareil cas, que le déménagement a, par le soulèvement des poussières, etc., remis en circulation l'agent infectieux. M. de Musgrave-Clay a observé trois faits (deux cas de diphthérie et un de rougeole) dont l'étiologie lui a paru relever directement de ce mode d'infection, et sur lesquels il donne quelques renseignements propres à justifier cette étiologie; il a tenu à faire connaître ces faits, bien qu'ils soient peu nombreux, d'abord pour éveiller l'attention des observateurs, et ensuite pour fournir un argument de plus en faveur de la désinfection des locaux dans les cas de maladies infectieuses.

De la résection du genou et de la simplification de son traitement consécutif. — M. OLLIER (de Lyon). Je suis arrivé à éviter les difficultés qu'éprouvent la plupart des chirurgiens dans les pansements consécutifs à la résection du genou en les rendant aussi rares que possible. Grâce à l'iodoforme, j'ai donné aux opérés un membre solide en trente jours pour les enfants, en soixante jours pour les adultes.

Dans l'opération, je m'efforce de conserver les ligaments latéraux, et, dans le pansement, je réalise une antisepsie parfaite, qui permet de ne faire que des pansements rares, et un drainage ne laissant pas d'anfractuosités et conduisant à obtenir la réunion par première intention.

Dans dix cas de résection, je n'ai enlevé le pansement qu'une seule fois dans les premiers jours. Dans les neuf autres cas, je n'ai pas enlevé l'appareil avant le cinquantième jour, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

En résumé le pansement de la résection du genou est une source de difficultés pour le chirurgien, à cause de l'immobilisation consécutive, pour laquelle on a inventé d'innombrables appareils. On peut n'employer qu'un seul appareil : l'attelle plâtrée, à la condition de réaliser une antisepsie parfaite. De plus, il faut panser la plaie à l'iodoforme qui est encore le meilleur antiseptique actuellement connu.

Deux observations de résection du coude. — M. PAMARD (d'Avignon). La résection du coude est une excellente opération et les résultats obtenus dans les deux cas communiqués par l'auteur en sont une nouvelle preuve.

Le premier de ces deux cas est celui d'une femme de vingt-six ans, lymphatique, qui, à la suite de son accouchement, fut atteinte d'orthopathie du coude. La maladie fut traitée par les pointes de feu, les applications de teinture d'iode, par des vésicatoires, en un mot par tous les moyens ordinairement usités en pareil cas, sans succès, et la femme entre dans le service de M. Pamard.

Celui-ci hésita tout d'abord à opérer la malade en raison de l'indolence des accidents. Cependant l'impotence des membres le décida, au bout de quelque temps, à intervenir et à pratiquer la résection sous-périostée du coude, par le procédé en baïonnette et après toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse. Les suites furent des plus bénignes, sauf une très légère suppuration et malgré la présence dans la plaie d'un tampon d'iodoforme qui y avait été oublié et qui ne fut retiré qu'au bout de trois semaines.

La malade recouvra son coude ainsi que tous les mouvements de flexion, d'extension, etc.

Le second cas est celui d'une jeune fille de seize ans, domestique, qui se trouvait dans les plus mauvaises conditions hygiéniques. Rabougrie, mal nourrie, elle fut opérée de la même façon que la malade précédente. Les fongosités articulaires furent râclées; dix centimètres du cubitus furent enlevés. Les suites *immédiates* de l'opération ne furent pas aussi bonnes que chez l'autre malade, il y eut de la suppuration qui nécessita l'ouverture d'un foyer purulent. Mais, à dater de ce moment, les suites devinrent excellentes et l'opération fut suivie en définitive de résultats aussi bons que dans le cas précédent. Bien plus, elle eut une excellente influence sur la santé générale de la malade qui grandit, se développa parfaitement et dont la constitution fut absolument renouvelée. Les mouvements du coude ont été entièrement recouvrés.

M. MARÉCHAL rapporte une observation datant de deux ans environ.

Il s'agit d'un jeune homme dont le coude fut pris dans une machine à hacher la paille. On allait lui amputer le bras, lorsque M. Maréchal fut appelé à le voir et pratiqua la résection du coude, enlevant huit centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les résultats de l'opération furent excellents et dès le troisième pansement (vingt-huitième jour après l'opération), la guérison était obtenue. L'auteur craignait une consolidation avec ankylose angulaire, le coude ayant été placé à angle droit; il n'en fut rien et tous les mouvements normaux de l'articulation furent entièrement recouvrés.

M. JEANNEL a eu l'occasion de revoir ce matin même un de ses malades dont il a réséqué le coude à la suite d'une chute, dans laquelle il y avait eu à la fois commotion cérébrale et broiement du coude. Dès que les accidents cérébraux furent suffisamment amendés, la résection fut pratiquée, l'humérus était menacé d'ostéomyélite, 10 à 12 centimètres de cet os furent enlevés (les os de l'avant-bras étaient sains). Il y eut une suppuration étendue et ce ne fut qu'au bout de trois mois que le membre put être placé dans un appareil inamovible. Aujourd'hui cet homme a un bras de polichinelle.

M. J. REBOUL, à propos de la communication de M. Pamard, communique l'observation suivante :

Une femme de quarante à quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur Monod, pour un kyste synovial du poignet, à qui M. le professeur Velpeau avait fait une résection du coude gauche pour une tumeur blanche. Mouvements normaux absolus. Pas de cavité anomale, la malade se servait de son membre supérieur gauche; et ce n'est que dans un examen approfondi que nous avons constaté cette ancienne résection. D'après la malade, le professeur Velpeau aurait réséqué 10 centimètres de l'humérus et les extrémités des os de l'avant-bras.

Un cas de polype du larynx; expulsion spontanée; guérison. — M. J. CHARAZAC (de Toulouse). Madame L. L..., âgée de trente et un ans, est envoyée à Luchon en 1883 pour des douleurs rhumatismales et de la raucité de la voix, qui date de dix ans environ.

A l'examen laryngoscopique, M. le docteur Terras qui la voit, constata dans le larynx la présence d'un polype de la grosseur d'une petite fraise, mamelonné et dont le volume empêche de déterminer exactement le point d'implantation. La tumeur présente un aspect muriforme; sa consistance est ferme à l'attouchement avec la sonde laryngée.

Le polype va grandissant pendant plusieurs années et la gêne respiratoire était devenue très considérable en même temps que la voix avait complètement disparu.

Pendant l'hiver 1886, la malade, prise d'un violent accès de toux, rejette dans son mouchoir la masse charnue qui constituait la tumeur laryngée. Le laryngoscope montre le larynx normal à l'exception du tiers antérieur de la corde vocale droite qui présente la trace parfaitement nette du point d'insertion de la tumeur. Il existe encore un reste du pédicule filiforme. La malade respire parfaitement, sa voix est assez nette. Six mois plus tard, toute trace de tumeur avait disparu du larynx de la malade.

Il n'existe dans la science que deux ou trois cas authentiques de pareille terminaison des polypes du larynx.

Traitement de certaines hémorrhagies par la révulsion sur la région hépatique. — M. L.-H. PETIT Il est un certain nombre d'hémorrhagies spontanées (épistaxis, flux hémorrhoïdaux, etc.), et traumatiques secondaires, qui sont sous la dépendance d'une affection du foie.

La révulsion sur la région hépatique, au moyen de douches froides ou d'un large vésicatoire, a amené la cessation de ces hémorrhagies.

Ce mode de traitement, appliqué dans plusieurs cas par M. Verneuil en France et par M. Martin en Angleterre, leur a été inspiré par la relation qui existe entre certaines hémorrhagies et une affection hépatique, affection qu'ils avaient constatée chez leurs malades.

Je communiquerai plusieurs observations nouvelles recueillies, depuis la communication de M. Verneuil à l'Académie de médecine, par MM. Tachard, Sales, Gérard Marchant, et qui viennent confirmer l'opinion de M. Verneuil à cet égard.

Ces observations sont relatives à des épistaxis rebelles; M. Verneuil a observé, en outre, une malade chez laquelle une hémorrhagie secondaire répétée s'étant produite dans un foyer de suppuration, a fait rechercher et constater l'état morbide du foie, a été traitée, après l'insuccès des moyens habituels, par l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique et a été définitivement guérie.

La théorie des actions réflexes qui relient deux régions malades semble expliquer le mieux l'action de la révulsion en pareil cas. L'affection du foie paraissant être la cause des hémorrhagies survenues dans les observations citées, il a semblé logique d'exercer une révulsion énergique sur l'hypochondre droit pour traiter l'hémorrhagie qui, en effet, s'est arrêtée.

Parmi les observations rapportées par M. Petit, nous citerons principalement :

1° Celle de M. Tachard (de Colombes) qui, précisément au moment de la communication de M. Verneuil à l'Académie, soignait une dame, atteinte de cirrhose du foie, d'une épistaxis rebelle pour laquelle il avait employé sans succès tous les moyens habituels. La mort paraissait imminente, lorsque M. Tachard, ayant lu le compte rendu de cette communication, appliqua un vésicatoire sur le foie et sauva la malade.

2° Ce fait non moins intéressant a été recueilli dans le service de M. Reclus, à Bicêtre, suppléé alors par M. Gérard Marchant.

Il s'agissait d'un infirmier de 60 ans qui, en 1874, à la suite d'une fièvre intermittente, avait été pris d'épistaxis et d'hémorrhagie par les gencives. En 1876 et 1878, à la même époque, les accidents se reproduisirent; puis, en 1881, où M. Kirmisson, pensant à une affection du maxillaire, enleva deux ou trois dents et pratiqua une cautérisation sans succès, car le sang coula en-

core par le nez et la bouche pendant une douzaine de jours et s'arrêta par le sulfate de quinine.

En mai 1887, il survient des épistaxis abondantes et répétées ; on ne trouve aucune tumeur dans les fosses nasales, mais une hypertrophie du foie qui dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt. Les moyens habituels, tamponnement compris, n'ayant pu arrêter l'hémorrhagie, M. Marchant fait appliquer sur la région hépatique, comme venait de le recommander M. Verneuil, un large vésicatoire. Au bout de vingt minutes, l'épistaxis diminua; elle avait complètement cessé au bout d'une heure et n'a pas reparu depuis.

M. TISON (de Paris) a eu deux cas d'hémorrhagie par l'anus; et, dans les deux cas, il ne s'agissait pas de flux hémorrhoïdaire, le sang venait bien de l'intestin.

Le premier malade paraissait ne rien avoir du côté du foie ou des reins. Il fut guéri par les astringents.

Le second malade présentait une rate volumineuse, on lui donna du sulfate de quinine, puis on lui appliqua un vésicatoire sur les régions hépatique et splénique. Il n'eut aucune action sur les dimensions de la rate; mais on détermina une amélioration par des injections d'ergotine.

Il se produit en réalité des hémorrhagies sous l'influence de causes qui nous restent encore inconnues et dans lesquelles le foie est resté intact.

M. JEANNEL (de Toulouse). Un individu à la face hépatique et hémorrhoïdaire est atteint d'un érysipèle phlegmoneux de la fesse. Le foyer est incisé sans que l'opération soit suivie d'aucun accident hémorrhagique; mais, quelques jours plus tard, à la suite d'une seconde incision, des hémorrhagies considérables se produisirent au bout de huit ou dix heures. Il ne recourut pas à l'application de vésicatoire sur la région hépatique mais se borna à cautériser la plaie avec le thermo-cautère et la guérison s'ensuivit.

De l'action de la cocaïne alcalinisée associée à de faibles doses de morphine dans les affections de l'estomac et du tube digestif. — MM. SALET et AFCHAIN (de Saint-Germain). Dans ce travail, on étudie d'abord l'action physiologique de la cocaïne seule, puis associée aux alcalins, enfin additionnée de très faibles doses de morphine, et, pour terminer, l'action thérapeutique du mélange ainsi constitué.

Il paraît résulter de ces recherches et des observations cliniques qui en ont été la conséquence :

1° Que la cocaïne exerce sur les muqueuses des voies digestives une action aussi certaine que sur les muqueuses extérieures;

2° Que pour que cette action soit aussi complète que possible, il faut faciliter l'imprégnation des muqueuses gastriques, en favorisant les sécrétions gastro-intestinales; de là l'association de la cocaïne aux alcalins;

3° Que pour que cette action ait son maximum, il faut ajouter à ce mélange de très légères doses de morphine.

Contribution à la méthode antiseptique. — M. TACHARD (de Colombes). Quoique toutes les observations chirurgicales publiées débutent le plus souvent par cette formule : toutes les précautions antiseptiques ont été prises, la méthode de Lister est mal ou très incomplètement appliquée par la majorité des chirurgiens.

Cette méthode est simple, mais il faut suivre rigoureusement les règles fixées et tous les chirurgiens le peuvent s'ils veulent se conformer aux principes.

Par la pratique antiseptique, on obtient la réunion immédiate intégrale; le moindre oubli à la pratique antiseptique amène la production du pus. Il faut donc avant, pendant et après l'opération, maintenir le champ opératoire dans une rigoureuse asepsie, en observant les règles de la méthode antiseptique.

Des divers modes d'administration du mercure et de leurs inconvénients dans la pratique. — M. TERSON (de Toulouse). L'auteur désire adresser un appel aux ophthalmologistes et aux syphiliographes, qui font partie du Congrès de Toulouse, pour déterminer le meilleur mode d'administration du mercure dans le traitement de la syphilis oculaire.

Il rappelle que, tout récemment, M. Balzer a préconisé l'emploi des injections sous-cutanées de calomel en suspension dans l'huile de vaseline. Mais la discussion soulevée à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux a dénoté des divergences d'opinions sur la façon dont le mercure doit être administré de préférence.

Bref, le but de M. Terson est de ramener l'attention sur une question non encore résolue et il serait heureux de réussir à provoquer de nouvelles études sur ce sujet.

Action des lavements gazeux dans certains défauts corporels des recrues et des enfants. — M. BERGEON (de Lyon). Une question actuellement à l'ordre du jour de quelques sociétés d'hygiène est celle des moyens qui peuvent permettre de corriger les défauts corporels des recrues.

M. Bergeon, en appliquant sur eux sa méthode des lavements gazeux, eut l'occasion de constater une amélioration notable chez les enfants atteints de scoliose au début. Leur poids s'augmente et on note une ampliation de la poitrine.

Ses premiers résultats l'ont amené à formuler la proposition suivante :

Chez les recrues soumis au même traitement on obtiendra :

1° Un accroissement de 1 centimètre à 4 centimètres de périmètre thoracique;

2° Une augmentation de poids de 1 à 5 kilogrammes.

En même temps plus de vigueur physique, de plus l'amélioration persiste après la cessation du traitement. Un certain nombre de conscrits pourraient donc en tirer un grand avantage.

Des abouchements anomaux de l'uretère à la vulve, au vagin. Étude clinique sur l'incontinence d'urine congénitale, et considération d'embryogénie sur une variété peu connue d'anomalie uretérale. — M. SECHEYRON (de Paris). L'abouchement anomal de l'uretère dans le vagin, à la vulve, près du méat, est une malformation d'une rareté extrême. Cette malformation est marquée par un symptôme caractéristique : l'incontinence d'urine congénitale.

Son existence soulève une question d'embryogénie très intéressante.

L'anomalie peut être simple ou complexe, bilatérale ou unilatérale.

L'anomalie bilatérale est, en règle générale, complexe, accompagnée de malformations incompatibles avec la vie (cas de Palfym, de Viguier, de Pigné, de Depaul).

Il n'existe, selon toute vraisemblance, qu'un seul cas d'anomalie bilatérale, double fistule urinaire, vulvaire, congénitale, qui ait été compatible avec l'existence (cas de Schrader, 1674).

L'uretère, anomalement situé le long du vagin, s'abouche à la vulve, près du méat, ou bien se termine en cul-de-sac sur les côtés de l'urèthre, à une hauteur variable du vagin; dans ce cas d'uretère en ectopie et imperforé, il s'agit, on le comprend, de trouvailles d'autopsie.

L'abouchement anomal de l'uretère à la vulve s'effectue au niveau et sur les côtés du méat urinaire.

Il existe un pertuis à quelques millimètres de la vulve, petit orifice d'un canal qui se poursuit sur un des côtés du vagin. Le cathétérisme avec un stylet démontre son indépendance de la vessie, du vagin, et sa continuation au delà de la vessie.

L'écoulement de l'urine que l'on voit sourdre de cet orifice démontre, ainsi que son indépendance de la vessie, sa nature uretérale (cas de Josso, Soller, Baker, Emmet).

Les uretères en ectopie, terminés en cul-de-sac, se reconnaissent facilement. Leur situation au-dessus des ligaments larges; la terminaison de leur extrémité supérieure à une masse kystique, rein dégénéré, placé parfois lui-même en ectopie, sont des caractères distinctifs de premier ordre.

La terminaison en cul-de-sac peut se faire à une hauteur variable au-dessus de la vessie, en avant du col, près du méat uréthral (Société de gynécologie et Société de biologie, février 1886, obser-

vation personnelle); ce sont trois degrés d'une même anomalie.

Ces anomalies uretérales sont surtout distinctes de la persistance des canaux de Wolff.

Cette persistance est d'une rareté extrême. Cependant plusieurs anomalies uretérales ont été décrites comme formant une persistance du canal de Wolff.

Le caractère essentiel de cette anomalie est tiré de sa situation complète dans les ligaments larges et sur les côtés du vagin. Le canal de Wolff persistant doit être en tous points analogue aux canaux de Gartner observés chez la truie, la vache. La coïncidence d'une anomalie rénale, vésicale, plaide surtout en faveur d'une anomalie uretérale.

L'anomalie uretérale s'explique par un abouchement anomal de l'uretère dans le sinus uro-génital. Ainsi s'établit une communication avec une partie plus ou moins élevée de l'atlantoïde abdominale; et, ainsi, un abouchement dans une partie plus ou moins élevée de la vessie, en arrière ou en avant du trigone, en avant même du col vésical.

L'abouchement peut se faire aux confins du sinus uro-génital, près du méat, en avant de l'extrémité inférieure des canaux de Muller : vagin.

L'abouchement dans le canal génital, bien plus rare, est d'une explication difficile, puisque le canal génital est postérieur, dans son apparition, à celui de l'uretère. Dans ce cas, il faut faire intervenir les connexions très obscures qui, à leur naissance, relient, d'après Tourneux, Balfour, Sadgwich, canaux de Muller et canaux de Wolff, d'où dérivent les uretères. Peut-être, canaux de Wolff et uretères manquant leur abouchement au sinus uro-génital, se perdent sur les côtés du canal vaginal ou s'y abouchent. Le canal de Wolff disparaissant, l'anomalie de l'uretère sera l'unique résultat d'un défaut de développement.

Les anomalies bilatérales et complexes des uretères, telles que celles que nous décrivons, sont une preuve nouvelle et formelle des liens d'évolution qui relient les malformations multiples du cloaque.

Ces liens ont été récemment bien mis en relief par M. le professeur Jeannel (de Toulouse), dans une judicieuse étude sur les abouchements de l'uretère dans l'intestin.

L'anomalie uretérale, le plus souvent simple, marque : 1° l'indépendance à peu près absolue, au point de vue du développement, de l'appareil génital et de l'appareil urinaire; 2° la possibilité d'un rein normal dans ses fonctions, avec un uretère s'abouchant en dehors de la vessie, à la vulve, au vagin.

L'imperfection uretérale s'accompagne d'une disparition du parenchyme rénal. Le rein parfois en ectopie se transforme en kyste.

L'incontinence d'urine vulvaire ou vaginale, au-dessous de la vessie, est assez facile à réparer. Il est au contraire d'une pratique fort délicate de remédier à une fistule uretérale congénitale de la partie supérieure du vagin : dans ce dernier cas, la création d'un canal artificiel, long de plusieurs centimètres, complique l'opération sans la rendre toutefois impossible.

Si toute tentative échoue, il pourra paraître utile de pratiquer la néphrectomie.

Traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales. — M. JEANNEL (de Toulouse). A la suite de hernies étranglées, abandonnées à elles-mêmes ou brutalisées par d'intempestives manœuvres, de véritables fistules pyo-stercorales, possédant la constitution classique, peuvent s'établir.

Ces faits relèvent de la méthode opératoire préconisée par M. Verneuil. Les deux observations suivantes en font foi.

Dans la première, la guérison a été obtenue au bout d'un an; dans la seconde, la fistule était définitivement fermée au bout de trois mois. Il est évident que la gravité de ces fistules n'égale pas celle des fistules consécutives à des phlegmons étendus et profonds.

M. Jeannel communique, en outre, une observation d'anus contre nature consécutif à une hernie étranglée, traité en vain par l'entérotomie et la compression, et qui fut guéri complètement par l'entérorrhaphie.

Enfin, il soumet une observation de fistule stercorale, ombilicale, consécutive à une obstruction, améliorée trois mois après, sinon terminée par l'expulsion d'un noyau de cerise.

L'expectation constitua tout le traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature pour la section de pathologie chirurgicale de MM. Horteloup, Le Dentu et Terrillon (renv. à la section);

2° Une lettre de candidature pour le titre de correspondant de M. le docteur Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille ;

3° Une lettre de M. le docteur Garcin, à propos de la réclamation de M. le docteur Seiler (renvoyée à la commission nommée);

4° Une lettre de M. le docteur Sandras, sur les altérations de la voix produites par l'acide fluorhydrique (comm. MM. Féréol, Proust et Hérard).

M. LE PRÉSIDENT, au nom du conseil, déclare une vacance dans la section d'anatomie et physiologie.

Ulcérations imaginaires de la langue. — M. HARDY, à l'occasion du procès-verbal, revient sur les faits exposés, dans la dernière séance, par M. Verneuil et MM. Fournier, Labbé et quelques autres membres, relativement à l'ulcération imaginaire de la langue. Il croit qu'il ne s'agit dans ces faits que d'une hyperesthésie de la langue chez les névropathes ou chez d'anciens syphilitiques qui ont pris beaucoup de mercure. Il a eu l'occasion de voir très souvent cette sorte de perversion de la sensibilité chez des malades qui avaient pris des quantités considérables de mercure, et chez lesquels on ne constatait à peine que quelques érosions insignifiantes sur les parois buccales. Tous croyaient avoir des ulcères ou même des cancers de la cavité buccale.

Quant au traitement, c'était à peu près exclusivement aux alcalins et tout au plus parfois à quelques préparations phéniquées qu'il avait recours. Le temps, le plus souvent, avait seul raison de cet état, ainsi que de la névropathie dont il dépendait.

M. LUYS. C'est surtout chez des hypochondriaques qu'on observe les faits de ce genre. Ils sont beaucoup plus communs qu'on ne semble le croire. Quelques-uns de ces malades, au lieu d'accuser des ulcérations de la langue, accusent une sensation d'oblitération du gosier. Ces phénomènes sont souvent des prodromes, soit de la paralysie générale, soit de l'hypochondrie. Ils relèvent de la médication applicable aux états nerveux.

M. BESNIER considère cet état morbide comme plus fréquent qu'on n'a paru le croire jusqu'à présent. Il a été signalé souvent comme un état mental.

M. VERNEUIL communique à l'Académie la note suivante :

M. DIDAY (de Lyon). M. Verneuil, a parfaitement dénommé cette affection, et en la séparant de la névralgie linguale, il l'a définie conformément aux règles scolastiques, par la différence prochaine.

En effet, dans les deux cas, il y a douleur; et lorsque, comme dans la névralgie, il n'y a que douleur, qui pourra dire si, oui ou non, elle est imaginaire ? Mais dans la maladie signalée par M. Verneuil, ce qui la distingue et la caractérise, c'est que, au nombre de ses symptômes, figure une ulcération, ulcération, il est vrai, simplement alléguée.

J'ai surtout vu le siège de cette lésion être rapporté au tiers postérieur de l'un des bords de la langue, là où les plis verticaux qui existent à l'état normal, peuvent, lorsqu'ils sont hypertrophiés par l'usage du tabac et de l'alcool, faire croire au malade que l'intervalle qui les sépare est une ulcération réelle.

Le même tour est joué à l'imagination des clients, par une

plicature arrondie qui se voit, chez certains sujets, de chaque côté du filet de la verge.

Vers 1860, je fus appelé trois fois, à un mois d'intervalle, pour un malade d'une ville voisine qui croyait avoir la vérole, mais qui souffrait cruellement du *mal de Verneuil*. La première fois je le quittai rassuré. Mais ce mal étant sujet à récidive, il me fallut faire trois voyages.

Cette lubie ne relève que du traitement moral. Dans le cas actuel n'ordonnez jamais iode, ni mercure. Le malade s'armerait de cette déclaration, pour croire à l'origine syphilitique de son mal.

Je ne songerai pas davantage aux cautérisations ou aux excisions. Je condamne surtout ces moyens, parce qu'ils pourraient réussir. Rappelons-nous qu'il y a quarante ans, il suffisait d'exciser, chez un bègue, quelque muscle se rendant à la langue, pour voir cesser cette infirmité. Quant à l'ulcère imaginaire, on pourrait attendre, de l'opération ou du caustique, un même effet révulsif sur le système nerveux. Et qui pourrait répondre que, mis en goût par le bon résultat immédiat, le malade et peut-être le chirurgien ne dissent que « si l'effet n'a pas été durable, c'est qu'on n'a pas assez coupé, » et qu'ils n'agissent en conséquence.

LECTURES

Mécanisme des accouchements dans les bassins anomaux. — M. CHARPENTIER lit, au nom de M. le docteur Queirel (de Marseille), un travail ayant pour titre : *Des occipito-postérieures, mécanisme de l'accouchement dans les bassins anomaux et rétrécis.*

L'auteur se fonde sur un grand nombre d'observations rapportées dans ce mémoire, pour formuler cette proposition qui en résume l'esprit, savoir : que dans la position occipito-postérieure, étant donné un bassin anomal ou rétréci, la rotation de la tête ne peut s'effectuer et l'accouchement s'accomplir qu'à la condition de sa flexion préalable (comm. MM. Guéniot et Charpentier).

Myopie scolaire. — M. JAVAL fait une communication sur la myopie scolaire.

M. Javal distingue les sujets atteints de myopie scolaire en deux catégories : les uns qui accommodent facilement leur vue par le mécanisme ordinaire; les autres qui ne peuvent l'accommoder que par l'élongation du cristallin. Les myopes de la première catégorie doivent être traités au moyen de verres spéciaux ; pour les autres, il suffit de simples conseils pour empêcher le développement de la myopie. Ce résultat peut être sûrement atteint si l'affection est reconnue à temps.

Extraction tardive des projectiles enclavés dans les os de la face. — M. CHAUVEL lit un travail sur deux cas d'extraction tardive des projectiles enclavés dans les os de la face. La relation de ces faits justifie les propositions suivantes, qui résument ce travail :

Dans les coups de feu de la face, lorsque le projectile, enclavé dans les os, peut être retiré sans danger, son extraction immédiate nous paraît indiquée. Quand le projectile, abandonné dans les parties, détermine des accidents secondaires, persistants, le chirurgien ne doit pas compter sur le temps pour amener la cessation des troubles morbides; il doit intervenir et extraire le corps étranger. Ces règles s'appliquent à toutes les régions, où les conditions anatomiques, comme à la face, rendent toujours très difficile et le plus souvent impossible l'asepsie du foyer traumatique (comm. MM. Larrey, Tillaux et Perrin).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves du service de santé militaire, dont nous avons donné, dans notre dernier numéro, la liste par ordre de mérite, sont attachés aux hôpitaux militaires suivants :

Hôpital du Gros-Caillou, à Paris. — MM. de la Porte, Decaux, Spillmann, Moingeard, Muller, Meyer, Regnault, Huot, Lejonne, Masson.

Hôpital Saint-Martin, à Paris. — MM. Delacroix, Moutet, Amat, Darricarrère, Jouis, Blum, Giorgi, Le Clerc, Solmon, Cordillot, Ulliel.

Hôpital de Besançon. — M. Faivre.

Hôpital de Bordeaux. — MM. Boursiac, Ausset, Vielle, Vialle, Menut, Montalti, Dubuc, Descorps.

Hôpital de Clermont-Ferrand. — M. Besson.

Hôpital de Lille. — MM. Arnould, de Schuttelaëre, Le Fort, Dubiquet.

Hôpital Desgenettes, à Lyon. — MM. Albert, Nicolas, Marotte.

Hôpital de Montpellier. — MM. Barthélemy, Gilles, Claoué, Merlat, Cros, Toubert, Aune, Mourier, Bauméricille, Soulié et Rossi.

Hôpital de Nancy. — MM. Claude, Martin, Sonrier, Mouginet.

Hôpital de Toulouse. — MM. Biscons, Roy, Marty, Jacob.

Hôpital de Tours. — M. Saulay.

Les élèves devront être rendus, aux hôpitaux ci-dessus indiqués, le 10 novembre 1887.

— *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883, fixant le régime des cours dans les Facultés).

ARTICLE PREMIER. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre.

Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération.

Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours.

Le registre est clos par le doyen et visé par le recteur de l'Académie ou par son délégué.

ART. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'étudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire.

En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre.

Pour des motifs graves, le conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions, avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou École après le 1er janvier.

En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

ART. 3. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer :

1° Son acte de naissance;

2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur. (La signature doit être légalisée.)

3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au doctorat doivent produire les diplômes suivants (décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres, 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint, ou de l'enseignement secondaire spécial);

Les aspirants à l'officiat doivent (décret du 30 juillet 1886), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le recteur.

Les candidats qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spécial délivré par le recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration.

Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art. 6. — Tout étudiant, convaincu d'avoir pris une inscription pour une autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année.

Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée, sans recours, par la Faculté à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté dans une autre, ou dans une école, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir :

1° Son acte de naissance;

2° Un certificat de scolarité, délivré par le doyen et visé par le recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournements, stage, travaux pratiques, etc.

Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du recteur.

En cas de refus du doyen de délivrer le certificat, le ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige, pendant deux ans, de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté.

Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins (décret du 20 juin 1878).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21729

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Des érythèmes polymorphes,

Par L. Jacquet, interne à l'hôpital Andral.

I

Il est bon de faire remarquer, au début de cette étude, que, pour l'école viennoise, le terme érythème polymorphe a un sens plus compréhensif qu'en France, Hebra, en effet, en avait fait un groupe subdivisé de la façon suivante :

Érythème polymorphe.
- 1° Érythème exsudatif.
  - *a* E. exsudatif multiforme.
  - *b* E. noueux.
- 2° Roséole exsudative.
- 3° Urticaire.

Pour nous, ce terme correspond simplement à la première subdivision, et il est devenu synonyme d'érythème exsudatif multiforme, nous l'emploierons exclusivement dans ce dernier sens.

Sous cette dénomination, F. Hebra a réuni un certain nombre de *formes éruptives*, considérées, avant lui, comme autant de maladies différentes. Cette synthèse dermatologique était à ses yeux légitimée par ce fait, que chacune de ces formes correspond à l'une des *phases évolutives* de la même éruption. La conception d'Hebra est acceptée, hâtons-nous de l'ajouter, par l'immense majorité des dermatologistes de tous pays. Elle simplifie fort avantageusement toute une partie de la nosographie cutanée. En voici la preuve ; avant Hebra les éruptions dont suit la liste :

Érythème papuleux,
— tuberculeux,
— annulaire,
— iris,
— gyraté ou marginé,
— noueux,
— vésiculeux ou Hydroa,
Herpès iris, herpès en cocarde, ou érythème vésiculeux iris, en cocarde (2) ;

(1) F. Hebra, *Traité des maladies de la peau*. Traduct. Doyon, t. I, p. 145.
(2) Nous n'ajoutons pas *érythème bulleux*, on verra pourquoi tout à l'heure.

étaient autant de dermatoses à signification voisine pour quelques auteurs, mais cependant distincte et à étiologie pathogénique supposée différente.

Montrer que la tache hyperhémique simple, plus ou moins papuleuse, peut, chez un certain nombre de malades, revêtir, par son *évolution ultérieure*, un aspect correspondant à chacune des étiquettes nosologiques ci-dessus mentionnées (1) était, sans aucun doute, rendre un signalé service à la dermatologie.

Si les choses en étaient restées là où les avait fixées l'illustre chef de l'école de Vienne, notre tâche serait relativement aisée ; nous aurions à définir quelle place occupe l'érythème polymorphe dans la classe des dermatoses exsudatives aiguës, comment Hebra la lui a légitimement acquise, et tout serait dit. Mais il en va tout autrement : Hebra lui-même et à sa suite Kaposi, Lewin, etc., admettaient déjà que la forme ultime du processus érythémateux est la vésicule, et même, *par fusion de plusieurs vésicules*, la bulle ; d'où les *érythèmes exsudatifs, vésiculeux et bulleux*. Pour eux, toutefois, cette dernière catégorie était restreinte, la bulle n'étant qu'un épisode particulier de la vésiculation.

Depuis eux, au contraire, on a fort élargi le cadre de l'érythème polymorphe ; de nombreuses éruptions bulleuses, que les bulles fussent un phénomène accessoire ou majeur, ont été considérées comme en faisant légitimement partie, et à la liste ci-dessus reproduite, il faut joindre l'érythème polymorphe *bulleux*. Deux élèves distingués de l'école française actuelle, MM. Nodet (2) et de Molènes-Mahon, ont beaucoup contribué à faire évoluer la question dans ce sens. M. de Molènes a eu d'autant plus d'action sur les idées régnantes, qu'il écrivait sous l'influence directe d'un dermatologiste éminent, M. Ernest Besnier. Sa thèse (3) est, avec le mémoire de Lewin (4), le travail le plus consciencieux et le plus remarquable, qui, depuis Hebra, ait été publié sur la question.

On peut maintenant se rendre un compte exact de la complexité de cette étude : l'érythème polymorphe englobe d'une part la presque-totalité des érythèmes ; de l'autre, il s'étend sans limites bien précises, dans le champ si vaste et si peu exploré des affections bulleuses et s'annexe une moitié du domaine des pemphigus !

(1) Sauf pourtant la nouure.
(2) Nodet, *Contribution à l'étude des éruptions pemphigineuses aiguës*. Th. de Lyon, 1880.
(3) De Molènes-Mahon. *De l'érythème polymorphe*. Th. de Paris, 1884.
(4) Lewin, *Charité Annalen*, 3e année, Berlin, 1878.

A ce point d'extension, notre tâche est donc délicate, quoique nous désirions simplement montrer le plus clairement possible :

1° Comment le groupe érythème multiforme est actuellement constitué et s'il l'est légitimement;

2° Quelle est la valeur des interprétations pathogéniques qui en ont été données.

II

Une citation éclairera d'un jour très vif toute une partie de cet exposé (1) : « L'efflorescence, dit Hebra, consiste en papules ou tubercules aplatis, d'une teinte bleu-sombre ou rouge-brun, dont la grosseur varie, de celle d'une lentille à celle d'une fève. Leur nombre n'est pas le même dans les différents cas. La peau immédiatement adjacente est rouge lors de leur apparition, mais cette coloration tient simplement à l'injection vasculaire, persiste peu de temps, disparaissant au plus tard dans l'espace de vingt-quatre heures. Quand elle cesse ainsi, cette rougeur hyperhémique ne laisse après elle aucune pigmentation, et les papules et les tubercules, qui sont d'un rouge sombre, deviennent encore plus facilement visibles qu'ils ne l'étaient auparavant.

Dans les cas les plus légers, les papules ou tubercules (correspondant à l'*E. papulatum* et à l'*E. tuberculatum*) persistent seulement pendant quelques jours. Ils surviennent aux doigts et ils ressemblent alors beaucoup aux engelures, et ils ne laissent après leur disparition qu'un léger dépôt pigmentaire.

Si la maladie persiste longtemps, les tubercules s'aplatissent, leur coloration rouge s'étend aux parties adjacentes de la peau et disparaît du centre. Un cercle rouge se forme ainsi autour de chaque papule ou tubercule.

Cette modification constitue l'*Erythema annulare*.

D'autres fois, cependant, le centre de cet anneau est indiqué par une plus petite papule ; ou bien encore un second anneau peut se développer autour du premier, et à une petite distance ; ainsi, on observe soit un petit anneau avec une papule à son centre, soit deux cercles concentriques. Ces efflorescences caractérisent l'*Erythema iris*.

Dans quelques cas, l'affection arrive à son terme après avoir subi ces transformations. Sa durée alors est très courte ; la rougeur des anneaux disparaît successivement, et en laissant seulement après sa disparition une légère pigmentation.

Dans d'autres circonstances, cependant, les cercles, formés par les tubercules que j'ai décrits plus haut, ne blanchissent ni ne s'effacent aussi rapidement, mais s'étendent d'abord par leur périphérie. Ainsi les différents anneaux, primitivement isolés, se rapprochent les uns des autres, se touchent et, en dernier lieu, se confondent. De cette manière, il se forme des lignes sinueuses, résultant de la réunion des segments de plusieurs anneaux ; et c'est à cette efflorescence qu'on a donné le nom d'*Erythema gyratum seu marginatum*. Après un intervalle de temps plus ou moins long, ces anneaux cessent enfin de s'étendre, leur coloration rouge diminue graduellement ; la maladie se termine sans donner lieu à d'autres changements pathologiques, et elle est suivie d'une desquamation et d'un dépôt pigmentaire peu prononcés.

Il résulte donc de la description précédente que l'*Erythema papulatum* représente la phase la plus légère, et l'*Erythema gyratum* le degré le plus élevé dans le développement de cette affection.

Aussi, suivant l'époque à laquelle le même malade sera soumis à l'observation médicale, on pourra diagnostiquer soit un Erythema papulatum, *soit un* E. annulare, *soit un* E. gyratum. *Il est facile de comprendre comment les dermatologistes qui ont observé de tels cas, seulement à certaines périodes, avaient supposé qu'ils se rapportaient à des espèces différentes, tandis que, quand on les étudie cliniquement, on doit adopter ma manière de voir, c'est-à-dire être convaincu qu'ils sont tous identiques.*

Dans quelques circonstances, on voit apparaître, simultanément avec cette forme d'érythème, des éruptions de diverse nature, avec la seule différence qu'elles sont vésiculeuses. Elles ont été, en conséquence, classées par Willan, sous le nom d'herpès. Il est toutefois impossible de ne pas admettre que l'*Herpès iris* et l'*Herpès circinatus* tiennent aux mêmes causes que l'*E. iris* et l'*E. annulare*, et qu'ils diffèrent seulement en ce que, dans la première de ces deux maladies, les vésicules qui se développent ont une marche aiguë et rapide, sont réunies par groupes et autour d'un centre commun. Tous les autres caractères sont les mêmes dans les deux classes, et l'opinion exprimée il y a longtemps par Rayer, que l'*Erythema iris* et l'*Herpès iris* sont de simples modifications d'une seule maladie, est parfaitement exacte. »

Toutes réserves faites, sur les dénominations *herpès iris* et *herpès circinatus* (1), auxquelles il est très préférable de substituer, comme le demande M. Besnier, le nom d'érythème vésiculeux circiné ou iris, on doit convenir que cette description est exactement conforme aux faits cliniques. Nous n'insisterons pas sur ce point qui est universellement reconnu. Notons seulement que, pour Hebra, il y a une filiation directe, nécessaire, entre ces diverses modalités éruptives ; il y a *transformation* de l'une à l'autre, selon une série ascendante, allant de la papule simple aux éruptions plus complexes. L'affection peut d'ailleurs, le fait est des plus fréquents, ne pas aller jusqu'au terme ultime de cette évolution, elle peut en rester à l'un quelconque des degrés, et même ne pas dépasser le premier ; mais, pour qu'un érythème *vésiculeux*, par exemple, puisse être légitimement rapporté au groupe érythème multiforme, il faut, dans l'intention du créateur de l'entité, qu'il ait franchi, plus ou moins rapidement, les degrés intermédiaires.

Ceci dit, et cette constatation est importante, on le verra plus loin, il reste à rattacher à cet ensemble une des variétés au sujet de laquelle se sont montrées quelques dissidences : nous voulons parler de l'érythème noueux (dermatite contusiforme de certains auteurs allemands).

La plupart des dermatologistes allemands, Kaposi, Lewin, Auspitz, se sont ralliés à l'opinion d'Hebra qui en fait une simple variété *anatomique* de l'érythème papuleux. Cependant, Neumann et Behrend se sont séparés de lui sur ce point.

En France l'opposition a été encore plus nette : avant la réforme d'Hebra, Bazin, Duriau et Legrand, rapportaient l'érythème noueux à l'arthritis, au rhumatisme; Trousseau (2) admettait entre ces deux éruptions « de notables affinités, quelque chose de commun, comme entre la variole et la varicelle par exemple, mais elles différeraient par des caractères qui permettent d'en faire deux espèces diffé-

(1) Hebra, *loc. cit.*, p. 285.

(1) Herpès entraînerait une confusion fâcheuse qui d'ailleurs n'existait pas dans la pensée d'Hebra.

(2) Trousseau, *Clin. méd.*, t. I.

rentes ». D'autre part, Germain Sée et Talamon en font une fièvre spécifique, analogue aux fièvres éruptives (1). Cependant, si l'on tient compte de la coïncidence extrêmement fréquente de l'érythème noueux avec les autres formes, et d'autre part, du siège à peu près exclusif de cette éruption aux membres inférieurs, on adoptera volontiers, croyons-nous, l'opinion de MM. Besnier et Doyon qui se rangent à l'avis d'Hebra en ces termes :

« Malgré l'opinion contraire émise par quelques auteurs, l'érythème noueux ne constitue qu'une variété de l'érythème multiforme, la nodosité elle-même dépend souvent, *d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs,* et particulièrement aux jambes, où la faculté d'œdématie est portée à un haut degré. Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème assez plat aux membres supérieurs ou autour du genou devenir tout à fait noueux dans les régions tibiales (2). »

Cette dernière assertion est facile à vérifier, nous en avons vu cette année même, dans le service de M. Debove, un exemple frappant.

Quant à l'hydroa de Bazin et ses diverses variétés :

Hydroa vésiculeux,
— vacciniforme,
— bulleux,

il y a peu de dissidences, il correspond bien évidemment à l'érythème polymorphe vésiculeux (3). Sa variété vacciniforme, la seule qui pourrait prêter à confusion, n'est en somme qu'un hydroa ordinaire dont les vésicules sont affaissées à leur partie centrale, les bords restant remplis de sérosité plus ou moins louche; la lésion rappelle donc grossièrement une pustule vaccinale ombiliquée (4).

Jusqu'ici, en somme, peu ou pas de difficultés, les rapports morphologiques de ces diverses éruptions sont évidents; elles forment bien certainement un groupe dermatologique naturel, dans lequel, pour chaque cas, la durée, l'évolution, les terminaisons sont sensiblement comparables, et partant, le diagnostic posé, peuvent être prévues dans une certaine mesure. Dans leur ensemble elles sont ordinairement peu sévères; voici comment Hebra les apprécie (5) : « Cette éruption n'entraîne ni complications, ni suites graves... Sa durée entière varie entre une et quatre semaines... J'ai vu *une fois* l'*Erythema papulatum* accompagner une pneumonie dont le malade mourut. » Il est d'ores et déjà, sans préjudice de ce qui va suivre, nécessaire d'apporter quelques restrictions à ces paroles. Tout d'abord, il faut faire une exception pour les variétés noueuses, qui, disent MM. Besnier et Doyon, « sont des plus remarquables par l'intensité de l'affection, sa durée, la répétition des actes éruptifs, non moins que par la multiplicité des manifestations diverses du processus érythémateux sur divers organes ou tissus (6). » Et même quand il s'agit des formes simplement papuleuses, et surtout papulo-vésiculeuses, on est obligé de constater l'insuffisance des quelques lignes consacrées par Hebra à l'état général et à ses manifestations. C'est ce que Lewin et surtout MM. Hardy, Besnier et de Molènes, ont fait ressortir avec une grande force et une évidente netteté. Nous reviendrons sur ce point plus en détail.

(1) G. Sée et Talamon, *Prog. méd.*, 1883, n°s 15 et 16.

(2) Kaposi, édit. française, par MM. Besnier et Doyon, t. I, p. 379.

(3) Toutefois Hillairet et Gaucher, tout en adoptant dans l'ensemble les idées d'Hebra, se refusent à accepter la forme érythème vésiculeux iris comme variété d'érythème multiforme; ils lui conservent le nom ancien d'hydroa vésiculeux et le décrivent séparément.

(4) Nous n'avons pas à décrire ici par le menu chacune de ces formes éruptives; nous renvoyons pour les détails à l'excellente thèse de Molènes.

(5) *Loc. cit.*, p. 286.

(6) In *Leçons de Koposi*, p. 380.

Cette tendance à reconnaître à l'état général une importance prépondérante s'est accentuée surtout depuis qu'il a fallu faire une part plus large aux formes bulleuses, dans la constitution de l'entité érythème polymorphe. Hebra ne prononce pas une seule fois le mot bulle, ou tout autre mot équivalent; il dit simplement, en contestant l'existence du *pemphigus aigu*, qu'on a décrit sous ce nom, entre autres affections bulleuses, certains cas d'herpès iris « dans lequel les *vésicules* se *transforment en bulles* (1) ». Kaposi, Lewin deviennent un peu plus explicites, sans s'écarter cependant beaucoup des idées d'Hebra. Au contraire, Nodet, essayant de classer les éruptions bulleuses spontanées, en admet trois espèces :

1° Les affections *pemphigineuses*, comprenant le pemphigus chronique et le *pemphigus aigu vrai*, dans lesquels la bulle naît sur une simple macule congestive *qu'elle recouvre exactement;*

2° Les affections *pemphigoïdes*, dans lesquelles la bulle naît sur une *plaque œdémateuse congestive* ou sur une inflammation vésiculeuse dont elle n'est que l'exagération;

3° Les dermatoses bulleuses par accident, dont l'érysipèle bulleux est le type.

Eh bien! pour Nodet, la *deuxième* espèce répond à des érythèmes polymorphes bulleux.

De Molènes est plus catégorique encore. Avec Hebra, il nie le pemphigus aigu et fait rentrer la grande majorité des cas ainsi étiquetés, non plus, comme Hebra, dans cinq ou six classes dermatologiques très différentes, mais dans le seul groupe de l'érythème bulleux polymorphe; et il ajoute : « L'érythème polymorphe bulleux existe, soit *isolé*, soit associé à d'autres manifestations cutanées de l'érythème polymorphe. Son existence fréquemment *isolée* en l'absence de manifestations cutanées autres que la tache érythémateuse, sur laquelle apparaît la bulle, explique comment les auteurs qui ont le mieux décrit l'érythème polymorphe, G. Lewin, Kuehn, Senator, Behrend, Pick, Hebra lui-même, ont à peine compris la forme bulleuse dans leurs descriptions. »

Le mot *isolé* contient, — de Molènes ne l'a peut-être pas suffisamment indiqué, sinon remarqué, — une rupture, à peu près complète, de la tradition viennoise, sur la façon de concevoir l'érythème multiforme. Nous avons noté expressément, que, pour Hebra, il y a toujours subordination d'une modalité éruptive à la suivante, selon une série s'étendant de l'érythème simple à l'érythème vésiculeux « dont les vésicules se *transforment* fréquemment en bulles ». De Molènes brise violemment cette chaîne.

Est-ce à bon escient? Si l'on a égard aux observations de plus en plus nombreuses, où, sur de *très petites macules rouges*, se voient des bulles formées d'emblée, et non par *fusion* de vésicules voisines, tandis qu'à côté existent de larges *placards érythémateux* avec ou sans papulo-bulles; si l'on envisage la longue série de cas *intermédiaires* aux cas types d'Hebra et aux éruptions franchement érythémato-bulleuses d'emblée, on sera obligé, comme nous, de recon-

(1) *Loc. cit.*, p. 392.

naître le bien-fondé de cette tentative, qui ferait disparaître définitivement le pemphigus aigu des classifications dermatologiques (1).

Mais ici, une nouvelle difficulté se présente : de Molènes admet que, pour faire rentrer légitimement une éruption bulleuse dans l'entité érythème polymorphe, il faut que les bulles, comme le veut aussi Nodet, naissent sur une *plaque érythémateuse ou œdémateuse congestive* qui les précèdent, pour rapide que soit leur apparition, et les débordent plus ou moins largement; et c'est là le dernier lien qui rattache ces auteurs à la doctrine de l'école viennoise. Malheureusement les faits cliniques font, de toute évidence, craquer cette barrière. Nous en trouvons plusieurs exemples dans la thèse de Molènes lui-même. C'est ainsi que dans les obs. VIII, XXX, XXXII, XXXIII, il est expressément fait mention de bulles plus ou moins volumineuses nées de la *peau saine*. Dans les obs. XXVIII, XXIX, il est seulement question, pour toute surface érythémateuse, autour d'un grand nombre de bulles, d'un simple *liseré rouge* ou d'une « petite auréole périphérique ». Dans l'obs. XXIV, Bazin, à qui elle est empruntée, dit en propres termes : « On peut suivre le développement de l'affection : il existe d'abord une vésicule transparente, *puis se montre autour de la vésicule une auréole rouge*, qui s'élargit du centre à la circonférence en même temps que les bords deviennent légèrement saillants. » Il est vrai que de Molènes écrit en note : « Il y a erreur d'observation. » Notre camarade et excellent ami nous permettra bien pourtant d'accorder à Bazin quelque créance, à propos d'un fait de constatation aussi aisée, et même... de certains autres. Du reste, nous avons observé de la façon la plus nette dans le service de notre maître, M. Ernest Besnier, deux cas d'érythème multiforme, dont l'un, d'un *remarquable polymorphisme*, et dans les deux, M. Besnier lui-même nous fit noter la présence de nombreuses bulles, sans substratum érythémateux (2). En conséquence, tenons pour assuré, qu'en observant les faits à venir à ce point de vue particulier, on trouvera de nombreuses occasions de constater la bulle en flagrant délit d'isolement.

Qu'est-ce à dire ? Partirons-nous de là, pour vouloir englober dans les érythèmes multiformes, le pemphigus chronique lui-même, chacune des poussées aiguës, qui, en somme, le constituent, n'étant qu'un érythème polymorphe à bulles, dans lequel l'élément érythème est réduit au minimum? Nous n'aurons garde; mais force nous est bien de constater la complexité de la question et la fragilité des distinctions actuellement classiques.

En résumé, *si l'on envisage la lésion cutanée seule*, cette opinion de quelques dermatologistes, et en particulier de M. Hardy, qui voient dans l'ensemble de ces lésions exsudatives « comme une chaîne non interrompue dont l'érythème simple formerait un chaînon extrême, tandis que le pemphigus serait à l'autre bout », cette opinion, dis-je, semble absolument justifiée.

Au moins, trouverons-nous une base d'appréciation plus solide dans l'étude de l'état général ? Comme nous l'avons déjà fait pressentir, parallèlement à l'extension progressive du cadre de l'érythème polymorphe, ce dernier élément prenait une importance croissante, justifiée par l'étude attentive des faits. On reconnut la fréquence des symptômes d'invasion : frissons, malaise, courbature, plus ou moins marqués, douleurs rhumatoïdes, accidents gastro-intestinaux divers, bref tout un ensemble comparable au début, non des fièvres éruptives, comme on le dit à tort (il existe en effet, ordinairement dans chacune d'elles, une *dominante* qui donne à la période d'invasion une physionomie caractéristique, permettant assez souvent au diagnostic de devancer l'éruption), mais au début des autres états infectieux quels qu'ils soient. Du reste, celui de l'érythème multiforme est nuancé à l'infini, depuis l'absence complète, assez fréquente, de toute manifestation générale, fièvre comprise, jusqu'aux phénomènes nettement typhoïdes, et aux températures de 39 à 40 degrés. La durée même de cette période est fort variable, depuis quatre jours à un mois, et plus (1).

La période d'état reproduit, en les accentuant, toutes ces variétés : tantôt la santé se maintient parfaite, tantôt l'on observe les troubles les plus graves : agitation, délire, coma, etc., naturellement tous les intermédiaires existent. D'ailleurs, pas d'euphorie lors de l'éruption.

Dans la durée, mêmes incertitudes : elle varie de une semaine à plusieurs mois (Hardy) et même plusieurs années! (E. Wilson, Hutchinson.)

Quant aux complications, elles abondent; mais avant d'en donner la liste nous ne pouvons pas ne pas nous associer à cette judicieuse remarque de MM. Besnier et Doyon : « *Complication* veut dire *concours* de choses de *nature différente*; par conséquent nous ne saurions voir dans des localisations, pouvant être de même nature que l'affection principale, des complications au sens rigoureux du mot; *les affections que l'on dénomme, à titre brut, endocardite, péricardite, méningite, pleurésie, pneumonie, présentent de très nombreuses variétés que les caractères objectifs ne permettent pas de discerner en clinique* et qui ne peuvent être appréciées, la vie durant, que par l'analyse (2). » Eh bien ! ces complications ou plus exactement, dans la plupart des cas du moins, ces *localisations*, sont aussi *nombreuses* que variées. Voici la liste des *principales*, par ordre de fréquence.

Arthropathies.
Endocardites.
Conjonctivites. — Troubles gastriques.
Bronchites. — Pharyngites.
Pneumonie. — Pleurésie.
Ictère.

Il faut y joindre encore l'albuminurie, les hémorrhagies rénales, la péritonite, la phlébite, les abcès, les furoncles, l'érysipèle, etc. etc.

Aussi, la mort n'est-elle pas très rare. Lewin en avait recueilli 10 cas (1878). Mais de Molènes déclare cette proportion (10 cas mortels sur 126) fort au-dessous de la vérité.

En voilà assez, croyons-nous, sur la variabilité de l'état

(1) On a essayé, dans ces derniers temps, d'isoler dans les affections érythémato-bulleuses des entités spéciales, la dermatite herpétiforme (Duhring), l'impétigo herpétiforme (Boardman); l'hydroa herpétiforme (Tilbury Fox et Radcliffe Crocker); mais les caractères distinctifs invoqués par ces auteurs sont loin d'être satisfaisants. Notre savant maître Brocq fait remarquer, avec raison, croyons-nous, qu'elles doivent être confondues parmi les érythèmes polymorphes infectieux.

(2) L'une de ces observations a été publiée dans la *Revista medico-quirurgica de Madrid*, 1886; l'autre est encore inédite.

(1) Cf. une observation de Féréol, in Th. de Molènes, dans laquelle l'éruption se montra le 19 juillet, la période d'invasion s'étant ouverte le 11 juin par des phénomènes de pseudo-rhumatisme (p. 167).

(2) Kaposi, p. 374, t. I. Cette remarque tend à être vérifiée *anatomiquement*. Cf. par exemple pour les *endocardites*, les *dissociations* récemment introduites (Jaccoud, Netter) : endocardites à *pneumocoques* et endocardites à *streptocoques* de la *pneumonie*; endocardites dans les affections des voies biliaires, produites par un microbe qui existe *normalement* dans l'intestin (Netter, *Arch. physiol.*, 1886, n° 5).

général dans les érythèmes polymorphes, pour faire prévoir que l'unité pathogénique de l'espèce est bien improbable.

III

Si nous avons été suffisamment explicite, on a pu voir que, tout en admettant la légitimité du groupe érythème multiforme, au point de vue de la morphologie des lésions cutanées (et l'anatomie pathologique est en accord complet avec la phénoménalité extérieure) (1), nous avons constaté, au contraire, le disparate des manifestations générales (2), et fait pressentir, de ce chef, la multiplicité des interprétations pathogéniques. On peut, avec de Molènes-Mahon, les ramener à trois principales :

1° L'érythème polymorphe est une dermopathie rhumatismale ;

2° C'est un pseudo-exanthème, une variété de fièvre éruptive, une maladie infectieuse en un mot ;

3° C'est une angio-névrose.

La première de ces théories, très ancienne et très en faveur en France (3), — et Lewin ne manque pas de nous la reprocher vivement, — tendrait à faire considérer les diverses variétés d'érythème qui constituent notre érythème multiforme actuel, comme autant de manifestations de la diathèse rhumatismale. Voici les arguments principaux :

L'érythème polymorphe s'accompagne souvent de fièvre, de pâleur, de douleurs articulaires et musculaires. Il se complique fréquemment, comme le rhumatisme, de pleurésie, d'endocardite, de péricardite. Il cède souvent au salicylate de soude.

De ces trois arguments, le dernier est malheureusement inexact, et n'a pu être tiré que de l'observation de ces cas fugaces, disparaissant en quelques jours, traités ou non. Quant aux autres, ils pouvaient être considérés comme valables, alors qu'on manquait des notions, aujourd'hui monnaie courante en nosologie, sur les manifestations articulaires des états infectieux les plus variés (Bouchard, Bourcy). Même remarque pour l'endocardite, la pleurésie, etc.

La deuxième théorie, formulée par Hutchinson, a été vivement soutenue par de Molènes : « L'érythème polymorphe, dit-il, est une affection infectieuse, une fièvre éruptive franche, dont *le microbe* est encore inconnu (4). »

A l'appui, il fait remarquer « que la fièvre d'invasion et d'éruption présente une courbe analogue à celle des fièvres éruptives franches, telles que la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. ».

Nous ne reprocherons pas trop à de Molènes l'assimilation un peu risquée de la fièvre typhoïde à une fièvre éruptive franche, mais nous sommes obligé de rappeler que nombre de cas, et en particulier ceux qui rentrent le mieux dans la description d'Hebra, sont souvent absolument indemnes de toute période fébrile d'invasion, voire de la plus légère. De Molènes, il est vrai, critique le maître de Vienne à ce sujet, et lui reproche, comme à Kaposi, de ne pas insister suffisamment sur les phénomènes généraux ; la critique n'est fondée qu'à moitié : les cas qu'ils ont en vue sont différents des siens, voilà tout; et les deux auteurs viennois renieraient peut-être un certain nombre des observations de de Molènes

En second lieu, forcé aussi, croyons-nous, le rapprochement entre la période d'invasion de l'érythème polymorphe, et celle des fièvres éruptives franches ; au lieu d'une série de symptômes prémonitoires fixes, *caractéristiques*, pour chaque exanthème (rougeole, variole, etc.), suivie à échéance relativement fixe également, d'une éruption spécifique, nous observons, *quand elle existe*, une phase pré-éruptive, vague dans son ensemble, et précédant l'efflorescence cutanée d'un nombre de jours indéterminé et absolument impossible à prévoir, même approximativement (quatre, huit, dix jours, un mois même). Nous ne pouvons non plus passer sous silence la fréquence des récidives. Personnellement, nous avons observé, dans le service de M. E. Besnier, un malade qui a subi, aux mois de juin, d'août, de septembre et d'octobre 1886, une atteinte typique d'érythème papuleux généralisé, d'une durée invariable (huit jours pleins) à chaque récidive (1).

Ajouterons-nous maintenant que personne jusqu'ici, malgré des travaux relativement nombreux (Gibier, Riehl, Birsch, Hirschfeld et tout récemment Mantle) (2), n'a donné de démonstration, touchant le rôle supposé des micro-organismes, disparates d'ailleurs, isolés dans le liquide des bulles, ou les produits d'exsudation des nouures et des papules? Il s'agissait là, sans nul doute, d'organismes venus du dehors et sans aucune action pathogène. Pour notre part, nous avons, à diverses reprises, examiné le contenu des bulles, et invariablement avec le résultat suivant : jamais de micro-organismes dans le liquide des bulles très fraîches et à contenu limpide ; constamment, au contraire, de nombreux éléments (microcoques surtout, sous divers aspects, diplocoques et streptocoques), quand elles étaient devenues louches.

La troisième théorie, celle de l'angio-névrose, formulée en premier lieu par Köbner (1869), a été soutenue par divers auteurs allemands, mais Lewin a été son plus brillant défenseur. Passons sur de longues et intéressantes considérations physiologiques, déduites des expériences classiques de von Goltz, Vulpian, Heidenhain, sur les centres vaso-moteurs, et disons simplement, que Lewin fait de l'érythème polymorphe une angio-névrose, caractérisée par l'atonie des nerfs vaso-constricteurs. Des causes multiples peuvent mettre en jeu ce trouble de l'innervation (*agents mécaniques*, pression, choc, *émotions morales*, *impressions sensitives*, froid par exemple ; *causes centrales*, ataxie locomotrice, hémorrhagies cérébrales, tumeurs diverses, etc.). Les *miasmes* et les *virus* agiraient de même, par voie réflexe. Enfin Lewin cite des faits curieux, concernant l'extrême impressionnabilité réflexe de certains organes, et spécialement du système uro-génital ; il a pu, chez une femme guérie d'un érythème polymorphe et atteinte d'uréthrite, provoquer une rechute de la dermatose, quelques heures après une irritation artificielle légère de l'urèthre.

IV

Ces théories diverses, dont les deux dernières, nous le dirons plus bas, renferment probablement une part de vérité, présentent à notre sens une assez grave lacune : elles ne

(1) Cf. sur l'anatomie pathologique des érythèmes polymorphes, Leloir, *Progr. méd.*, 10 janvier 1885.

(2) Qu'on ne croie pas à un parallélisme entre l'étendue des lésions cutanées et la gravité de l'état général; le contraire n'est pas absolument rare.

(3) Bazin, Ferrand, Duriau et Legrand, Hillairet et Gaucher, etc.

(4) *Loc. cit.*, p. 130.

(1) Disons en passant que pendant celle de ces récidives qui l'a amené à l'hôpital (octobre), il a été soumis à l'iodure de potassium à dose quotidienne de 2 grammes, sans la moindre action en bien ou en mal.

(2) Cf. Associat. médicale britannique in *Bulletin méd. de Paris*, 24 août 1887.

tiennent pas compte d'un processus d'importance majeure dans le fonctionnement de l'organisme normal ou pathologique, à savoir : les *intoxications*. Or il est démontré que des dermatoses entièrement comparables aux érythèmes exsudatifs surgissent après l'ingestion de certaines substances médicamenteuses (1); et le groupe des érythèmes, dits pathogénétiques, a de très intimes points de contact avec celui des érythèmes polymorphes. Comme exemple, nous en citerons seulement des cas non douteux provoqués par le sulfate de quinine (Köbner), les iodiques (Pellizzari, etc.) (2), et il existe un très grand nombre d'autres substances, dont l'action peut être incriminée à ce point de vue.

Eh bien! il nous semble que c'est là une précieuse indication, appelant, par une analogie qui s'impose, l'attention sur les substances qui se fabriquent incessamment dans toute l'étendue du tube digestif et dans l'organisme entier, « réceptacle et laboratoire de poisons, » selon la pittoresque expression de M. Bouchard.

D'ailleurs, nous n'avons garde d'oublier que des recherches ont été déjà faites dans ce sens et n'ont pas donné de résultats très satisfaisants; mais l'on s'est borné à analyser le contenu des bulles où l'on a trouvé, qui, de l'ammoniaque libre (Bamberger et Begerlein), qui, des cristaux d'acide urique (Malmsten), etc., etc. Or, outre les difficultés inhérentes à ce genre de recherches, il faut remarquer que les modes d'action des poisons hypothétiquement incriminés, sont probablement très divers; ils peuvent agir directement sur les centres vaso-moteurs et provoquer par là une réaction se traduisant sur la peau par la lésion exsudative; il est bien évident que l'analyse chimique n'apporterait ici aucun éclaircissement; ils peuvent agir aussi par irritation directe sur les capillaires sanguins, ou par irritation indirecte, lors de leur élimination par les émonctoires cutanés glandulaires; en ce cas, les produits de *sécrétion* surtout seraient utiles à examiner.

On doit aussi, se rappelant une formule profondément suggestive de M. Bouchard, se dire que *les processus pathogéniques sont rarement isolés*; *dans l'immense majorité des cas, ils sont associés et combinés* (3), et chercher si, dans l'espèce, cette formule ne trouverait pas son application. Rien n'est plus vraisemblable; s'il est vrai qu'il y ait des érythèmes multiformes toxiques, il en est de plus nombreux encore, on le suppose, d'origine infectieuse. Les microbes, agents pathogènes de ces infections diverses, agissent-ils *localement*, en se multipliant dans le derme, comme ceux de l'érysipèle?

On l'a pensé; de là la recherche de ces éléments dans le liquide des bulles. Mais rien n'est moins sûr que ce mode d'action, et la comparaison qu'ont faite quelques auteurs, des érythèmes exsudatifs avec l'érysipèle, est des plus fautives : quoi de commun entre cette plaque unique, à marche envahissante et relativement lente, et nos placards polymorphes, *multiples*, souvent *symétriques*, et parfois d'une *évolution si rapide?* Il faut donc recourir à une autre hypothèse, ayant d'ailleurs l'avantage de relier les théories nerveuse et toxique à la théorie infectieuse et de les compléter mutuellement : *les microbes n'agissent vraisemblablement dans la production de l'érythème polymorphe que par les substances toxiques qu'ils élaborent dans l'organisme.*

On sait qu'elles sont nombreuses et variées : « l'acide carbonique, le gaz des marais, l'hydrogène, l'acide sulfhydrique, l'ammoniaque, les ammoniaques composées, les acides gras volatils, les alcaloïdes multiples, l'indol, le phénol, le scatol, etc., tout ce qu'il faut pour empoisonner (1). »

De ce qui précède on pourra conclure que nous n'admettrions pas volontiers l'opinion exclusive de de Molènes, qui, à côté des érythèmes polymorphes secondaires, reconnaît une forme idiopathique qu'il a presque uniquement en vue et qu'il suppose fonction d'*un microbe spécifique*. Tout nous semble indiquer qu'il n'en est pas ainsi, et qu'il n'y a pas *le microbe de l'érythème polymorphe* comme il y a le bacille de la tuberculose ou celui de la fièvre typhoïde. Il nous paraît probable au contraire qu'un grand nombre de microbes divers peuvent, dans des *conditions données*, provoquer des lésions exsudatives identiques. Nous en voyons un exemple dans quelques états infectieux bien classés, ainsi le choléra, dont de Molènes rapporte une observation avec érythème polymorphe des plus nets, et aussi dans un grand nombre d'états infectieux moins connus, et vraisemblablement créés par différents microbes (état puerpéral, etc. Brieger) (2).

En d'autres termes, des microbes, dont le rôle pathogène est connu, peuvent occasionner des érythèmes polymorphes analogues et sensiblement comparables entre eux et à ceux dont l'origine est encore inconnue. En voici un autre exemple saisissant : nous savons que l'érythème noueux s'observe fréquemment dans des conditions d'infection mal étudiées. Or, Schmitz (3) a récemment signalé le cas suivant : un enfant, sans antécédents tuberculeux, est pris le 22 décembre d'une éruption d'érythème noueux aux jambes; cette éruption dura trois semaines. Le 10 février la fièvre reparut avec la même *éruption*; affaiblissement, convulsions, cris hydrencéphaliques, coma; mort le 28 février. A l'autopsie on trouva une méningite *tuberculeuse*, de la *granulie pulmonaire* et *ganglionnaire*, avec généralisation dans tous les viscères. De son côté, Bœck (4) a rapporté un cas d'angine folliculaire, au onzième jour de laquelle se développa un érythème multiforme. En résumé, à notre sens, et contrairement à l'opinion de de Molènes, il n'y a pas lieu d'admettre un érythème polymorphe idiopathique; tous, ils sont symptomatiques d'états infectieux divers. Ajoutons que, selon toute apparence, ils n'en sont pas une conséquence nécessaire et fatale; nous croyons au contraire leur apparition *éventuelle* et *subordonnée* au hasard des réactions si multiples et si mal connues qui se passent dans l'organisme infecté, ainsi qu'à la réceptivité individuelle.

On peut aller encore plus avant dans cet essai d'interprétation : rappelons-nous les innombrables micro-organismes « hôtes normaux du tube digestif » où ils élaborent les produits plus ou moins toxiques énumérés plus haut; à l'état d'équilibre de l'organisme, la dose de ces produits, contenue dans le sang, n'est pas suffisante, étant donné le fonctionnement normal des émonctoires, pour faire réagir le système vaso-moteur selon le type exsudation cutanée; mais vienne une émotion morale, surtout chez un sujet à excitabilité nerveuse exagérée, ou encore une période à vaso-motricité

(1) La question des rapports de l'érythème multiforme avec certaines urticaires et certains purpuras pourrait être soulevée à ce propos, mais cela nous entraînerait trop loin. Cf. A. Mathieu, *Purpuras hémorrhagiques*. Th., 1883.

(2) Cf. Bradley, Thèse de Paris, 1887. *L'iodisme*.

(3) Cf. Bouchard, *Auto-intoxications dans les maladies*, Paris, 1887, p. 6.

(1) Bouchard, *loc. cit.*, p. 14. — Cf. aussi la 18e leçon, p. 167.

(2) *Charité Annalen*, IX Jahrg, p. 115.

(3) *Wiener med. Blatter*, no 8, p. 239, 1887.

(4) *Viestel Jahrsch. f. Derm. und Syph.*, 1883, p. 481.

plus active (période menstruelle) et la dose sera désormais suffisante, la réaction exsudative aura lieu et nous constaterons un de ces érythèmes légers, sans manifestations générales, comme ceux qu'Hebra a surtout étudiés. Ainsi peut-être pourrait-on expliquer la fréquence de cette affection chez les femmes, principalement à la période menstruelle.

Que, d'autre part, les émonctoires, pour une raison quelconque, perdent leur activité protectrice, et, selon les substances en rétention, on pourra voir apparaître un de ces érythèmes d'aspect polymorphe comme on en voit dans l'urémie, par exemple (1). A rapprocher aussi de ces faits ceux d'érythème polymorphe dans l'ictère grave (2). Et il en est vraisemblablement de même dans nombre de circonstances variées, mais encore inconnues. Tout ce côté, en partie hypothétique, il faut bien le reconnaître, de l'histoire pathogénique de l'érythème polymorphe est des plus intéressants. Quant aux conditions étiologiques banales, comme l'âge, le sexe, les saisons, etc., elles n'ont que peu d'importance et sont très disparates. Nous avons vu cependant que le sexe avait une influence réelle (Lewin, de Molènes, contrairement à Hebra).

On trouvera réuni dans le tableau ci-joint un résumé des notions étiologiques *probables*, récemment acquises sur les érythèmes polymorphes. Nous avons classé ces causes sous trois chefs, correspondant aux trois grands processus morbides : 1° réactions nerveuses; 2° intoxications; 3° infections; selon le facteur qui paraît jouer le rôle principal. Mais nous rappelons que, guidé par les idées de M. Bouchard, nous croyons à leur action collective, dans la plupart des cas au moins. Inutile d'ajouter que ce tableau n'a pas la moindre prétention à être complet ni exempt d'erreurs.

V

Essai de classification pathogénique des Erythèmes polymorphes.

A. *Nerveux*.	Causes périphériques (Lewin).	Émotions morales.
		Impressions sensitives violentes.
		Vaso-motricité exagérée (période menstruelle).
		Réflexes spéciaux (irritation du système génito-urinaire).
	Causes centrales (Lewin).	Chorée.
		Hystérie.
		Hémorrhagies cérébrales.
		Tumeurs.
		Ataxie locomotrice.
		Myélites diverses.
B. *Toxiques*.		Sulfate de quinine.
		Acide salicylique.
		Iodure de potassium.
		Néphrites, urémie.
		Acrodynie, dengue, pellagre.
		Toxidermies d'origine intestinale, non classées.
C. *Infectieux*.	Presque toutes les infections connues, spécialement	Choléra.
		Puerpéralité.
		Tuberculose généralisée.
		Syphilis (E. noueux).
		Ictère grave.
		Fièvre typhoïde.
		Typhus.
		Angines.
		Septicémies.
	Infections innommées.	

(1) Persy, *Manifestations cutanées dans l'urémie*. Th. Paris, 1887.

(2) Bouchard, *loc. cit.*, p. 252.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVI[e] SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

De quelques dispositions de la loi de police sanitaire des animaux applicables à la prophylaxie de certaines maladies contagieuses de l'espèce humaine. — M. GRIOLET (de Toulouse). Au moment où divers projets de loi de police sanitaire de l'homme sont soumis à l'examen de commissions parlementaires, et préoccupent à bon droit les sociétés scientifiques médicales, il peut y avoir quelque intérêt à connaître comment les choses se passent dans la médecine des animaux, ainsi que les résultats donnés par la loi portant organisation du service des épizooties.

La loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire dont l'économie réside dans trois prescriptions essentielles : la déclaration, l'isolement, la désinfection, étayées par trois autres dispositions d'ordre secondaire — le fonctionnement d'un personnel de délégués, la vaccination et les indemnités — a déjà donné la mesure de son efficacité dans la prophylaxie des maladies contagieuses.

Grâce à la déclaration, les affections virulentes sont signalées aux autorités administratives ; au moyen de l'isolement des sujets la propagation du mal est enrayée, tandis que la désinfection rend sa perpétuation impossible, en détruisant les foyers de contagion. En vétérinaire on peut donc lutter avantageusement, victorieusement même.

Les maladies contagieuses les plus faciles à combattre, à l'aide des mesures précitées, sont celles qui sont dues à des poisons morbides animaux, c'est-à-dire celles qui sont toujours engendrées par la transmission des sujets malades aux sujets sains, classe dans laquelle figurent les affections éruptives externes et internes. Quant aux maladies qui ont leurs germes en dehors de l'organisme, dans certains milieux telluriques qui leur sont propres, il est plus difficile de les maîtriser à l'aide des prescriptions seules de la loi de police, il faut recourir à d'autres moyens, et surtout annuler la réceptivité des sujets toujours complices des maladies infectieuses qu'elle transforme en fléaux.

Le nombre des délégués du service sanitaire et leur mode de nomination méritent d'être étudiés. La vaccination, dont il a été tant parlé ailleurs, est une mesure dont l'examen peut être réservé. Quant aux indemnités, leur emploi destiné à couvrir les pertes causées par le typhus et la péripneumonie est une excellente pratique à conserver, en modifiant les circonstances de son application.

Toutes ces dispositions de la loi du 21 juillet peuvent être avantageusement introduites dans la loi d'organisation de l'hygiène publique.

La déclaration doit être imposée au médecin traitant ; quand l'intérêt général est en jeu, il faut savoir obéir à la sentence : *salus populi suprema lex*.

(1) Voir le numéro du 6 octobre.

L'isolement peut être pratiqué soit dans l'appartement du malade, soit dans des établissements spéciaux, soit dans les hôpitaux.

La désinfection est de rigueur ; mais elle peut n'être pas suffisante. Il faudra parfois recourir à la destruction des objets contaminés ; on saura alors rendre équitable, au moyen des indemnités, cette véritable et salutaire expropriation pour cause d'utilité publique.

Observation de hernie étranglée ; entérotomie, guérison. — M. SERRES (d'Auch). Il s'agit d'une religieuse, supérieure du couvent qu'elle habitait, âgée de soixante-neuf ans, qui fut prise tout à coup d'accidents d'étranglement herniaire.

La hernie siégeait dans la région inguino-crurale droite. Un taxis très modéré, des applications de glace et des injections de morphine ne produisirent aucun résultat. Ces dernières seulement calmèrent douleurs et vomissements.

Bref, l'opération fut pratiquée le 28 janvier, par une large incision, précédée d'une ponction avec un trocart capillaire, qui n'avait donné issue ni à des gaz ni à des matières stercorales. On fit le débridement en haut et en dedans ; il s'écoula immédiatement du gaz et des matières fécales par une perforation spontanée de l'intestin, de 4 millimètres de largeur, située au niveau de l'étranglement. Au-dessus, l'intestin rétréci ne permettait pas même l'introduction de l'auriculaire. On réséqua 7 ou 8 centimètres d'intestin, et on réunit par des points de suture.

Pansement phéniqué ; mais au cinquième jour, hémorrhagie considérable par une veine qui avait été ouverte ; affaiblissement général ; état syncopal ; désunion des lèvres de la plaie, ligature de la veine, cessation des accidents hémorrhagiques. Guérison après une très longue convalescence.

Sur la pathogénie de la chlorose. — M. ANDRÉ (de Toulouse). Tous les auteurs qui ont écrit sur la chlorose, sont muets sur l'état du foie dans cette maladie. M. André a étudié, dans son service de l'Hôtel-Dieu et dans sa clientèle, l'état de cet organe dans la chlorose et a constaté ainsi, dans tous les cas sans exception, une atrophie temporaire. A mesure que les malades s'amélioraient, la matité hépatique qui était devenue des plus réduites (4 centimètres) augmentait progressivement pour atteindre enfin les limites normales (8, 9 et 10 centimètres).

A priori, il est aisé de comprendre que, dans la chlorose, les organes de la sanguinification sont dans un état d'inertie plus ou moins prononcé. Le foie, d'après les physiologistes modernes, possède quatre fonctions principales : l'hématopoïèse, la destruction des globules rouges, la glycogénie et la production de l'urée (Murchison, Brouardel).

Si, d'habitude, la pathologie emprunte ses matériaux à la physiologie, il arrive aussi quelquefois que la pathologie prête un secours inattendu à la physiologie. C'est le cas pour la chlorose. La disparition de l'atrophie hépatique après la guérison témoigne bien du retour de ces grandes fonctions.

M. André a constaté aussi que le chiffre de l'urée augmentait parallèlement à l'augmentation de volume du foie.

Atrophie du foie, tel est donc le symptôme que l'auteur considère comme pathognomonique de la chlorose, car dans l'anémie ordinaire, après hémorrhagie ou convalescence, le foie est plutôt gros.

Les conséquences thérapeutiques consistent dans la stimulation de l'organe par l'hydrothérapie, l'électricité, les médicaments hépatiques (évonyne, boldo, podophylle, aliments sucrés, etc.).

Considérations sur les paraplégies urinaires. — M. ÉTIENNE (de Toulouse). L'auteur présente un aperçu critique de l'histoire des paraplégies urinaires ; il montre que les exemples, cités par les médecins qui se sont occupés de la question, sont le plus souvent incomplets ou erronés, et, s'appuyant sur les faits cliniques, ainsi que sur la physiologie pathologique et expérimentale, conclut à l'existence de paraplégies urinaires véritables.

Il passe successivement en revue les travaux de Graves, de Stanley, de Stokes, de Raoul, de Leroy d'Etiolles, de Brown-Séquard, Charcot, Voillemier, Le Dentu, etc., mettant en présence de ces travaux le silence gardé sur cette question par Civiale, Mercier, Thomson, Guyon, et s'il arrive, en terminant, à conclure de nouveau à l'existence des paraplégies urinaires, il conclut aussi à leur très grande rareté.

Sur l'action convulsivante de l'atropine. — M. ARNAUD DE FABRE (d'Avignon). Dans certaines conditions (application directe, plus ou moins immédiate sur le centre cérébral après trépanation) l'atropine en solution, c'est-à-dire relativement faible, agit sur le lapin, conformément aux lois physiologiques générales et amène des convulsions à marche particulière.

Ces observations ont paru à l'auteur pouvoir être utilisées dans les recherches physiologiques et toxicologiques.

De la longueur comparée des deux premiers orteils dans les races Mongoles. — M. E. MAUREL (de Cherbourg). On sait que le pied peut présenter des différences très marquées dans les races, différences de longueur, de largeur, de proportion entre la partie anté-malléolaire et la partie post-malléolaire, différences de fréquence de la présence e l'espace interdigital ou de la prédominance du premier orteil. Or, c'est seulement de cette dernière différence dont s'occupe M. le docteur Maurel.

Pendant un voyage fait en Cochinchine et au Cambodge en 1885, il a recueilli à cet égard une série d'observations sur les divers groupes ethniques qui composent la population si variée du Cambodge, et même en ne s'en tenant qu'à ces groupes, il était déjà arrivé à des résultats intéressants. Mais cet intérêt n'a fait que s'accroître quand il a eu recueilli, comme terme de comparaison, des observations sur la population de la France.

Le travail du docteur Maurel porte donc d'abord sur un certain nombre de sujets pris surtout dans les départements limitrophes de la Manche, servant de termes de comparaison, et ensuite sur les divers groupes ethniques du Cambodge : Khmers, Annamites, Chinois, Thiams, Malais et sauvages.

Pour les groupes mongols, quelques-uns sont assez largement représentés, tels que les Khmers et les Annamites ; d'autres, au contraire, sont moins nombreux ; mais cependant, tous, sauf les Chinois, le paraissent assez pour en tirer des conclusions qui, sans être définitives, présentent cependant une grande probabilité.

La population française est représentée par 300 sujets, les Annamites par 100, les Chinois par 12, les Khmers par 84, les Malais et les Thiams par 21 et les sauvages par 15. Or, des chiffres du docteur Maurel, il résulte clairement que la prédominance du deuxième orteil, très rare chez nous est, au contraire, beaucoup plus fréquent chez les peuples mongoliques ; c'est là un premier fait intéressant digne d'être signalé, mais qui prend encore plus d'importance quand on voit M. le docteur Maurel se servir de ce fait pour élucider un des points les plus obscurs concernant la population du Cambodge, son origine.

Les populations sauvages, en effet, ainsi que les Thiams et les Malais ne présentent pas ce caractère, tandis que chez les races mongoles et les Khmers on le trouve souvent.

M. le docteur Maurel en conclut que les premiers, et surtout les sauvages, qui composèrent les populations primitives du pays, appartenaient au rameau indo-européen, ainsi que le prouvent du reste beaucoup d'autres caractères, et que les Khmers, dont les ancêtres étaient également indo-européens, se sont fortement mongolisés.

Cette population serait donc, par ce caractère comme par beaucoup d'autres, un groupe mongoloïde. Les conclusions du docteur Maurel, du reste, sont les suivantes :

1° Que le premier orteil est plus long dans toutes les races ;

2° Que cette prédominance est presque sans exception chez la population habitant le littoral de la Manche, qu'il a prise comme terme de comparaison ;

3° Que dans les races mongoliques, au contraire (Annamites et Chinois), cette prédominance de longueur se perd assez souvent, et que dans les deux cinquièmes des cas, le deuxième orteil est plus long ou égal ;

4° Que ce même caractère se retrouve dans les peuples fortement mongolisés, comme le Khmer ;

5° Qu'au contraire, il fait défaut chez les Thiams et les peuples sauvages du Cambodge, ce qui contribue à prouver que ces peuples n'appartiennent pas au rameau mongolique, et qu'ils se sont peu mélangés avec ses représentants.

6° Qu'enfin, à la condition de considérer cette prédominance de longueur de l'un ou de l'autre orteil dans les groupes suffisamment nombreux, on peut lui accorder la valeur d'un caractère ethnique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

M. le président lit une notice à l'occasion de la mort de MM. Giraud-Teulon, Maunoury (de Chartres) et Langenbeck.

Blessure de l'épaule par arme à feu; désarticulation interscapulo-humérale. — M. **Kirmisson** communique l'observation d'un garde-chasse qui reçut accidentellement un coup de fusil dans l'aisselle; l'artère et les veines axillaires avaient été lésées, le plexus brachial contusionné et la clavicule fracturée. Il y avait eu une hémorrhagie abondante; il y avait déjà un emphysème traumatique considérable dans le membre supérieur; M. Kirmisson, après avoir attendu quelques heures, fit la désarticulation interscapulo-humérale selon le procédé préconisé par M. Berger, le blessé succomba non pas à l'opération, mais à la gravité même du traumatisme. L'opération avait été faite très facilement et sans la moindre hémorrhagie.

M. **Després** fait observer que la désarticulation interscapulo-humérale n'est pas une opération récente.

Il en a exposé le mode opératoire dans une note présentée à l'Académie des sciences, le 18 août 1882 par Gosselin. En voici un extrait :

1er temps : Ligature de l'artère sous-clavière;

2° Incision en raquette en partant du dos pour contourner le moignon de l'épaule;

3° Dissection d'un lambeau supérieur;

4° Section de la clavicule;

5° Ligature de la veine axillaire;

6° Détacher l'omoplate en la luxant en arrière.

Ce procédé a été publié aussi dans la thèse de M. Langenhagen (Thèse de Paris 1883).

M. Després ajoute que l'emphysème traumatique était considéré, par nos maîtres, comme une contre-indication de l'intervention.

M. **Berger** dit que l'observation de M. Kirmisson est la troisième opération de ce genre pour coup de feu. Suivant lui l'emphysème septique, spontané, n'est pas toujours d'un pronostic aussi grave que le dit M. Després. La ligature de l'artère et de la veine a été faite préalablement pour la première fois par Langenbeck en 1866. M. Berger ne réclame donc aucune priorité à cet égard.

M. **Le Dentu** rappelle le cas qu'il a communiqué au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences. Son malade avait de l'emphysème, ce qui ne l'a pas empêché de supporter l'opération et de bien guérir.

M. **Segond** rapporte l'observation d'un peintre en bâtiments qui s'était versé une lampe à pétrole sur le creux poplité, il y eut une brûlure considérable, suivie d'accidents graves; ce malade refusa l'amputation, huit jours après il avait une gangrène étendue à toute la jambe. M. Segond fit alors l'amputation de la cuisse très haut, par la méthode circulaire, le malade guérit très bien. C'était un homme de trente ans.

M. **Berger** fait observer que ce qui différencie le procédé qu'il a préconisé de celui de M. Després, c'est la résection préalable de la clavicule et la section, entre deux ligatures, de la sous-clavière immédiatement derrière la clavicule.

M. **Poncet** a vu beaucoup de blessures par éclats d'obus, qui sont les plus graves; ces blessures peuvent exister sans hémorrhagies et sans emphysème. Et cependant, les malades sont froids et exsangues. Malgré cela ils peuvent guérir. Quand l'emphysème traumatique se déclare très rapidement, avec dessin des veines, entrée de l'air direct dans ces vaisseaux, c'est une contre-indication formelle de toute intervention.

M. **Le Dentu** proteste contre cette dernière assertion; dans son cas, il y avait tous les caractères de l'emphysème le plus grave et cependant son malade a guéri par l'opération. Il ne faut donc pas la condamner d'une façon absolue.

Artério-sclérose. — M. **Schwartz** fait un rapport sur une observation de M. Routier relative à un cas d'artério-sclérose. Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui, quelques années auparavant, avait été opéré d'une cataracte et avait perdu l'œil par suite de panophthalmie. Cet homme entra à l'hôpital avec une ulcération de la jambe. Celle-ci s'étendit rapidement, devint gangréneuse et nécessita l'amputation. Le malade succomba. On trouva, à l'autopsie, une endopériartérite généralisée avec des foyers disséminés d'athérome. Recherchant la cause de cette lésion vasculaire, M. Routier dut éliminer la syphilis et l'alcoolisme et ne trouva, pour l'expliquer, que l'âge du malade.

M. Schwartz regrette que les antécédents de ce malade n'aient pas été mieux étudiés; on sait que l'arthritisme, le saturnisme peuvent amener des accidents semblables. Il fait ressortir, dans l'observation de M. Routier, comme dans tous les cas de ce genre, la difficulté de l'hémostase, le développement rapide de la gangrène, l'apparition fréquente de celle-ci dans le moignon après l'amputation et même dans le membre du côté opposé. Il cite trois exemples dans lesquels le membre opposé fut ainsi affecté de gangrène après l'amputation du premier membre atteint. Il croit que, dans ces cas, l'ébranlement produit sur le système vasculaire sanguin par le traumatisme opératoire n'est pas étranger à l'apparition des accidents ultérieurs dans le membre opposé. Enfin, relativement à l'étiologie de cette affection, il insiste sur l'importance de l'examen le plus attentif de tous les viscères. En pareil cas, l'intervention chirurgicale doit être prudente et réservée. Toutefois, dans l'observation de M. Routier, l'intervention était parfaitement justifiée.

M. **Poncet** fait observer que, dans ces cas, il faut distinguer les troubles gangréneux proprement dits des troubles trophiques.

Opération de la fistule à l'anus; réunion par première intention. — M. **Quenu** fait une communication sur la réunion primitive dans le traitement chirurgical des fistules à l'anus. Cette opération est d'usage courant en Amérique. Elle est même de date ancienne, puisqu'elle a été tentée par Chassaignac. Il existe un travail important de Smith, sur ce sujet, dans le *Medical Record*. Ce chirurgien incise la fistule par le procédé ordinaire, ensuite il pèle et excise les deux lambeaux. Dans les cas de simples trajets, M. Smith se sert d'un fil unique, à l'aide duquel il réunit d'un bout à l'autre, puis il met un drain. M. Quenu fait la suture comme pour la perinéorrhaphie à points séparés. Il emploie des fils de catgut pour réunir du côté du rectum et des fils d'argent séparés pour la peau. Il n'a pas recours au drainage. Il panse à l'iodoforme. Voici les résultats qu'il a obtenus: sur neuf cas, six fois il y a eu réunion primitive. Dans ces six cas, il s'en trouve de compliqués, c'est-à-dire avec abcès et clapiers. Dans les trois autres cas, la réunion a échoué.

Il a soin de purger préalablement les malades, puis il les laisse constipés pendant dix jours. Il en est qui ont quitté l'hôpital le onzième jour; or, on sait qu'il faut cinq ou six semaines par le procédé habituel. Il a obtenu ces guérisons rapides sur plusieurs tuberculeux.

Sur les trois autres cas, il en est un qui a guéri très rapidement malgré un petit suintement purulent. Restent deux cas d'union complète dans lesquels les malades se sont trouvés dans les conditions des opérés par l'incision simple.

En résumé, M. Quenu ne croit pas, comme Smith, qu'il faille recourir à la réunion primitive dans tous les cas. Lorsqu'il y a des clapiers, des décollements considérables, il vaut mieux recourir à

l'incision par le thermo-cautère, et ne pas réunir. Dans les cas simples, on obtient une guérison très rapide.

M. SEGOND a fait une fois cette opération sur un jeune homme atteint d'une fistule simple. Il a enlevé ses fils le dixième jour. Dix jours après, le malade revint; la tentative de réunion avait complètement échoué.

M. BERGER a fait trois fois cette opération et a eu deux succès. Dans le troisième cas, où il s'agissait d'une fistule borgne externe, il se fit un abcès et un décollement du côté du rectum. Toutefois, avec les précautions indiquées par M. Quenu, il est tout disposé à accepter cette opération.

M. POZZI a pratiqué cette opération il y a sept ans. Il a eu un insuccès. Il est vrai qu'à cette époque, on n'employait pas encore l'iodoforme. Cependant ce n'est pas là un procédé indifférent; il faut le réserver aux cas simples et ne pas l'employer dans les cas où la fistule va très haut du côté du rectum. On risque d'avoir des phlegmons en raison de la difficulté d'une antisepsie rigoureuse dans la région de l'anus.

M. PONCET appelle l'attention de la Société sur une variété de fistules avec chute du rectum, qu'il n'a rencontrée que deux fois.

M. TERRILLON a employé une fois, avec succès, l'opération préconisée par M. Quenu. Il a obtenu, dans ce cas, d'excellents résultats de l'iodol qu'il préfère à l'iodoforme.

M. QUENU ne croit pas qu'il faille limiter la réunion primitive aux fistules sous-tégumentaires. Il en a obtenu de très bons résultats dans des cas déjà assez compliqués, où le décollement remontait assez haut.

Distension énorme de l'abdomen par paralysie des muscles abdominaux. — **M. DESPRÉS** présente les photographies d'une malade de son service, qui est entrée avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Le lendemain de son entrée, M. Després vit que la saillie de l'abdomen, chez cette femme, disparaissait quand elle était couchée. Il n'y avait donc aucune tumeur. Elle n'avait pas non plus de surcharge graisseuse. M. Després a alors exploré la contractilité musculaire par les mouvements provoqués et par les courants électriques. Cette recherche démontre une absence complète de la contractilité musculaire.

Il s'agissait donc d'une paralysie des muscles de l'abdomen, affection très rare dont M. Després n'a pas trouvé d'exemple. Il n'y a rien dans les antécédents de cette malade qui explique cette paralysie. Elle n'a eu que deux enfants; ses accouchements ont été faciles. Son ventre est devenu gros ainsi après son premier accouchement. Au niveau de l'ombilic, il mesure 1m,50.

M. LANNELONGUE croit qu'il faut rattacher cette paralysie musculaire à la grossesse. M. Lannelongue a vu deux enfants atteints de paralysie essentielle partielle des muscles de l'abdomen. Il s'agissait de paralysies dites infantiles; il y avait chez ces enfants une lésion de la moelle.

M. MARC SÉE fait observer que ces faits ne sont pas rares. Il en a constaté un certain nombre chez les enfants. Quant au cas de M. Després, il est incontestable que c'est la distension déterminée par la grossesse qui est la cause de l'affection actuelle. Une seule grossesse suffit pour amener ce résultat.

M. DESPRÉS rappelle que, chez sa malade, c'est la paralysie musculaire qui lui a paru un fait exceptionnel. C'est là ce qui la distingue des ventres pendants, consécutifs, à la grossesse.

Carie du rocher. — **M. PRENGRUEBER** communique une observation de carie du rocher.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les élèves de seconde année sont prévenus qu'ils doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1887.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 3 novembre tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie), s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années, suivant la date de leur inscription à l'École pratique;

2° Élèves non obligés et docteurs, suivant la date de leur inscription à la Faculté;

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Le bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris, sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique, le lundi 17 octobre 1887.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire. MM. les élèves seront, chaque jour, exercés sous sa direction au maniement du microscope.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours, pour quatre places d'internes, s'ouvrira le lundi 5 décembre 1887, à huit heures du matin.

Un concours, pour dix places d'externes, s'ouvrira le lundi 19 décembre 1887, à trois heures du soir.

Pour les conditions de ces deux concours, s'adresser à M. le secrétaire général de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session ordinaire le jeudi 27 octobre courant, à 8 heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° élection du président; 2° correspondance; 3° présentation de membres nouveaux; 4° rôle des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales, par M. Lannois (de Lyon); 5° épiglottite œdémateuse, par M. Ruault (de Paris); 6° des canalicules perforants du *basement-membrane* de la muqueuse nasale, nouvelles observations, par M. Châtellier (de Paris); 7° surdité complète unilatérale et bilatérale à la suite des oreillons, trois observations, par M. Ménière (de Paris); 8° gomme de l'aile du nez, par M. Moure (de Bordeaux), une observation; 9° lymphadénome : surdité, paralysie faciale, par M. Gellé (de Paris); 10° communications diverses; 11° présentation d'instrument, par M. Ruault.

— M. le docteur Dejars, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 18 octobre 1887, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'École pratique.

Ce cours est facultatif; il ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves. Les demandes d'admission devront être adressées au doyen de la Faculté.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21737

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 10 octobre 1887.

DE L'INFLUENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE ET DE L'HYGIÈNE DANS LA DÉCROISSANCE DE LA MORTALITÉ DANS LA RÉGION DE BONE (ALGÉRIE)

Les questions hygiéniques et conservatrices de la vie humaine étant à l'ordre du jour, je me suis demandé si, possesseur de notes qui sont de nature à démontrer la puissance de l'hygiène et de la thérapeutique dans les maladies des pays chauds et marécageux, ce ne m'était pas un devoir de dire ce que l'expérience m'a appris à ce sujet. Cette étude est toute d'actualité comme l'exprime Littré dans le deuxième volume de sa *Traduction des œuvres d'Hippocrate* : « Par une circonstance particulière, dit-il, les *épidémies* ont l'intérêt actuel, l'utilité présente qui peuvent s'attacher à un livre moderne. Elles se rapportent, en effet, à un sujet encore peu connu, encore incomplètement étudié (les fièvres des pays chauds), sur lesquelles elles fournissent de précieux enseignements. Il se trouve de nos jours que les principales écoles de médecine ont leur siège dans des régions tempérées et même froides; il s'est trouvé, au contraire, dans les temps anciens, que les principales écoles avaient leur siège dans des régions beaucoup plus chaudes. De cette différence de position, il est résulté que la pyrétologie des pays chauds, qui n'est entrée dans l'enseignement des premières que d'une manière incomplète et par le fait des médecins voyageurs, a constitué le fond même de l'enseignement des secondes. Le livre d'Hippocrate conserverait toujours un haut rang dans la littérature médicale, à cause de l'esprit supérieur avec lequel cet écrivain observe et décrit; mais la pénurie des modernes sur ce sujet en fait de plus un livre immédiatement utile à tous ceux qui ont à pratiquer la médecine dans les pays chauds. » Que de justesse dans ces remarques de Littré et combien ses paroles ont encore plus de poids et d'actualité de nos jours, au moment où nous avons presque doublé l'étendue de nos colonies dans des contrées où l'on a tant à se défendre contre les attaques du paludisme porté à un si haut degré.

J'ai réuni sur le pays de Bone des documents que personne n'a et ne peut avoir sur aucun des grands centres de l'Algérie les plus renommés par les désastres qui ont accablé notre armée dans les premières années de l'occupation. Cela me permet aujourd'hui d'exposer les phases par lesquelles a passé notre état sanitaire, dans ce point de nos possessions africaines où je me cantonne exclusivement, en raison précisément des matériaux que j'ai entre les mains, pour donner l'espérance, sinon la certitude, que l'on pourra arriver à obtenir partout les résultats que je vais signaler, en procédant comme il a été fait dans cette localité qui, primitivement, a été le théâtre de revers médicaux tels qu'ils ont fait mettre en doute la possibilité de conserver l'Algérie.

Il me suffit de poser deux dates pour démontrer quelle a été, dans cette région si éprouvée, la puissance de la thérapeutique et de l'hygiène :

En 1833, sur 5 500 hommes de garnison, on a 6 704 malades, et 1 526 morts.

En 1884, sur 1 826 hommes de garnison, on a 736 malades, et 8 morts.

Voilà des chiffres bien curieux, bien surprenants par leur contraste. Personne, au surplus, n'aura un étonnement plus grand que celui qu'ils m'ont donné : 8 décès dans un an à Bone, la ville sépulcrale de 1833 ! On est arrivé à ce résultat progressivement, mais non sans hésitations, sans chocs en retour, sur lesquels nous aurons à nous expliquer; et d'abord établissons bien le point de départ pour nous rendre compte exactement des causes qui ont amené cette heureuse transformation.

En 1833, on n'avait encore sur les maladies paludéennes que des données bien vagues que les médecins de cette époque puisaient dans les livres classiques et dans les enseignements scolaires qui étaient, je ne crains pas de le dire, tout à fait insuffisants et incompétents. Élevé dans les idées dominantes de ce temps, je ne commençai à soupçonner qu'il y avait bien des inconnues dans l'histoire des fièvres intermittentes, telle qu'on nous l'avait apprise, qu'après avoir vu ces maladies en Corse et dans les hôpitaux d'Alger; j'étais dans cette disposition d'esprit lorsque, en 1834, je fus envoyé à Bone, où je trouvai des affections plus graves, plus meurtrières que celles que j'avais observées jusque-là. Mes doutes se dissipèrent, mes hésitations prirent fin et je m'engageai, à pleines voiles, dans la doctrine que j'instituai et qui, après bien des obstacles, bien des luttes, a fini par devenir universelle en Algérie. Dès cette première année, la mortalité a passé à 1 mort sur 20 au lieu

de 1 sur 4 comme en 1833; et encore, dans mon service, à 1 sur 27; à 1 sur 25 dans celui d'un de mes adjoints, M. Worms, qui avait adopté de suite mes idées. Mais la mortalité considérable qui s'était produite dans le service de plusieurs médecins que je n'avais pu décider à suivre mon exemple, fit baisser la moyenne à 1 sur 20; ce qui, au surplus, suffisait bien pour faire ressortir l'importance de l'évolution que je venais d'imprimer à la thérapeutique des fièvres palustres.

Il s'agissait, après cette grande épreuve, de savoir ce que l'avenir réservait à cette tentative hardie. En 1835, on a 1 mort sur 24 malades; en 1836, on en a 1 sur 20, comme en 1834. Mais en 1837 et en 1838, la scène change et voilà un des grands écarts qui sont venus, à plusieurs reprises, contrarier nos prévisions : en 1837, on compte 1 mort sur 8; en 1838, 1 sur 14. Pourquoi? Parce que, en 1837, pour la seconde expédition de Constantine, on a dû renforcer le corps d'armée, le porter à quatre brigades, en faisant venir de France de nombreuses troupes, entre autres le 26e de ligne et le 12e; ce dernier apportait le choléra dans ses rangs. Ces régiments, étrangers au climat, sont lancés, sans préparation aucune, en pleine saison épidémique, dans un pays brûlant, couvert de marécages; ils ont à supporter les fatigues de la guerre, des privations, des combats et les périls de l'assaut; la ville prise, ils ont à construire des routes, à établir des camps, à s'y installer pour assurer les communications entre Bone et leur nouvelle conquête. Voilà bien des causes pour expliquer un point d'arrêt dans l'amélioration qui, les années précédentes, avait donné tant d'espérances.

On fut bien dédommagé de cet échec, en 1840, année qui n'envoya dans les hôpitaux que 787 hommes. Cependant, cette année-là fut une des plus désastreuses pour notre armée, qui, d'après les *Établissements français dans l'Algérie*, a eu 113 871 malades, et 9 567 morts. Dans son *Histoire des commencements d'une conquête*, M. Camille Rousset rapporte que, du 1er juin au 9 novembre 1840, on a eu 4 200 morts; qu'à cette dernière date, il y avait près de 15 000 malades, dans les hôpitaux, l'effectif de l'armée étant de 71 703 hommes. L'immunité de la garnison de Bone est due à ce qu'elle n'a pris aucune part aux opérations de guerre incessantes qui ont tenu constamment en haleine les troupes des provinces d'Alger et d'Oran.

C'est aussi dans cette même année que s'est déroulé le sombre drame de Milianah dont j'ai donné les chiffres obituaires dans la *Gazette des hôpitaux*, du 30 septembre 1884.

Dans l'intérêt de la science, de la vérité et de l'humanité, je dois dégager la responsabilité de ma thérapeutique, dans ces cruels événements : à cette époque encore, par je ne sais quelle aberration d'esprit, de bien regrettables attaques avaient empêché sa propagation; elle n'était guère appliquée que par les médecins qui l'avaient étudiée dans mes salles, ou qui avaient été en rapport avec les jeunes collaborateurs qui avaient servi sous ma direction.

Le second grand écart dans la morbidité plus que dans la léthalité de Bone est celui dont j'ai déjà parlé dans la *Gazette des hôpitaux*, 22 mars 1884; j'ai fait connaître alors qu'il était dû à ce qu'on avait laissé s'envaser et s'encombrer les canaux creusés par le génie militaire dans la plaine voisine de Bone pour la drainer et conduire à la mer les eaux provenant des pluies torrentielles de l'automne et de l'hiver. Cette négligence sema cette plaine d'effondrements marécageux; de nombreuses maladies ne tardèrent pas à sévir sur la population civile tout comme sur la troupe; mais elles furent assez bénignes, car, si celle-ci eut 10 667 malades, elle n'eut que 1 mort sur 45 en 1852 et, en 1853, 1 mort sur 33.

Ce fut là du reste la dernière grande crise qu'eut à subir le pays; la série des documents qui nous ont guidé jusqu'ici s'interrompt tout à coup ou ne donne que des détails insignifiants par suite de la mobilité extrême du personnel médical. Heureusement une nouvelle ère commence, en 1865, avec le premier numéro de la *Statistique médicale de l'armée*, ouvrage important et officiel où j'ai relevé le mouvement de l'hôpital de Bone de 1865 à 1880, que j'ai inséré dans la *Gazette des hôpitaux* des 20 et 22 mai 1884 et qui fait connaître les progrès bien remarquables de la diminution de la mortalité. Je n'en retiens ici que les chiffres des quatre dernières années pour les rapprocher de ceux que vont nous donner les quatre années qui les suivent, 1881, 1882, 1883, 1884, en faisant remarquer que le numéro de 1884 n'a pas encore paru, mais il est sous presse et j'ai copié sur les *épreuves* les chiffres que je transcris :

Année	Effectif de la garnison.	Malades.	Morts.
PREMIER GROUPE			
1877.	2 023	1 367	24
1878.	2 259	1 100	67
1879.	1 680	1 014	25
1880.	1 890	951	17
DEUXIÈME GROUPE			
1881.	2 600	2 733	115
1882.	1 599	1 544	42
1883.	2 100	1 066	21
1884.	1 826	736	8

Je n'ai rien à ajouter; l'enseignement est complet. Je tiens cependant à m'expliquer sur la grande part que je fais à la thérapeutique. On me reprochera, je n'en doute pas, cette tendance de mon esprit et l'on me taxera d'exagération. Mon opinion cependant est fondée sur un fait indéniable et contre lequel rien ne peut; c'est la comparaison du mouvement hospitalier de Bone de 1834 avec celui de 1833. En effet, les conditions hygiéniques étaient les mêmes : et cependant, en 1834, nous n'eûmes que 538 morts avec 11 593 entrants, tandis que, en 1833, on avait compté, comme nous l'avons déjà vu, 1526 décès avec 6704 malades. Il est donc bien évident que c'est à la thérapeutique seule que revient ce succès. De plus, il a fallu bien des années pendant lesquelles elle a dû, toujours seule, défendre la vie des hommes, attendant des secours secondaires et adjuvants que l'hygiène devait lui apporter en provoquant le dessèchement des marécages, celui de l'immense lac de Fezzara, les grands travaux de l'agriculture et de la viticulture qui ont fait de Bone et de sa banlieue l'un des séjours les plus agréables que l'on puisse rêver.

Rien, au surplus, ne m'est plus facile que de m'appuyer sur une nouvelle expérimentation qui se déroule sous nos yeux : ce sont les épreuves analogues que subit à son tour le corps d'armée que nous avons dans nos possessions de l'Extrême-Orient. La question, il est vrai, est ici plus complexe, je le reconnais et je me hâte de le dire : à côté du *paludisme*, il y a l'*endémie cholérique*, bien autrement grave, bien autrement meurtrière, mais contre laquelle, malheureusement, la médecine est ici, comme partout, à peu près

impuissante, et devant laquelle nous ne pouvons que nous incliner en faisant des vœux pour que l'on découvre contre elle un spécifique aussi efficace que l'est le sulfate de quinine dans les affections paludéennes de ces mêmes contrées. Je suis heureux de pouvoir rassurer sur ce dernier point les familles qui ont des enfants dans ces colonies si redoutées. Voici ce qu'a bien voulu m'écrire à ce sujet, en date du 6 septembre 1887, l'homme le plus compétent, M. Dujardin-Beaumetz, l'ancien directeur du service de santé au Tonkin, chargé aujourd'hui, au ministère de la guerre, de la direction du service de santé de toute l'armée : « L'instruction médicale « ci-jointe, me dit-il, vous montrera comment on traite mili- « tairement les fièvres palustres du Tonkin ; cette médication « est la vôtre ; partout, au Tonkin et en Annam, on en « éprouve les bienfaits. » Je ne pouvais m'appuyer sur une autorité plus imposante, et je remercie hautement M. Dujardin-Beaumetz de l'appui qu'il m'apporte par la franchise et la netteté de sa déclaration, en attendant que ses fonctions administratives lui permettent de terminer l'histoire médicale de l'expédition du Tonkin qui sera une œuvre importante pour le pays, pour l'armée, pour l'humanité.

MAILLOT
Ancien président du Conseil de santé des armées.

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVI[e] SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Étude sur le prognathisme. — M. L. MANOUVRIEZ (de Paris). L'auteur s'attache d'abord à isoler la question du prognathisme de toutes celles avec lesquelles elle a été confondue. Il fait ensuite la critique de l'angle facial de Camper que d'illustres anatomistes comme Cuvier, Cloquet, Broca, ont vainement cherché à rendre utile à la science au moyen de divers perfectionnements. Il considère l'angle facial comme une sorte de superstition craniologique, comme un caractère dont les variations dans l'espèce humaine sont dépourvues de signification, parce qu'elles dépendent de plusieurs faits anatomiques sans liaison entre eux et non pas seulement du degré du prognathisme.

M. Manouvriez expose ce que l'on doit entendre par prognathisme : le prognathisme, dit-il, c'est la proéminence de la face en avant du cerveau, c'est-à-dire en avant de la paroi postérieure des sinus frontaux. Cette proéminence doit être représentée par une projection sur le plan horizontal du crâne, projection déterminée par une ligne abaissée perpendiculairement du point métopique sur le plan horizontal. Cette projection exprime le prognathisme sans qu'il soit besoin de la comparer à quelque ligne que ce soit. Mais il est utile de la décomposer en trois parties représentant la part que prennent dans la proéminence de la mâchoire : 1° la région frontale de la face ; 2° la région naso-maxillaire ; 3° la région sous-nasale.

Des recherches considérables ont été entreprises dans ce sens par M. le docteur Marcano, qui doit en publier prochainement les résultats.

De la valeur de la désarticulation du genou. — M. DUPLOUY (de Rochefort). Dans cette nouvelle communication, l'auteur s'attache surtout à démontrer par une série de faits, que l'amputation du genou a été trop sévèrement jugée.

(1) Voir le numéro du 8 octobre.

Il présente devant les membres de la section un sujet, amputé depuis seize ans, qui marche facilement tous les jours pendant trois heures sur son moignon, et qui (preuve absolue de cet appui direct) offre un durillon au niveau du condyle externe.

M. Duplouy montre aussi la photographie d'un moignon parfait, chez un opéré datant de dix-neuf ans ; enfin, il présente des moules plus récents, et établit, à l'aide d'une statistique comprenant tous les faits connus depuis 1872, que cette opération doit rester dans la pratique.

Rejetant toute la statistique d'origine étrangère dont on ne peut contrôler les éléments, M. Duplouy a réuni seize observations, dues exclusivement à des chirurgiens français et à des chirurgiens de la marine en particulier.

Sur ces seize sujets, un seul a succombé ; dix ont un moignon parfait, servant à la déambulation directe ; cinq seulement ont eu des moignons trop défectueux pour supporter le poids du corps, et ils ont marché à l'instar des amputés de cuisse, parfois même avec des béquilles ; le sphacèle partiel des lambeaux et, plus souvent, des abcès intermittents ont causé ces mauvais résultats.

En somme, on a obtenu des moignons parfaits dans les deux tiers des faits rassemblés dans le tableau présenté par M. Duplouy, lequel tableau indique le motif de l'opération, le procédé choisi, la fréquence de tel ou tel accident, le nom de l'opérateur et les sources bibliographiques.

L'auteur s'élève contre cette assertion que les condyles doivent, à la longue, subir une atrophie progressive ; les moignons, dont il présente les moulages ou les photographies, n'ont pas offert le moindre effilement, et il a vainement cherché, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, la moindre preuve à l'endroit d'une conicité anatomique.

Toutes les fois que la lésion est bornée aux os et que la peau a conservé son intégrité et ses moyens de nutrition, la désarticulation du genou doit être préférée à toute amputation de cuisse intra-condylienne ou sus-condylienne ; un grand lambeau antérieur quadrilatère, à angles arrondis, enveloppant bien les condyles, joint à un petit lambeau postérieur de deux travers de doigt, donne un résultat très favorable. L'amputation du genou, lorsqu'elle est bien indiquée et bien exécutée, donnera, surtout avec l'antisepsie régulière, un moignon parfait, et qui demeurera tel.

Étude sur les kystes hydatiques de l'utérus. — MM. PÉAN et SECHEYRON (de Paris). Les kystes hydatiques de l'utérus sont une rareté pathologique : dix faits recueillis dans la littérature médicale sont seuls probants. Trois d'entre eux sont une trouvaille d'autopsie (cas de Laënnec, Ferrant, Barré).

Leur pathogénie offre des points obscurs. Le germe hydatique, l'hexacanthe, pénètre dans le parenchyme utérin, soit indirectement par l'intermédiaire de la circulation, soit plus directement par effraction des tuniques intestinales et progression jusqu'à l'utérus, soit encore par rupture d'une vésicule-fille émanée d'un kyste hydatique abdominal : foie, épiploon, rein.

Le kyste peut se développer dans le parenchyme utérin, être interstitiel, sous-muqueux ; ou bien son développement s'effectue à côté de l'utérus. Le kyste, juxta-utérin d'abord, peut faire irruption dans l'utérus, par amincissement graduel des parois (cas de Brill, de Kuchenmeister).

Les kystes de petit volume restent latents.

Ils n'existent, au point de vue clinique, que si leur grand volume devient l'occasion de douleurs, de contractions utérines, avec ou sans métrorrhagies ; de gêne pour la miction, la marche (cas de Péan). Ils apparaissent encore à l'occasion d'une complication qu'ils provoquent : rétroversion utérine (cas de Jones) ; inversion utérine (cas de Thatscher) ; rétention d'urine (cas de Péan).

Leur symptôme caractéristique consiste dans l'expulsion d'hydatides vésiculeuses, résultat d'une rupture spontanée ou artificielle de la poche kystique (cas de Graily-Hewit, de Brill, de Bernard Sczaucer, de Péan). Ces kystes ne rétrocèdent pas à moins de la mort des hydatides. La grossesse donne à leur développement une vive impulsion.

Leur influence sur la grossesse paraît nulle : les kystes n'a-

mènent ni la stérilité, ni l'avortement, au moins dans les conditions semblables à celles observées jusqu'à ce jour.

L'influence du kyste sur la marche du travail est capitale. Elle est marquée par un ralentissement et même un arrêt de ce travail, si le kyste, cause de dystocie, siège au col, au segment inférieur de l'utérus. La dystocie a parfois nécessité le sacrifice du fœtus : céphalotripsie, embryotomie (cas de Günsberg), craniotomie (cas de Brill).

Il faut savoir que presque dans les mêmes conditions : — kystes hydatiques du petit bassin, péri-utérins, — trois opérations césariennes ont été relevées par M. Porak, accoucheur à l'hôpital Saint-Louis, dans son travail sur les kystes hydatiques du petit bassin (*Gazette hebdomadaire* (Paris, 1884).

Un diagnostic du kyste hydatique aurait empêché peut-être ces opérations.

Le diagnostic basé sur les symptômes, les troubles fonctionnels, ne peut être qu'incertain; la ponction, l'évacuation spontanée ou artificielle de vésicules, de lambeaux de la poche, reconnus au microscope, de nature hydatique, sont les deux symptômes caractéristiques.

Il faut éviter une confusion, surtout avec la grossesse au début les tumeurs fibreuses, fibro-kystiques, les tumeurs utéro-cystiques et les môles hydatiformes.

Le pronostic est grave : les tumeurs kystiques ne rétrocèdent que rarement ; il est grave surtout si le kyste, cause de dystocie, est méconnu.

Le traitement le plus rationnel consiste dans la ponction précédée du diagnostic, suivie de l'excision d'une partie de la poche et de son drainage.

La discision sanglante et la libération du col sont nécessaires pour atteindre des kystes élevés au-dessus du col. Ces manœuvres opératoires, facilitées par l'emploi des pinces hémostatiques, vulgarisées par l'école chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis, ont une importance capitale pour mener à bien l'opération.

Sur les relations entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales. — M. ARNOZAN (de Bordeaux). Les affections cutanées du nez et, en particulier, du lobule, se font souvent remarquer par une tenacité désespérante et le traitement est souvent inefficace. Cela tient à ce que les causes ordinairement attribuées à ces affections sont assez vaguement définies. Or, sans méconnaître l'influence des causes diathésiques, on peut, dans certains cas, invoquer, comme causes, une maladie profonde des fosses nasales.

M. Arnozan cite l'observation de plusieurs malades chez lesquels la maladie cutanée était liée à l'existence d'une affection des fosses nasales. Diverses explications théoriques pourraient être données sur les relations entre les deux états morbides; mais l'auteur considère comme préférable, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, de s'arrêter aux conclusions suivantes :

1° Il peut exister un rapport de cause à effet entre les affections profondes et les affections superficielles du nez;

2° L'exploration des fosses nasales et le traitement, s'il y a lieu, de leur inflammation ou de leurs ulcérations chroniques seront de règle dans le traitement des lésions cutanées du nez.

Note pour servir à l'étude de l'hydrocèle péritonéo-funiculaire. — M. VIEUSSE (de Toulouse). L'hydrocèle péritonéo-funiculaire est une affection rare ; on n'en trouve que deux cas dans les auteurs, dont l'un appartient à Maunoni, chirurgien de Santa-Maria-Nuova, et l'autre à Chassaignac; le troisième est celui que l'auteur présente.

Il résulte de ces trois faits que l'hydrocèle péritonéo-funiculaire doit être admise et qu'il faut savoir la diagnostiquer.

Ce diagnostic est facile et on ne peut confondre cette maladie qu'avec l'hydrocèle peritonéo-vaginale ou la hernie péritonéo-funiculaire, qui est assez fréquente.

Le traitement sera simple tout d'abord et on aura recours au repos dans la position horizontale et aux frictions irritantes. Lorsque cette thérapeutique aura échoué, on emploiera l'injection iodée ; enfin, si ces moyens restent inutiles, la ponction du kyste, l'excision de la poche pourront être mis en usage.

Cas de mono-hémiplégie linguale avec localisation corticale. — M. BERNHEIM (de Nancy). Les expériences de M. Ferric chez l'animal, l'analyse des observations cliniques, faites par MM. Charcot et Pitre, ont établi que le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante commande les mouvements du côté opposé de la face et de la langue et que la destruction de cette région entraîne avec elle une hémiplégie faciale et linguale. Cette région correspond donc au centre cortical du facial inférieur et de l'hypoglosse. Les observations, publiées jusqu'ici, n'ont pas permis de dissocier ces deux centres.

MM. Raymond et Artaud ont réuni et publié, en 1884, dans les *Archives de neurologie,* six faits de glossoplégie corticale ou plutôt de troubles divers de motilité de la langue dus à des lésions corticales des circonvolutions frontales ascendantes. Mais, dans tous ces faits, la paralysie faciale coexistait.

M. Bernheim a observé un cas, où l'hémiplégie linguale était isolée. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, qui étant dans son service d'hôpital pour des tumeurs sarcomateuses multiples généralisées, dont la première avait été constatée en 1886, présenta certain jour (le 8 janvier 1887), tout à coup, une forte déviation de la langue, dont la pointe regardait à droite. La malade avalait facilement, elle articulait convenablement les mots, mais il lui était impossible de siffler. Il n'existait d'ailleurs aucun autre signe d'hémiplégie faciale, ni de paralysie des membres. La main gauche, seule, serrait plus que la main droite (15 degrés à gauche au lieu de 11 degrés à droite) le 8 janvier, jour d'apparition des premiers phénomènes; trois semaines plus tard, le 29 janvier, les chiffres indiqués par le dynamomètre étaient : 7 à droite, 10 à gauche.

La malade succomba le 2 février, l'hémiplégie linguale persistant jusqu'à la fin.

A l'autopsie, outre les tumeurs sarcomateuses généralisées, on trouva, comme lésion correspondant à l'hémiplégie linguale droite, un foyer cortical, contenant un caillot de sang et dont les cellules étaient constituées par les parois fibroplastiques du sarcome, c'est-à-dire un foyer cortical contenant un caillot sarcomateux hémorrhagique ayant donné lieu à une excavation qui mesurait 5 à 6 millimètres de diamètre et de profondeur. Ce foyer se trouvait sur le bord inférieur de l'extrémité inférieure de la circonvolution, à 6 millimètres du sillon qui les sépare de la troisième circonvolution frontate, ainsi que l'a montré la photographie que l'auteur de la communication a fait passer sous les yeux des membres du Congrès.

Il résulte donc de ces faits, qu'il existe, vers l'extrémité la plus inférieure de la circonvolution frontale ascendante, un centre spécial, centre cortical de l'hypoglosse.

Contributions à l'étiologie de la myopie et de l'hypermétropie; rapport de la myopie et de l'hypermétropie avec l'indice céphalique et l'indice orbitaire. — M. MOTAIS (d'Angers). L'étiologie des anomalies de réfraction de l'œil, bien que présentant un haut intérêt, est loin d'être entièrement élucidée. Il entre d'ailleurs, dans cette question, un assez grand nombre d'éléments qui la rendent fort complexe, et sa solution exige des recherches sur des points multiples.

C'est pourquoi l'auteur croit devoir apporter, comme document, les recherches suivantes sur les rapports de la myopie et de l'hypermétropie avec l'indice céphalique et l'indice orbitaire.

Ayant eu l'occasion de faire des recherches ophthalmologiques sur les yeux de 97 ouvriers typographes et de 175 couturières de la ville d'Angers, il a déterminé en même temps les indices céphaliques et orbitaires.

Pour l'indice céphalique, il a suivi à la lettre les instructions craniologiques de la Société d'anthropologie de Paris.

Pour l'indice orbitaire, il a pris, d'après les mêmes instructions, le *diamètre vertical* du milieu du rebord orbitaire inférieur (suture malo-maxillaire) au point correspondant du rebord orbitaire su-

périeur. Quant au *diamètre horizontal*, il a dû modifier les données des instructions craniologiques pour le point de repère interne.

Comme point de repère externe, le rebord osseux est très facile à reconnaître avec le doigt ou la pointe du compas.

Mais, en dedans, Broca recommande le *dacryon*, point de contact du frontal, du maxillaire supérieur et de l'unguis (*Revue d'anthropologie*, t. IV, pp. 577, 619; 1875).

Le dacryon est, en effet, un point fixe et facile à trouver sur le squelette. Sur le vivant, il n'y fallait pas songer. Dans *les instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, Broca donne simplement cette indication pour mesurer ce qu'il appelle la largeur palpébrale ou longueur de l'œil : « Mesurer de la commissure interne des paupières d'un œil à leur commissure externe. » Cette mesure peut être bonne pour la mensuration de l'ouverture palpébrale; mais chacun sait combien la fente palpébrale est variable et présente peu de rapports avec les dimensions de l'orbite. M. Motais a donc dû chercher un autre point de repère, et il a choisi l'insertion du tendon direct du muscle orbiculaire :

1° Parce que cette insertion est suffisamment fixe et se trouve à une distance connue du rebord orbitaire interne : 2 millimètres (Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*, t. II, p. 100).

2° Parce qu'elle est très aisée à découvrir, en appuyant avec l'ongle de l'indicateur. Le léger sillon tracé par l'ongle guide la pointe du compas. En déduisant deux millimètres de la mesure obtenue, on a des dimensions exactes du diamètre horizontal. Le diamètre vertical, multiplié par 100 et divisé par le diamètre horizontal, donne *l'indice orbitaire*.

Les indices de 89 et au-dessus, sont dits *mégasèmes*, de 89 à 83 *mésosèmes*, de 83 et au-dessous *microsèmes* (Broca, *loc. cit.*).

Toutes ces mesures étant prises avec soin et les indices calculés, l'auteur a relevé et classé, dans chaque série, le nombre des myopes et des hypermétropes et déterminé la proportion pour cent.

Les tableaux joints à sa communication résument ses observations et lui permettent d'en tirer les conclusions suivantes :

1° La proportion des myopes est plus élevée dans la *microsémie*, plus faible dans la *mégasémie*;

2° L'hypermétropie, au contraire, augmente dans la mégasémie et diminue dans la *microsémie*;

3° La proportion des myopes est plus élevée dans la dolichocéphalie;

4° La proportion des hypermétropes est plus élevée dans la brachycéphalie;

5° Dans la mésosémie et dans la mésaticéphalie, les proportions des myopes et des hypermétropes se rapprochent.

Recherches sur les urines des tabétiques. — MM. CHARLES LIVON et HENRI ALEZAIS (de Marseille). Les deux auteurs de cette communication ont entrepris une série de recherches sur les urines des malades atteints d'affections apyrétiques du système nerveux. Mais les faits qu'ils présentent aujourd'hui concernent seulement des sujets tabétiques; les résultats de leurs recherches sont les suivants, qu'ils se bornent, pour le moment, à signaler, attendant d'avoir poursuivi pendant un temps plus long leurs intéressantes études, pour en tirer des conclusions définitives :

1° Tendance chez les tabétiques à la diminution de l'urée éliminée dans les vingt-quatre heures;

2° Diminution de l'acide phosphorique total éliminé, avec tendance à l'augmentation proportionnelle de l'acide phosphorique uni aux terres;

3° Variation assez grande dans la quantité de chlore éliminé avec tendance à l'hyperchlorurie.

4° En injections intra-veineuses, les urines tabétiques paraissent assez toxiques; il a fallu de 12 à 44 centimètres cubes d'urine par kilogramme d'animal pour arriver à tuer des chiens choisis aussi semblables que possible.

Sur un cas de régularisation de la menstruation par suggestion. — M. BERNHEIM (de Nancy). Déjà MM. Liébeault et Auguste Voisin ont relaté dans la *Revue de l'hypnotisme* des faits de régularisation des menstrues sous l'influence de la suggestion. M. Bernheim a aussi observé des cas de ce genre. Il communique une observation de menstruation trop fréquente et trop abondante, dans laquelle la suggestion a produit la régularisation à quatre jours au lieu de treize à quatorze jours.

Mme H... âgée de trente-cinq ans, mère de trois enfants, vient me consulter le 20 septembre 1886, dit-il, pour un rhume avec enrouement datant de neuf mois. Elle a eu autrefois de fréquentes crises d'hystérie qui ont diminué beaucoup depuis quatre à cinq ans; cette année elle n'en a eu que deux, la dernière il y a cinq mois.

De plus, elle a des règles trop copieuses et trop fréquentes; avant son premier accouchement, elle était réglée tous les vingt et un jours. Jamais elle n'a dépassé cette limite. Depuis lors, elle l'a été tous les quinze jours et depuis deux ans tous les onze à treize jours. Ces règles sont abondantes, elles durent quatre ou cinq jours, s'accompagnent de crampes vives et sont précédées, pendant deux à trois jours, d'un état d'énervement, avec mauvaise humeur, tremblement, antipathie pour ses enfants, symptômes qui disparaissent avec le flux. La dernière époque a eu lieu du 11 au 15 septembre.

La malade est mise facilement en somnambulisme. L'oppression, l'enrouement, les points douloureux cèdent en quelques séances. Le 24 septembre, à la quatrième séance, je lui suggère qu'elle aura ses règles, le 9 octobre (28e jour), sans douleur ni malaise précurseur, et que ses règles dureront trois jours, et seront peu abondantes.

Les règles apparurent dans la nuit du 7 au 8 octobre, et elles durèrent trois jours.

Un certain nombre de suggestions consécutives ont confirmé ces premiers résultats.

En résumé, une dame de trente-cinq ans qui a des règles abondantes durant cinq à six jours, tous les onze à quinze jours, et qui n'était jamais restée plus de vingt et un jours entre deux périodes menstruelles, arrive par suggestion hypnotique à les avoir successivement du vingt-quatrième au vingt-neuvième jour et, depuis lors très exactement, le vingt-huitième ou le vingt-neuvième jour; ces règles durent trois jours au lieu de durer de cinq à six.

Dans les premières périodes après la suggestion, Mme H... n'arrivait pas jusqu'au jour suggéré, mais avait de la tendance à y arriver. La première fois, des symptômes précurseurs se montrèrent vers le onzième jour, à l'époque où les règles auraient dû venir sans la suggestion, puis vers le vingt-deuxième jour, des symptômes analogues à ceux de la grossesse accompagnèrent la prolongation de la période. La suggestion facilita l'inhibition jusqu'au vingt-sixième jour, puis peu à peu l'organe arriva, sous cette influence, à régulariser le molumen menstruel à vingt-huit ou vingt-neuf jours.

M. BÉRILLON (de Paris). Le fait signalé par M. Bernheim n'a rien qui puisse surprendre ceux qui sont familiers avec l'application de la suggestion comme moyen thérapeutique. M. Bérillon a eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'expérimenter l'effet de ce traitement, dans des cas de troubles de la menstruation, soit que les règles fussent trop abondantes, soit qu'elles fussent complètement supprimées.

Dans un cas, en particulier, M. Bérillon se trouva en présence d'une femme hystérique dont les pertes de sang étaient tellement abondantes qu'on pouvait éprouver de sérieuses craintes pour la vie de la malade. Il réussit à l'hypnotiser immédiatement et lui fit la suggestion formelle de cesser la perte de sang. Il lui fit en outre la suggestion de réparer de suite ses forces par une alimentation tonique. L'effet de la suggestion fut immédiat, le sang cessa de couler et, le soir même, la malade accepta des aliments, ce qu'elle n'avait pas voulu faire depuis huit jours.

Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une action psychique ou morale puisse arrêter un flux menstruel trop abondant, alors qu'un autre effet moral, dans certaines circonstances, suffit pour les arrêter presque instantanément.

M. BUROT (de Rochefort) a eu l'occasion de recourir au même pro-

cédé chez plusieurs malades. Chez l'une d'elles, atteinte de crises convulsives, très impressionnable, des frayeurs subites avaient déterminé la suppression complète des règles. Il put ramener promptement le flux menstruel à des époques régulières en procédant par suggestion dans le sommeil hypnotique. En même temps il put, par le même procédé, modifier l'état psychique et empêcher le retour de semblables accidents.

Dans un second cas, il s'agissait d'une jeune fille hystérique, âgée de vingt-deux ans. Le saisissement inspiré par la vue d'un chien enragé avait suffi pour amener la suppression des règles. M. Burot l'hypnotisa légèrement et, par des suggestions répétées deux fois par semaine pendant un mois, parvint à la remettre dans son état normal.

Ce qui frappe assurément le plus les personnes qui ne se rendent pas un compte exact des effets de la suggestion, c'est de voir l'influence obtenue sur de grandes fonctions qui semblent soustraites à l'action de la volonté. Cependant, il n'est pas douteux qu'on puisse ramener les règles ou provoquer des règles abondantes par suggestion.

M. DÈCLE (de Paris) a pu, également chez une jeune femme hypnotisable, assurer la régularisation des règles et obtenir une amélioration de l'état général.

M. GRASSET (de Montpellier) insiste sur les actions d'inhibition qui peuvent être obtenues dans l'état d'hypnotisme. Lui-même se trouvant en présence d'une malade atteinte d'hémorrhagies de la bouche, c'est-à-dire provenant à la fois du poumon et de l'estomac, arriva très rapidement à arrêter par suggestion les hémorrhagies sur lesquelles la morphine avait seule pu avoir quelque action favorable.

Des signes de l'homicide par suffocation. — M. FAUVELLE (de Paris). Devant la justice, les signes de l'asphyxie par suffocation n'ont qu'une importance relative, tout l'intérêt porte sur les traces de violence qui peuvent en faire un homicide involontaire ou criminel.

Telle est la conclusion à tirer des faits que M. Fauvelle a recueillis pendant une pratique médico-légale de vingt années. Sur trente-quatre expertises, vingt fois la suffocation a eu lieu par occlusion de la bouche et du nez, sept fois par pression sur le larynx et la trachée, trois fois par compression du thorax et de l'abdomen, une fois par enfouissement; enfin, trois fois, malgré la présence des signes ordinaires de la suffocation, l'absence de violence n'a pas permis de conclure à l'homicide.

La suffocation est un genre d'asphyxie dans lequel l'obstacle mécanique, à l'arrivée de l'air dans le poumon, est le seul élément morbide. Toujours, elle a été caractérisée par la réplétion des cavités droites du cœur et des gros vaisseaux y afférant par un sang noir et fluide, coïncidant avec une vacuité complète des mêmes organes à droite. Il semble à M. Fauvelle, que l'absence de respiration arrête la circulation veineuse. Il en résulte une pléthore qui distend les capillaires des organes thoraciques et abdominaux, et en amène la rupture sous forme de petites ecchymoses superficielles.

Dans l'occlusion violente de la bouche et du nez, la densité des tissus rend les extravasations sanguines très rares (une fois sur vingt). Le plus souvent, on constate une teinte rouge due à la dilatation des capillaires, et exactement limitée à la région comprimée. Ces traces de pression se rencontrent non seulement sur le nez et les lèvres, mais aussi sur la muqueuse des arcades dentaires qui font la contre-pression. La paume de la main est employée presque exclusivement, aussi les traces d'ongle ne n'observent-elles qu'aux paupières, à la racine du nez et aux régions des masséters. Deux fois seulement, l'occlusion a eu lieu à l'aide d'un intermédiaire, mais les traces de pression n'ont pas manqué, elles étaient seulement plus étendues et moins bien limitées.

La compression digitale du larynx et de la trachée doit être complètement distinguée de la strangulation par un lien circulaire qui entraîne d'autres éléments morbides que l'obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon. Dans le premier cas, les traces ecchymotiques des doigts compresseurs rendent l'homicide certain; dans le second, la question du suicide peut être posée; de plus, toutes les lésions le rapprochent bien plus de la pendaison que de la suffocation.

Ce qui ressort spécialement de cette communication, c'est le peu de valeur des ecchymoses sous-pleurales au point de vue de l'homicide, l'explication qu'en donne l'auteur, l'importance de l'injection capillaire des parties comprimées autour de la bouche et du nez, enfin la distinction à faire entre la compression digitale du larynx et de la trachée et la strangulation par un lien circulaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 octobre 1887, M. Marçon, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— Le jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir vendredi prochain, 14 octobre 1887, se composera de MM. les docteurs de Beurmaun, Huchard, Faisans, Nélaton, Quénu, Jalaguier et Bar.

Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir lundi prochain, 17 octobre 1887, se composera de MM. les docteurs Brissaud, Muselier, Martin, Josias, Schwartz, Routier et Auvard.

— *Faculté de médecine de Paris* (PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-88 INSCRIPTIONS, CONSIGNATION ET TRAVAUX PRATIQUES). — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 13 octobre. Il sera clos le samedi 19 novembre à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre, et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5 novembre. (La neuvième inscription de doctorat et la cinquième inscription d'officiat seront délivrées aux mêmes jours.)

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 novembre 1887.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de 1886-1887. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur: les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que

le lundi 10, et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale; sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs, pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant seize inscriptions;

2° Les docteurs français;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs payables en une fois.

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes, pour l'année scolaire 1887-88, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur de Chapelle, médecin-aide, à l'hôpital Saint-Jean, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur de Lagarde, démissionnaire.

Faculté des sciences de Lille. — M. Queva, licencié ès-sciences naturelles et physiques, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Lignier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Cloquet est nommé chirurgien sous-aide-major au corps de sapeurs-pompiers du département de la Seine.

— M. le docteur Petit (Gilbert), médecin de l'asile d'aliénés d'Armentières, est nommé directeur-médecin de l'école de réforme d'Yzeure (Allier).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ollivier (Eugène-Prosper), ancien pharmacien principal de première classe, décédé à Paris, à l'âge de soixante ans; Servajean (de Saint-Alban) et Rouchon, interne des hôpitaux de Lyon.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine, par M. le docteur S.-C. Caravias, in-8° de 120 pages avec deux planches. — Prix : 4 francs. — G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21754

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La lèpre est-elle contagieuse ou non? — M. Leloir, chargé d'étudier la lèpre en Norwège, rendant compte en juin 1885 du résultat de ses recherches à la Société de biologie, s'exprimait sur ce point en ces termes : L'isolement des lépreux n'existe pas, à proprement parler, dans ces contrées, malgré l'établissement de léproseries depuis 1856. Cependant la lèpre tend à y diminuer. Sa contagiosité n'est pas démontrée d'une façon absolue. C'est une maladie parasitaire, puisqu'on y trouve des bacilles; mais on hésite à admettre la contagion lorsqu'on voit des lépreux vivant avec leurs femmes depuis 20 ou 30 ans, cette femme et ses enfants restant indemnes...

Dans la même année, l'Académie entendait le rapport de M. Constantin Paul sur un mémoire de M. Zambaco, relatif à la lèpre observée à Constantinople. L'auteur et son rapporteur étaient d'accord pour reconnaître dans la lèpre de Constantinople une maladie bacillaire. Mais jusqu'alors le bacille inoculé à des animaux ne leur avait pas donné la lèpre. La théorie de la contagion, fondée sur la présence des bacilles, était donc encore, à leurs yeux, une hypothèse. Ils ne considéraient pas comme impossible que la lèpre, maladie acquise, jamais héréditaire, pût être acquise par la contagion, mais ni la clinique ni l'expérimentation ne l'avaient encore démontré.

Quelque temps après le rapport de M. C. Paul, M. Vidal venait soutenir contradictoirement devant ses collègues le principe de la transmissibilité, mais non sans quelques restrictions toutefois, reconnaissant que pour que la transmission ait lieu, il faut des conditions particulières de transmissibilité, d'une part, et de réceptivité, de l'autre. C'était seulement par cette transmissibilité, rare sans doute et difficile à constater, convenait-il, mais qui n'en était pas moins réelle à ses yeux, qu'on pouvait s'expliquer les faits dont il n'était pas possible de se rendre compte par l'hérédité.

C'est cette question qu'est venu reprendre hier M. Ernest Besnier, dans un long et important mémoire, où tous les points du débat ont été soumis à une analyse minutieuse et une étude approfondie : nature, transmissibilité et mode de transmission de la lèpre, localisation du bacille de Hansen dans les liquides et dans les solides de l'organisme, tissus, organes et appareils; origine et modes de propagation de la maladie, sa transmission héréditaire, etc. Ses conclusions, ainsi qu'on en jugera par le résumé que nous publions dans le compte rendu, ne s'éloignent pas beaucoup de celles de M. Vidal. Pour lui, le fait que la lèpre est une maladie spécifique, ayant son élément bactérien, dont la présence a été constatée dans toute lésion lépreuse, et celui de la transmissibilité sont inséparables. Mais cette transmission, dont l'homme lui paraît le seul agent, ne s'exerce que dans une mesure extrêmement variable et sous des conditions en partie ignorées. *Adhuc sub judice lis est.*

L'Académie avait entendu, au début de la séance, une communication de M. le docteur Chèdevergne (de Poitiers), sur la suette, comme complément du savant rapport de M. Brouardel. L'auteur y établit le lien qui rattache l'épidémie de Montmorillon au foyer épidémique originaire de Poitiers. Elle a entendu, à la suite du mémoire de M. Besnier, une lecture de M. Le Dentu sur un cas de kyste traumatique du méso-côlon transverse, guéri par la laparotomie, la fixation de la poche à l'incision de la paroi abdominale et le drainage.

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVIe SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Sur des pierres extraites d'un très ancien phimosis. — M. PINAUD (d'Oléron). L'auteur présente trois pierres extraites d'un très ancien phimosis sur un jeune homme de trente-deux ans, atteint de paralysie spinale infantile, ayant, à partir de l'âge de trois ans, produit un arrêt marqué de développement des membres inférieurs, luxation du genou gauche en arrière, etc.

Ces pierres, qui n'ont pu être extraites que grâce à un large débridement, étaient engrenées les unes dans les autres, au point que la verge avait exactement l'aspect d'un battant de cloche.

Ensemble, elles pesaient 23 grammes, et leurs dimensions étaient de 2 à 3 centimètres chacune, en tous sens. Elles présentaient des facettes de frottement nettes et étendues et étaient constituées par du phosphate ammoniaco-magnésien.

La réaction opératoire a été nulle ; le thermomètre n'a pas monté

---

(1) Voir le numéro du 11 octobre.

d'un demi-degré, et l'état général s'est amélioré aussitôt après l'opération.

Des établissements classés antérieurs à 1810. — M. DROUINEAU (de La Rochelle) expose que les établissements classés, antérieurs à 1810, ont une situation, en matière d'hygiène publique, quelquefois difficile, et sur laquelle il importe d'appeler l'attention. Il montre que l'article XI du décret de 1810 a eu pour objet de poser le principe de la non-rétroactivité en fait de fonctionnement, mais non de faire une situation exceptionnelle à ces établissements.

Pourtant, cette situation spéciale naît de l'interprétation fâcheuse donnée à cet article par certains administrateurs et surtout par le Conseil d'État. Cette jurisprudence constante tend à empêcher l'action de l'autorité dans les modifications à introduire, en prétendant que les préfets excèdent leurs pouvoirs quand ils prescrivent des conditions nouvelles aux établissements anciens.

M. Drouineau oppose à cette jurisprudence la décision du comité consultatif des arts et manufactures, qui maintient au contraire que l'article XI n'a été fait que pour préciser le fait de l'exercice, pour les établissements anciens, en dehors de toute autorisation; mais que pour le reste, ils doivent être soumis aux mêmes règles que les autres établissements. Si la doctrine du comité des arts et manufactures était définitivement admise, le Conseil d'État ne pourrait pas annuler des arrêts pris par les préfets sur l'invitation du conseil d'hygiène et en vue de sauvegarder les intérêts de la salubrité.

Il conclut donc en demandant que, pour le présent, cette interprétation du comité consultatif soit adoptée par le Conseil d'État et que dans l'avenir cette question soit soumise à l'attention des hommes chargés de l'organisation de la médecine publique et de la préparation d'un code sanitaire complet.

De la propreté des rues dans les petites villes. — M. BÉRILLON (de Paris). On est frappé de ce fait, en parcourant les rues de presque toutes les petites villes, qu'elles sont mal pavées, malpropres, que les boues et les ordures ménagères n'y sont pas enlevées régulièrement et que, bien souvent, des matières fécales et des urines stagnantes empêchent la circulation des piétons.

Dans beaucoup de petites villes, surtout dans le midi, la situation devient presque intolérable. Loin de s'améliorer, il semblerait que l'hygiène de la rue, alors que tant d'autres progrès sont réalisés chaque jour, laissât de plus en plus à désirer. Cependant, partout existent de nombreux arrêtés municipaux, de nombreux règlements de police, dont la plupart ont été, aux premiers temps de leur publication, rigoureusement appliqués. Dans un certain nombre de petites villes, actuellement mal tenues, les rues étaient propres et balayées régulièrement.

Mais depuis quelque temps, on peut constater, dans l'application des arrêtés municipaux, un relâchement vraiment regrettable. Les municipalités ne semblent plus aussi disposées qu'autrefois à faire respecter la loi par les citoyens.

Il y a là une indication pour demander que l'exécution des prescriptions concernant l'hygiène de la voirie soit confiée à d'autres magistrats plus indépendants que les maires.

Il semble aussi nécessaire de recommander aux municipalités d'établir, dans le plus grand nombre d'endroits possible, non seulement des urinoirs, mais aussi des latrines publiques.

Les arrêtés concernant la propreté de la rue existent, mais ce qui est regrettable, c'est qu'ils soient appliqués d'une façon aussi diverse. Certains maires manifestent un zèle louable; d'autres, et c'est le plus grand nombre, font preuve d'une négligence presque absolue. La seule ressource qui reste, c'est de les rappeler à leurs devoirs municipaux par la voie de la presse. En attendant, les rues restent sales et les étrangers emportent de beaucoup de nos localités l'impression la plus défavorable.

Applications de l'hématoscopie à la thérapeutique et à la médecine légale. — M. HÉNOCQUE (de Paris). La méthode de l'auteur fait connaître la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang et aussi la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine dans le pouce. Du rapport de ces deux facteurs on déduit *l'activité des échanges* entre les sinus et le sang. Les variations de ces divers éléments sont importantes à étudier dans les médications.

L'action du fer peut ainsi être prononcée en quelques jours. Dans un cas on a obtenu en huit jours par ce médicament une augmentation de 9, 3 à 11 p. 100 d'oxyhémoglobine et de 0,50 à 0,60 d'activité.

Le froid, appliqué localement, agit en diminuant l'activité de moitié au tiers; appliqué en douche, il augmente l'activité de réduction.

Les bains chauds augmentent l'activité des échanges; les bains de piscine à Aix doublent cette activité.

Enfin, au point de vue médico-légal, M. Hénocque a démontré la puissance de l'hémoglobine oxycarboné dans le sang par des caractères simplement spectroscopiques. Il présente, en outre, aux membres de la section, un nouvel hématoscope.

Les nouvelles fondations de sanatoria et d'hospices maritimes pour les enfants débiles et scrofuleux à Arcachon et à Banyuls-sur-Mer. — M. ARMAINGAUD (de Bordeaux). Quelle que soit l'explication que l'on donne des liens de parenté de la scrofule et de la tuberculose, un point sur lequel tous les médecins s'accordent, c'est que prévenir ou guérir la scrofule, c'est du même coup prévenir un grand nombre de cas de phthisie pulmonaire.

Or, la résidence prolongée sur le bord de la mer est un moyen hygiénique et curatif d'une puissance considérable. Pour guérir la scrofule, la création de nouveaux hospices maritimes est donc une question d'intérêt vital pour le pays.

Dans un rapport présenté, en 1882, au Congrès international de Genève, M. Armaingaud a montré que le principal moyen de réaliser des fondations nouvelles était de faire sortir cette question du cercle exclusivement médical où on l'avait presque complètement enfermée jusque-là, et d'intéresser et associer le public tout entier au développement de ces institutions, au moyen de conférences publiques, d'une agitation, d'une véritable croisade, qui devraient être poursuivies par les médecins, dans les principales villes de France, et accompagnées de la distribution, à tous les auditeurs, d'instructions populaires sur les causes et les ravages de la phthisie et sur les résultats préventifs et curatifs obtenus dans les hospices maritimes.

M. Armaingaud a donc entrepris et poursuivi avec persévérance et sans plus tarder cette propagande publique dans une série de conférences à Bordeaux, Paris, Périgueux, etc., dans une série aussi d'entretiens de tous genres, d'articles de journaux et en répandant des milliers d'instructions sur ce sujet.

Cette première campagne, commencée en 1882, n'est pas restée infructueuse; en effet, indépendamment des vingt enfants qu'il entretient sur le bord du bassin d'Arcachon, grâce aux produits d'une œuvre qui lui est personnelle, ses efforts ont abouti, cette année, à la fondation de deux hospices maritimes : l'un à Arcachon, grâce à la donation d'un terrain et d'une somme importante qui a été attribuée à l'œuvre; l'autre à Banyuls-sur-Mer, grâce au concours budgétaire du Conseil général et à l'intervention décisive de M. Georges Lafargue, préfet des Pyrénées-Orientales. Les constructions de ces deux hospices doivent commencer dans quelques jours pour Arcachon et très prochainement en ce qui concerne Banyuls-sur-Mer.

Manifestation nouvelle de l'infection blennorrhagique. — M. BORIES. L'auteur établit tout d'abord la nature infectieuse et parasitaire de la blennorrhagie qui permet d'interpréter les manifestations autrefois si inexplicables de cette affection. Il signale ensuite un cas, qui ne paraît pas avoir été jusqu'ici indiqué dans la littérature médicale, d'œdème de la glotte survenu à la suite d'une généralisation blennorrhagique.

Il s'agit d'une jeune femme, exempte de tout antécédent rhumatismal et qui, atteinte de vaginite blennorrhagique, vit se développer chez elle, dans l'espace de quelques jours, la série des

accidents suivants : endométrite blennorrhagique avec péritonisme, arthrites multiples, œdème de la glotte. Cette manifestation exceptionnelle est importante à signaler en raison du danger qu'elle pourrait faire courir aux malades.

M. Bories ajoute que la qualification de rhumatisme, attribuée aux accidents articulaires liés à la blennorrhagie, est impropre. L'arthrite blennorrhagique est d'origine infectieuse au même titre que celle de l'infection purulente.

Habitudes invétérées d'onanisme guéries par la suggestion hypnotique. — M. AUGUSTE VOISIN. La nommée X..., âgée de onze ans, est amenée par sa mère au mois de décembre dernier, pour être traitée d'un onanisme effréné et auquel elle se livre depuis l'âge de deux ans, à tel point qu'on ne peut plus la laisser seule un instant et qu'il est indispensable de lui attacher les mains la nuit. De plus, elle a pris l'habitude d'embrasser son père sur la bouche en portant la main sur ses parties génitales.

Cette enfant est très forte pour son âge, elle paraît avoir quinze ans ; ses membres, son ventre présentent un grand embonpoint.

Le mensonge est entré dans ses habitudes d'esprit, elle ne dit pas un mot de vérité et ment à tous propos. Il lui est impossible, en outre, de rester seule dans une chambre, elle ne veut pas que sa mère la quitte un seul instant.

Les moyens que l'on emploie ordinairement en pareil cas ne réussissant pas, M. Voisin propose de recourir, comme traitement, à l'hypnotisme, à la suggestion hypnotique.

Le 24 décembre, l'auteur essaie d'abord l'action de l'hypnose, elle est nulle. Cependant, dès cette première séance, il parvient à hypnotiser la malade à l'aide de la lampe au magnésium et à obtenir, après une demi-heure, le réveil par suggestion, c'est-à-dire par le toucher de l'oreille gauche avec la main.

Le 15 janvier 1887, l'enfant est ramenée par sa mère à M. Voisin. Ce même jour, deuxième séance d'hypnotisme ; le résultat obtenu a toujours été un état mixte léthargo-somnambulique avec souvenir, au réveil, de ce qui a été recommandé à la petite malade. Pendant cet état, il lui est impossible de soulever les paupières, de remuer les membres ; ses joues deviennent pourpres, la respiration est oppressée, l'inspiration est forte ; il se produit plus fréquemment un peu d'urination involontaire. Parfois même, M. Voisin a obtenu des secousses fines des membres.

Dès cette seconde séance, la suggestion a porté sur la cessation de l'onanisme et du mensonge ; elle a provoqué un grand nombre de fois des gestes ainsi qu'une mimique exprimant le mécontentement et la volonté de ne pas obéir. L'enfant a continué, en effet, à se livrer aux mêmes actes d'onanisme.

Cependant, le 20 février, après quatre séances, la mère de l'enfant m'annonce que sa fille ne s'est touchée que deux fois depuis une semaine.

Le traitement a été continué et les séances ont été répétées tous les quinze jours, de sorte que, le 2 juin dernier, la mère a pu déclarer que les pratiques d'onanisme avaient tout à fait cessé, que sa fille ne mentait plus ; mais elle avait encore peur de rester seule.

Le traitement par l'hypnotisme et la suggestion a été continué suivant la même méthode tous les quinze jours, et le 5 août 1887, la guérison était complète.

La lenteur des résultats paraît, d'après M. Voisin, tenir à ce que l'enfant n'était pas plongée dans le sommeil léthargique complet et qu'elle se souvenait au réveil de ce qui lui avait été suggéré pendant cet état mixte. Il faut, en effet, pour que la réussite ait lieu et surtout pour qu'elle se fasse rapidement, que le médecin obtienne la concentration absolue de la pensée des malades sur l'idée qu'il leur suggère.

De la vision droite. — M. MARCELLIN LANGLOIS (de Beauvais). La plupart des auteurs pensent que nous ne voyons les objets droits, bien qu'ils apparaissent renversés sur la rétine, que par l'expérience. Il en est de même de la notion de la grandeur des objets que nous n'acquérons que par l'intervention du sens du toucher et par les comparaisons qu'il nous permet de faire.

M. Langlois a trouvé, dans une série d'expériences schématiques, l'explication du phénomène de la vision droite et ses schémas permettent de se faire une idée théorique très nette de la façon droite dont nous percevons les images et la notion de la grandeur des objets.

Observation de laparotomie pratiquée chez un sujet tuberculeux. — M. CARRE (d'Avignon). Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, chez laquelle on constatait, au mois de janvier 1886, de l'obscurité respiratoire au sommet droit. Bientôt après survint une dysentérie rebelle suivie d'une ascite, laquelle se développa rapidement et nécessita une ponction au commencement du mois de mai suivant. Puis on observa un certain degré d'empâtement diffus dans la fosse iliaque gauche, empâtement que l'on considéra comme de nature probablement tuberculeuse.

A dater de ce moment les crises douloureuses devinrent de plus en plus rapprochées ; la malade fut en proie à une constipation accompagnée de douleurs violentes annonçant l'existence d'un obstacle progressif au cours des matières alvines. Au mois d'octobre ces crises revêtaient une telle vivacité qu'elles en arrivaient à compromettre la vie de la malade par l'exagération des douleurs et par l'inanition à laquelle elles la condamnaient.

Enfin, après une période de constipation qui ne dura pas moins de treize jours, la situation s'était tellement aggravée que la laparotomie, déjà proposée antérieurement, mais jusqu'alors refusée, fut acceptée et pratiquée le 29 novembre de la manière suivante : incision de 18 centimètres de longueur sur la ligne médiane ; mise à découvert d'une vaste bride épiploïque étranglant l'intestin au niveau de la jonction du côlon ascendant et du côlon transverse ; ponction de l'intestin distendu et violacé, pas de gaz expulsés à travers la canule, mais issue d'un liquide trouble ; impossibilité de réduire l'intestin et de le vider par des ponctions répétées ; nécessité, par suite, d'établir un anus contre nature au niveau de l'S iliaque ; les ganglions mésentériques et les ovaires sont tuberculeux ; pansement antiseptique et suture.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes ; la réunion se fit vers le quatrième jour ; l'anus artificiel fonctionnait bien dès le sixième jour. Néanmoins, bientôt la fièvre se déclara ; on constata des signes de bronchite à gauche d'abord, puis généralisée, et la malade succomba à une granulie aiguë le quatorzième jour qui suivit l'opération.

M. Carre se demande, en terminant sa communication, si la tuberculose est une contre-indication de la laparotomie et opine d'autant plus volontiers pour la négative, que cette opération, ayant été pratiquée onze fois dans des cas de péritonite tuberculeuse, a été suivie neuf fois de guérison, soit dans la proportion de 81 fois sur 100. L'auteur ne pense pas non plus que le choc opératoire ait été la cause de la granulie ; mais, pour lui, les principaux facteurs de la mort doivent être cherchés dans l'affaiblissement du sujet et l'abaissement de la température (mois de novembre).

M. THIRIAR (de Bruxelles). Dans le cas de péritonite tuberculeuse il y a tout avantage à intervenir chirurgicalement. J'ai eu l'occasion de faire deux laparotomies de ce genre.

Dans le premier cas j'étais appelé par des confrères de province pour opérer un kyste de l'ovaire ; sous le chloroforme, je reconnus l'absence de tumeur ovarique, il n'y avait qu'une ascite volumineuse. Je conseillai quand même et pratiquai peu après la laparotomie. Le péritoine, épaissi, était couvert d'un semis de granulations tuberculeuses. Je nettoyai complètement l'abdomen au moyen d'éponges ; la femme se porte encore bien aujourd'hui (18 mois après) et l'ascite n'est pas revenue.

Le deuxième cas est analogue. J'avais diagnostiqué un kyste de l'ovaire chez une dame de quarante-cinq à cinquante ans ; sous le chloroforme, je reconnus une ascite simple et l'opération fut différée. Quelques semaines après je fis quand même la laparotomie et évacuai l'ascite. Le péritoine était recouvert de granulations tuberculeuses. Le nettoyage fut complet. Le ventre fut refermé. Depuis un an cette femme jouit d'une excellente santé.

Voilà donc deux cas où l'on obtint une amélioration évidente,

un arrêt important dans la marche de la péritonite tuberculeuse. Je crois en conséquence à l'utilité de l'intervention chirurgicale dans ce genre d'affection.

La suggestion et ses applications à la pédagogie. — M. BÉRILLON (de Paris). En 1886, au Congrès de Nancy, le docteur Bérillon avait présenté une étude générale sur la *Suggestion envisagée au point de vue pédagogique.* Dans ses conclusions, il demandait que, lorsqu'on aurait à se préoccuper de l'avenir d'enfants vicieux, impulsifs, incapables de la moindre attention et de la moindre application, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, il n'y aurait aucun inconvénient à recourir à l'hypnotisme pour améliorer les créatures desheritées.

La section de pédagogie, sur la proposition de M. le professeur Liégeois, a déclaré par un vote unanime que ces conclusions étaient acceptables et que des expériences d'hypnotisme devaient être tentées dans un but de moralisation et d'éducation sur quelques-uns des enfants vicieux, à l'égard desquels la pédagogie avoue sa complète impuissance.

Fort de ces encouragements, M. Bérillon n'a pas hésité à appliquer l'hypnotisme dans un certain nombre de cas et les observations nombreuses qu'il présente démontrent la grande efficacité de la suggestion hypnotique en même temps que sa complète innocuité.

Il a pu heureusement modifier et guérir en peu de temps et à la suite de quelques séances d'hypnotisme :

1° Une perversion grave du caractère chez une petite fille de onze ans ;

2° Des tics nerveux chez des petits garçons de dix à douze ans ;

3° De l'incontinence nocturne et diurne d'urine chez deux petites filles de huit et de neuf ans;

4° Une tendance irrésistible au vol et au mensonge chez une jeune fille de seize ans;

5° Des habitudes invétérées d'onanisme chez plusieurs enfants.

En outre, dans plusieurs cas, il s'est borné, avec un succès complet, à réveiller et à développer la faculté d'attention et d'aptitude au travail chez plusieurs autres enfants. Les résultats obtenus sont durables. L'enfant se conforme aux bonnes habitudes qu'on lui a fait contracter, avec autant de facilité qu'il cédait aux mauvaises.

En résumé, la suggestion, dans l'état d'hypnotisme, trouve son application surtout lorsqu'il s'agit de guérir des habitudes vicieuses, des défauts graves de caractère, des tics nerveux, des incontinences nocturnes et diurnes de l'urine et des matières fécales, des troubles mentaux et des instincts pervers qui pourraient placer dans l'avenir celui qui en est atteint dans les conditions sociales les plus défavorables.

M. BERNHEIM (de Nancy). M. le docteur Bérillon a montré, dans son intéressante communication, les applications de la suggestion à la pédagogie. Je m'associe à ses conclusions : la suggestion peut réaliser des guérisons morales, comme elle réalise des guérisons physiques.

Voici un fait que j'ai eu l'occasion d'observer : un enfant de dix ans m'est amené par sa mère, il est indiscipliné, colère, paresseux; il refuse de manger de la viande presque depuis qu'il est au monde; quand ses parents lui font une observation, il leur jette à la tête avec emportement tout ce qui est à sa portée; il est le dernier de sa classe et ne compte pas moins de trente absences par mois. Je l'endors facilement et, après deux ou trois séances, cet enfant est transformé, il mange de la viande, devient laborieux. Il y a huit mois de cela, le résultat s'est maintenu, sa mère me dit que l'enfant est absolument changé.

Autre fait : un jeune homme de dix-huit ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, était resté, depuis trois ans, incapable d'application cérébrale; des vertiges, de l'obnubilation, un malaise indéfinissable l'obsédaient et entravaient sa carrière. La suggestion l'a débarrassé en quelques séances de ces phénomènes; et il a retrouvé ses facultés.

La chorée s'accompagne souvent d'agitation cérébrale, de colère, de méchanceté; la suggestion, qui souvent n'est possible que quand la maladie commence à décliner, m'a souvent réussi à redresser ces caractères altérés par la maladie. La suggestion a donc une efficacité incontestable, comme agent d'orthopédie morale.

J'affirme de plus que, bien maniée, elle n'a pas d'inconvénients. Le sommeil hypnotique ne diffère en rien du sommeil naturel : les mêmes phénomènes, catalepsie, illusions, hallucinations, peuvent être réalisés dans l'un et dans l'autre. La mère, qui berce son enfant pour l'endormir et qui ainsi lui suggère le sommeil, est en réalité le premier des hypnotiseurs.

La suggestion dans le sommeil provoqué ne diffère pas en réalité de la suggestion à l'état de veille; seulement elle est plus efficace parce que les facultés de raison étant engourdies, le contrôle cérébral faisant défaut, l'esprit de contradiction n'existe plus; les idées sont acceptées plus facilement; elles s'imposent; elles entrent comme par effraction. Si les admonestations qu'on fait à l'enfant pendant qu'il est à l'état de veille ne sont pas acceptées, qu'on les fasse pendant son sommeil provoqué ou même naturel. Beaucoup de mères parlent à leur enfant endormi. Elles savent que l'enfant les entend et répond, bien qu'il ne se souvienne de rien au réveil. Choisir ce moment psychologique dans lequel le cerveau demeure plus suggestible, accepte et se laisse imprégner, pour y déposer la suggestion moralisatrice, voilà ce que nous demandons. Il n'y a ni fluides magnétiques, ni état contre nature. C'est un état psychologique, un état de conscience particulier qui se produit spontanément ou qu'on peut produire artificiellement; et, à la faveur de cet état de conscience, des guérisons physiques et morales peuvent être déterminées.

Sur des milliers de sujets hypnotisés nous n'avons jamais, à Nancy, obtenu le moindre accident en procédant par notre méthode de suggestion douce et calmante.

Les courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain. — MM. CHAZARAIN et DÈCLE font un exposé sommaire de ce qu'il faut entendre par polarité humaine et par courants de la polarité.

La polarité humaine réduite à sa plus simple expression consiste en ceci : un même pôle de la pile, un même pôle de l'aimant, un même métal, etc., appliqués sur le même côté d'un membre ou du buste d'un sensitif hypnotisable, en direction perpendiculaire, n'y détermine pas les mêmes changements d'état que sur le côté opposé; là où ce pôle, ce métal anesthésie ou contracture, l'autre pôle, un autre corps de polarité différente esthésie et dé. contracture et réciproquement.

De cette constatation, les auteurs ont conclu :

1° Que le côté gauche du buste et le côté externe des membres anesthésiés ou contracturés par une application positive étaient positifs;

2° Que le côté droit du buste et le côté interne des membres anesthésiés ou contracturés par une application négative étaient négatifs;

3° Qu'il existait dans ces parties du corps humain un courant analogue à celui de la pile, allant de leur pôle positif à leur pôle négatif et par conséquent *ascendant* sur le côté externe des membres et sur le côté gauche du buste, *descendant* sur le côté interne des membres et sur le côté droit du buste (le buste et les membres étant considérés comme des aimants en fer à cheval dont les extrémités polaires regardent en bas).

MM. Chazarain et Dècle ont reconnu et démontré expérimentalement sur un sujet présent à la séance que le courant continu fourni par la pile ou par l'aimant (dont le courant marche du pôle Nord au pôle Sud) anesthésie, contracture, endort, comme les actions isonomes, quand il est de sens inverse de celui du sujet, et esthésie, décontracture et réveille, comme les actions hétéronomes, quand il est de même sens.

Ils en tirent cette conclusion : Que le courant appliqué doit, pour le même effet à produire, changer de direction avec le côté sur lequel il est employé.

D'un mode de début fréquent et non décrit de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë. — M. MONTAZ (de Grenoble).

Il existe, pour l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë, deux modes de début que n'ont pas encore signalés les auteurs qui ont écrit sur les maladies du testicule.

Le premier est du domaine de la pathologie interne, mais il devrait être signalé, au moins pour être complet, dans les divers articles écrits sur la question. En voici un exemple : Un sujet meurt de phthisie chronique ou aiguë ; pendant la vie il n'a rien accusé du côté de ses testicules ; cependant à l'autopsie, on trouve dans le parenchyme testiculaire un semis de granulations grises de Laënnec, toutes à la même période. Mais ce n'est pas de cette forme qui n'est pas d'ordre chirurgical que M. Montaz veut parler, mais bien de la suivante :

Celle-ci, qui fait l'objet spécial de sa communication, se présente avec le type clinique suivant. Un individu contracte une blennorrhagie ou est atteint d'uréthrite blennorrhagique chronique. Rien dans son état général ne fixe l'attention. Mais qu'il survienne, sous l'influence des causes habituelles connues, une épididymite blennorrhagique, on appliquera un suspensoir d'Horaud, avec l'espérance que, le jour où on l'enlèvera, la guérison sera obtenue ainsi qu'on l'a d'ailleurs annoncé. Cependant le testicule est encore dur et douloureux ; puis il se ramollit en un ou plusieurs points et bientôt un abcès se forme et reste fistuleux. Enfin, le mal continuant à évoluer, on voit se prendre soit le canal déférent, soit la vessie ou la prostate, etc., etc., et l'on assiste au développement de la tuberculose des organes génito-urinaires, devenue chronique et classique. C'est de l'*hybridité blenno-tuberculeuse*.

Cette forme de l'orchi-épididymite se distingue essentiellement de l'orchite tuberculeuse, telle que l'a décrite M. Reclus, par le début qui est, en somme, celui d'une épididymite blennorrhagique. Ce mode de début, dont M. Montaz a observé au moins cinq ou six cas, n'est pas signalé dans les monographies, les thèses ou les articles de dictionnaire (Curling, Gosselin, Mongin, Dufour, Reclus, Gosselin et Walther, Augagneur et Mollière, etc.). Pour tous les auteurs, la blennorrhagie et l'épididymite sont des causes occasionnelles, lointaines, de l'orchite tuberculeuse ; aucun d'eux n'indique cette succession des accidents sans ligne de démarcation, cette combinaison de deux processus, cette hybridité. Cependant, il y a, dans la thèse de M. Reclus (page 160), une observation qui cadre, dit l'auteur, avec son type descriptif.

En résumé et c'est ainsi que M. Montaz conclut :

1° Pour pouvoir diagnostiquer une orchite tuberculeuse d'emblée, il faut éliminer la blennorrhagie et la blennorhée, grâce à l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales ;

2° Il faut supprimer le plus rapidement possible la blennorrhagie et la blennorrhée chez un sujet tuberculeux ou douteux au point de vue de la tuberculose, car un jour ou l'autre il peut être atteint d'une épididymite qui sera, non pas fatalement mais avec de grandes chances de probabilité, de nature blenno-tuberculeuse ;

3° Il faut être réservé, chez ces mêmes sujets, dans le pronostic d'une épididymite blennorrhagique.

Contributions à l'étude des muqueuses gastriques. — M. MAURICE CAZIN a étudié les organes de protection de la muqueuse gastrique et, en particulier, le revêtement de mucus qui protège la muqueuse stomacale des mammifères contre l'action du suc gastrique, le revêtement coriace du gésier des oiseaux, et, chez les invertébrés, les dents stomacales des aplysies, le revêtement interne du gésier des céphalopodes, etc. Ces diverses productions ont été jusqu'ici peu étudiées et, le plus souvent, on les regarde comme des formations analogues aux productions cornées qui se trouvent à la surface des téguments extérieurs ; M. Maurice Cazin, après une série de recherches histologiques, arrive au contraire à cette conclusion, que les organes de protection de la muqueuse gastrique sont constitués par des exsudats, c'est-à-dire par les produits de sécrétion des cellules épithéliales sous-jacentes.

Des causes de la dépopulation dans le Sud-Ouest. — M. GUIRAUD. Les causes de la dépopulation du Sud-Ouest de la France sont :

1° La dépopulation des campagnes au profit des agglomérations urbaines où les chances de mort sont considérables.

2° La natalité tout à fait insuffisante, d'autant plus faible que le commerce est plus riche, le sol plus fertile, la propriété plus divisée.

Cette insuffisance de la natalité est surtout due à des causes économiques et sociales, elle est volontaire. Toutefois l'infécondité psychologique des mariages exerce peut-être une certaine influence sur la diminution de natalité. C'est en tous cas un point qu'il importerait d'élucider, et il est à désirer que l'Administration fournisse, dans les tableaux des prochains dénombrements, les éléments nécessaires à cette enquête.

La mortalité du premier âge, beaucoup trop élevée, surtout dans certaines communes rurales, nécessite l'application sérieuse de la loi Roussel dans les départements de notre région, et la protection de l'enfant contre l'incurie, l'ignorance, les préjugés des parents.

De quelques indications sur l'assainissement des villes. — M. MASSON (de Paris) vient de parcourir plusieurs villes du Midi, notamment Toulon, Marseille, Nîmes, Carcassonne, Toulouse, et partout il a trouvé des dispositions sanitaires insuffisantes ou même tout à fait défectueuses au triple point de vue des égouts, des systèmes de vidanges et de l'alimentation hydraulique.

Tout en constatant ce regrettable état de choses, il a pu s'assurer que ce n'est pas habituellement la bonne volonté qui manque aux municipalités ; elles sont plutôt arrêtées par l'absence de données précises sur ce qu'elles pourraient réaliser de simple et d'utile et par la crainte de s'engager dans des dépenses exagérées.

Il est pourtant possible, facile même de faire de l'assainissement à bon marché, et le système que M. Masson préconise consiste dans l'établissement de petits tuyaux d'égout en poterie vernissée ; il suffit de donner à ces tuyaux de petites dimensions (20 à 25 centimètres de diamètre en moyenne) ; les hygiénistes anglais ont d'ailleurs démontré que l'écoulement était plus facile dans les tuyaux de faible diamètre.

Sur un certain nombre de points déclives de la ville, ces tuyaux aboutissent à de petits égouts maçonnés ; de place en place, on dispose des réservoirs d'eau, afin de ménager des chasses fréquentes ; enfin, à l'aide d'une disposition fort simple que M. Masson décrit, on assure la pénétration de l'air dans les tuyaux.

L'installation d'un pareil système ne dépasse pas en moyenne le prix de 20 francs le mètre courant : on voit ainsi que l'économie réalisée est considérable.

Sur l'aération des locaux scolaires. — M. HERSCHER (de Paris) rappelle qu'il y a bientôt huit ans, dans une séance de la Société de médecine publique, il avait cru devoir, au cours d'une discussion relative à la ventilation des locaux habités, insister sur ce fait que, même dans des salles telles que des classes d'écoles et de lycées, occupées seulement pendant une heure, le renouvellement continu de l'air est indispensable. Cette nécessité s'applique également, on le conçoit, aux casernes et *a fortiori* aux hôpitaux.

Dès février 1881, M. Herscher avait démontré que, même dans des locaux spacieux mais non ventilés, la limite de viciation indiquée par les hygiénistes est atteinte souvent au bout de quinze minutes. Or, des constatations faites l'hiver dernier par M. Vallon, professeur agrégé de physique dans un lycée de Paris des mieux installés, ont confirmé pleinement les calculs de M. Herscher. Au moyen de fermetures facultatives on a pu fixer l'utilité relative des orifices d'introduction d'air pur et d'évacuation d'air vicié.

L'expérience a montré que les orifices et gaines ascendantes directes d'évacuation sont, avant tout, rigoureusement nécessaires et qu'on peut, à la rigueur, se passer plutôt des entrées artificielles d'air pur que des sorties d'air vicié. L'utilité des entrées directes d'air pur n'est cependant pas moins désirable et M. Émile Trélat a montré comment on peut et comment on doit établir les orifices d'aération.

M. Herscher indique les moyens simples à employer pour réaliser l'objectif des hygiénistes, moyens qui sont à la portée de tous.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidatures de MM. les docteurs Paul Berger, Chauvel, Nicaise, Péan et Richelot, qui se présentent pour la section de pathologie chirurgicale et de MM. les docteurs François Franck, Gréhant et Regnard, qui se présentent pour la section d'anatomie et de physiologie.

2° Une lettre du président de la Société de prévoyance des médecins d'Indre-et-Loire, invitant le président de l'Académie de médecine à envoyer une délégation de ses membres à l'inauguration du monument élevé en l'honneur de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, qui aura lieu le 30 octobre.

LECTURES

Suette miliaire poitevine. — M. Chèdevergne fait une lecture sur ce sujet : M. le professeur Brouardel dans son rapport sur la suette de Montmorillon, dit-il, s'est demandé quelle est son origine, si elle est née sur place ou si elle n'a pas été apportée de Poitiers. La question est toujours posée et M. Chèdevergne considère comme de son devoir, en sa qualité de médecin de la région, de chercher à l'élucider.

De l'exposé de la dernière épidémie dont M. Chèdevergne a suivi l'évolution à Poitiers et de celle qui a régné il y a une quarantaine d'années dans la même localité, il y aurait suivant lui jusqu'à présent une suette miliaire primitive et une suette miliaire secondaire qui comporteraient chacune deux espèces :

1° Suette miliaire primitive : *a* ancienne ; *b* rubéolique ou infantile de Brouardel ;

2° Suette miliaire secondaire : *a* les maladies fébriles dans lesquelles existe la sueur ; *b* des fièvres éruptives secondaires, rougeole.

M. Chèdevergne esquisse ces variétés de suettes ; après quoi il se résume en ces termes :

L'épidémie de rougeole poitevine a présenté deux particularités :

1° La mort par des manifestations méningo-encéphaliques fréquentes, à la suite de la rétrocession de l'exanthème morbilleux.

2° La complication d'une suette secondaire qui vient s'ajouter aux variétés déjà nombreuses de ce Protée. Si l'on parcourt, en effet, la région du centre de la France où a régné avec intensité la rougeole, par exemple, de Bourges à Montmorillon et bien au delà, en passant par Poitiers, on trouvera la rougeole pure, la rougeole avec miliaire discrète, la rougeole avec miliaire confluente ou rougeole compliquée de suette miliaire, la suette rubéolique et la suette miliaire véritable.

M. Chèdevergne termine son travail par l'exposé suivant des caractères différentiels de la suette rubéolique et de la rougeole compliquée de miliaire. Voici les caractères cliniques : dans la suette rubéolique : sueurs abondantes, parfois profuses, vomissements, étouffements, épistaxis répétées ; l'éruption se fait parfois le deuxième jour, parfois le premier, mais dès le second jour elle s'étend en nappe scarlatiniforme ; desquamation furfuracée ou à grands lambeaux. Le malade meurt deux ou trois jours après le début avec des phénomènes nerveux intenses, suffocations, constriction épigastrique délire, agitation.

Dans la rougeole compliquée de miliaire : sueurs modérées, ni vomissements, ni étouffements, ni épistaxis. Le cinquième jour a lieu l'éruption morbilleuse, le septième, le huitième ou le neuvième l'éruption de miliaire. Elle reste franchement rubéolique jusqu'à l'apparition de la miliaire qui, si elle est confluente, la couvre et la cache d'autant mieux que l'exanthème morbilleux cesse alors d'exister. Les autres rougeoles, c'est-à-dire les 9/10 des cas, restent indemnes de miliaire et se comportent comme d'habitude, desquamation presque toujours furfuracée. La mort a lieu du cinquième au dixième jour, à dater du début de l'éruption, et du dixième au quinzième jour, à dater du début de la maladie.

Voici maintenant les caractères épidémiologiques : la suette rubéolique prend les enfants ayant eu la rougeole, elle récidive. Les parents des enfants ont la suette classique. L'incubation est de vingt-quatre heures.

Notre rougeole, avec ou sans miliaire, n'a pris que des enfants qui n'avaient pas eu la rougeole, elle n'a pas récidivé. Les parents des enfants n'ont pas été malades. L'incubation a toujours été de dix à onze jours. La miliaire n'est arrivée que trois ou quatre jours après.

Lèpre. — M. Ernest Besnier donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur la lèpre ; nature, origine et transmissibilité ; modes de propagation et de transmission ;* à l'occasion du traité de la lèpre de M. H. Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Voici en quels termes M. Besnier résume ce long et important exposé de l'état actuel de la science sur ce point d'épidémiologie.

Loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient, au contraire, une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale, elle présente donc pour notre pays un intérêt direct.

Ce n'est pas une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique ; c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé.

On ne sait pas encore quelle est la forme microphytique qui transmet la maladie sûrement, mais l'existence de ce microphyte dans toute lésion lépreuse, d'une part, et la transmissibilité de la lèpre, d'autre part, sont deux faits que l'on ne peut séparer. Cette transmission s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie ignorées ; l'homme semble être le seul agent, ou au moins l'agent essentiel, inévitable, de cette transmission. Il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée pendant la vaccination, par exemple.

Il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attachée à lui, non au sol ; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité, mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore ; et l'on peut protester hautement contre la fatalité héréditaire.

Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide favorisent au plus haut point la propagation de la maladie ; les conditions inverses, un état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée annihilent à peu près sa faculté contagieuse.

Ainsi mieux connue et plus clairement définie, grâce aux travaux des médecins contemporains, grâce au développement des doctrines de M. Pasteur, la lèpre est définitivement entrée dans la période scientifique de son histoire ; dès maintenant, à défaut d'une thérapeutique efficace, la médecine peut lui opposer une prophylaxie certaine, basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générales, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge, et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque.

MM. Le Roy de Méricourt, J. Rochard et Fournier auraient quelques observations à présenter au sujet de cette lecture. Mais, vu l'heure avancée de la séance, ils remettent leurs observations à une autre occasion.

Traitement des kystes traumatiques de l'abdomen par la laparotomie. — M. Le Dentu, à propos d'un cas de kyste traumatique du méso-côlon transverse, fait une lecture sur le traitement des kystes traumatiques de l'abdomen par la laparotomie, l'incision et le drainage de la poche.

Au point de vue opératoire, le fait que rapporte M. Le Dentu se rapproche de ceux que rapporte M. Augagneur, dans sa thèse sur les tumeurs du mésentère.

De la statistique de M. Augagneur, il résulte déjà que la fixation et le drainage des kystes constituent une méthode moins grave que l'extirpation. D'après la statistique de Kirscher, portant sur 12 kystes du pancréas, l'avantage serait beaucoup plus marqué encore du côté du drainage sans extirpation, car cette dernière aurait toujours causé la mort, tandis que l'autre méthode n'aurait donné que des succès (7 cas).

Chez mon malade, dit M. Le Dentu, les adhérences générales

m'imposaient la marche à suivre. Le résultat a été encore favorable.

On peut donc conclure que, même pour les kystes non adhérents, la méthode par excellence consiste dans la suture de la poche aux lèvres de la plaie abdominale et dans un drainage à tubes multiples.

Vu la profondeur et la mobilité de ces tumeurs, il y a avantage à exécuter tous les temps de l'opération dans une seule séance.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 octobre 1887, ont été nommés ou promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Villemin, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Daviller, Pezet, Mossé, Maurice, Louis, Baumel, Lecompte Riboulot, Odent, Puechagut, Olive, Lallemant, Guillemin, Burgon.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Froment, Mascarène de Rayssac, Belin, Pasteau, Lefèvre. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Castex, Guinard et Morel, chefs de clinique; Dhourdin, professeur suppléant à l'école d'Amiens.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Aiguilhon.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Rossignol et Naline.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Stapfer, chef de clinique; Dehenne; Petitclerc, médecin-adjoint aux hospices de Rouen.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1887, des concours s'ouvriront, le 5 mai 1888, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour les emplois de suppléants ci-après désignés à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse :

1° Physique et chimie; 2° pharmacie et matière médicale; 3° pathologie et clinique internes; 4° pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 octobre 1887.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours jusqu'au samedi 19 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— M. le docteur Fournel ouvrira un nouveau cours d'accouchements, en 40 leçons, le lundi 17 octobre, à huit heures du soir, rue Suger, 4.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21769

N° 124. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 15 OCTOBRE 1887. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE : 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE : 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

D'une déformation particulière des orteils désignée sous le nom d'orteil en marteau,

Par M. le docteur A. Ricard, prosecteur des hôpitaux.

I

De toutes les déformations spéciales aux orteils, une des plus fréquentes est, sans conteste, celle qu'on a décrite sous le nom d'orteil en marteau.

Il n'est pas de praticien qui n'ait maintes fois observé cette déformation, et la thérapeutique qu'il a pu lui opposer a certainement été difficile, car il n'avait à sa disposition qu'un moyen par trop radical : l'amputation, ou bien des procédés chirurgicaux insuffisants, des pansements anodins, et, ajoutons-le vite, presque toujours inutiles. Désespéré par cette affection dont le traitement était jusqu'alors trop ingrat, il faut dire que le médecin abandonnait d'habitude son malade sans traitement, le laissant vivre avec son infirmité et la traiter à sa guise.

Aujourd'hui, une connaissance plus parfaite de la lésion, et aussi une plus grande sécurité dans l'acte chirurgical, ont amené cette difformité des orteils dans le champ des affections que tout bon médecin doit connaître, savoir traiter et guérir.

Ce n'est pas que les anciens auteurs aient méconnu cette déformation, mais leur description est bien vague, l'idée qu'ils s'en faisaient était bien peu assise, et, comme on le verra, leur thérapeutique bien incertaine était souvent contradictoire.

Boyer (1) ne disait-il pas qu'il fallait couper les tendons extenseurs, et Jarjavay (2) n'imposait-il pas la section du tendon fléchisseur ? Entre ces deux opinions de maîtres si autorisés et d'une valeur si indiscutable, que devait faire le praticien? sinon se tenir tranquille et attendre que la lumière se fît par en haut. C'est en général ce qui fut fait.

Aujourd'hui qu'une méthode nouvelle de traitement a su remédier à cette affection, l'accord est fait sur un terrain mieux connu, et déjà une thèse a été soutenue récemment sur ce sujet par M. Cohen (1), élève de M. Terrier.

Qu'est-ce donc que l'orteil en marteau ?

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, p. 1087.
(2) Jarjavay, *Traité d'anatomie chirurgicale*, 1854.

II

La *définition* serait bien difficile à donner si l'on voulait y faire rentrer une notion pathogénique quelconque, et c'est pour ne pas s'être borné à la description symptomatique que les chirurgiens du commencement de ce siècle, ont quelque peu jeté le trouble sur cette affection.

Toutes les fois que, dans un orteil, sur la première phalange étendue, la phalangine se trouve en flexion permanente, on dit qu'il y a : orteil en marteau ; que la phalangette soit fléchie ou étendue sur la phalangine. En d'autres termes, l'orteil en marteau est constitué par la flexion permanente de la phalangine sur la phalange.

Les symptômes de cette singulière affection sont bien faciles à connaître, il suffit de regarder et de contrôler ; car il est bien entendu que l'on ne saurait ranger, dans la lésion que nous étudions, toutes les déviations de l'orteil pouvant se rapprocher du type que nous avons défini plus haut. Il est, en effet, hors de doute, que certaines déviations traumatiques, que des déformations du rhumatisme chronique, que des attitudes vicieuses provenant de lésions nerveuses plus ou moins complexes, peuvent ressembler de près ou de loin à l'orteil en marteau, mais ce sont là des affections essentiellement dissemblables.

Dans le pied-bot équin, souvent les orteils sont enroulés au point que le malade marche sur leur face dorsale. A la suite de la section de son tendon extenseur, l'orteil peut prendre l'attitude en crochet par rétraction du muscle fléchisseur. Parmi les déviations si complexes du rhumatisme déformant, sans doute on peut, combinée à d'autres déviations, retrouver cette attitude des phalanges. Mais il y a, dans tous ces cas, des déformations complexes, dans lesquelles la situation fléchie de la phalangine n'est qu'un fait de nulle valeur.

L'orteil est dit en marteau quand la flexion de la phalangine sur la phalange constitue la maladie tout entière ; s'il y a combinaison avec une déviation latérale, avec une déformation de tout l'avant-pied, etc., ce n'est pas là l'affection qu'il faut entendre sous ce nom.

Ainsi bien limitée, et nettement définie, l'affection se décrit d'elle-même.

(1) Cohen, *De l'orteil en marteau*, thèse 1887.

La lésion atteint en général un seul orteil, et presque toujours le second; mais souvent aussi occupe simultanément le troisième. Disons de plus que la coexistence d'un état semblable sur l'autre pied est chose fort commune.

En examinant le pied on trouve que la phalange est dans l'extension directe sur le métatarsien, ou même en hyperextension légère, la tête de cette phalange faisant une légère saillie en haut. La phalangine est fléchie à angle presque droit ou droit et se trouve subluxée sous la phalange, la phalangette peut être en continuité directe avec la phalangine; c'est le type surtout visé dans l'épithète d'orteil en marteau.

La phalangette cependant conserve très rarement cette attitude. De par le fait de sa position nouvelle, elle appuie sur le sol par son extrémité, se trouve comprimée entre la semelle et le dessus de la chaussure, et en général elle se dévie soit en flexion, soit en extension. De là, deux types nouveaux, l'orteil en Z et l'orteil en ɔ.

D'ailleurs les dénominations ne manquent pas, et c'est la même affection qu'il faut reconnaître dans ces noms, d'orteil en cou de cygne (Nélaton), d'orteil en zigzag, ou d'orteil en griffe.

Mais ce qui caractérise la maladie n'est pas l'attitude de la troisième phalange sur la seconde. Ce sont là des déviations secondaires, le fait permanent et constant c'est la flexion de la deuxième sur la première phalange.

Dans ces conditions, la statique du pied est changée, deux points saillants supportent une pression pour laquelle ils ne sont pas faits; de là des troubles consécutifs à cette attitude de l'orteil. Aussi l'on peut diviser l'évolution symptomatique de l'affection en deux périodes distinctes : 1° la période d'attitude vicieuse; 2° la période des troubles fonctionnels consécutifs, ou bien, si l'on veut dédoubler cette deuxième période, on peut plus classiquement admettre : une première période de déformation, une deuxième période d'ankylose, une troisième de suppuration.

La première période de déformation est souvent la seule; bien des gens sont porteurs d'orteils en marteau et n'en ont jamais souffert. C'est ce qui a fait dire à tort que l'affection était rare. En général, au début, la déformation peut être corrigée assez facilement, et l'on arrive à donner à l'orteil une extension et une rectitude à peu près complètes. Nous n'insisterons pas sur cette phase de l'affection qui est en général inobservée.

Mais souvent la période douloureuse ne tarde pas à se montrer. Le premier phénomène consiste en l'apparition, sur la saillie de l'articulation phalango-phalanginienne, d'un durillon, d'un cor, au-dessous duquel se développe bientôt une bourse muqueuse. La pression continuelle irrite et enflamme cette bourse, et bientôt occasionne une douleur intolérable; la marche, fort pénible, devient bientôt impossible; la moindre pression, sur le sommet de la saillie articulaire, arrache des cris aux malades qui sont condamnés au repos le plus complet, pendant cette période d'inflammation douloureuse. A la suite de ce repos, survient une amélioration; mais jusqu'à une nouvelle rechute, et il y a des malades qui, faute de traitement convenable, ont supporté pendant des années une pareille infirmité, se condamnant à un repos prolongé, ou ne pouvant marcher qu'avec des chaussures fenêtrées au niveau de leurs orteils déviés.

Le second point, où porte anomalement la pression de la chaussure, est la pulpe de l'orteil; que l'orteil soit dans l'attitude en marteau proprement dite, dans l'attitude en Z ou en ɔ, c'est l'ongle par son bord libre ou par sa face convexe qui se trouve comprimé contre la semelle, il en résulte une inflammation péri-unguéale et sous-unguéale fort douloureuse, qui contribue aussi à rendre la marche complètement impossible.

Mais pendant l'évolution de ces phénomènes inflammatoires, l'ankylose est survenue, l'attitude vicieuse est définitive, irréductible.

Cette ankylose doit être considérée comme une complication amenant une recrudescence dans les phénomènes inflammatoires. La tige des phalanges forme en effet maintenant une tige rigide, non élastique, incapable de fuir, d'éviter ou d'alléger la pression de la chaussure. Aussi la troisième période, ou période de suppuration, suit-elle de très près l'ankylose, si elle ne l'a pas précédée. Cette période de suppuration a fort bien été étudiée par Dubreuil, qui fit, dans la *Gazette des hôpitaux*, un remarquable article (1), sur ce qu'il appela le « mal dorsal des orteils », voulant marquer par là l'analogie qui existait entre cette affection et le mal perforant plantaire.

Cette période est caractérisée par l'inflammation de la bourse séreuse. La peau s'enflamme et rougit, puis, soulevée et amincie, elle se laisse perforer par le pus. La douleur est atroce, presque syncopale à la moindre pression, c'est-à-dire à la moindre tentative de marche. Enfin, à force de soins, de repos, d'émollients, l'inflammation tombe, une fistule s'établit, puis finit par s'oblitérer, laissant autour d'elle des tissus indurés qui se sclérosent et se rétractent. Mais la plupart du temps les lésions inflammatoires ne s'arrêtent pas aux tissus sous-cutanés, elles envahissent successivement tous les tissus de l'orteil, les tendons, les ligaments, l'articulation, les os. Cette ostéo-arthrite entretient les fistules, s'accompagne de nécrose des cartilages, d'issue de petits séquestres osseux. C'est bien là le « mal dorsal » de Dubreuil, avec toutes ses conséquences.

Nous n'essaierons pas d'insister plus longuement sur ces symptômes, ils sont connus, fort compréhensibles, chaque praticien les a observés et nous terminerons seulement en mettant en parallèle, la cause si petite, la simple déviation d'une phalange, avec le résultat si douloureux, si insupportable et si tenace, que nous avons décrit plus haut. Mais, comme nous venons de le dire, ce sont là des faits d'examen vulgaire, et nous passons à un point bien plus intéressant de l'affection; c'est-à-dire à l'étude de l'anatomie pathologique. Car c'est de cette étude, suivie des quelques considérations pathogéniques, que découlera le côté véritablement pratique de cette revue, c'est-à-dire le traitement.

III

La lecture des anciens auteurs ne nous apprend pas grand chose sur la nature des lésions présentées par l'orteil en marteau et il faut en venir aux auteurs modernes pour trouver quelques détails plus précis :

Les premières observations où les lésions ont été étudiées remontent à 1855. Fano (2) fit une communication à la Société de chirurgie, au sujet de deux cas où il constata dans l'un, une altération des cartilages articulaires, dans l'autre, une luxation de la deuxième phalange sur la première, mais avec intégrité des surfaces; il note la présence d'un noyau cartilagineux dans les tendons extenseurs, une

(1) Dubreuil, Du mal dorsal des orteils, *Gazette des hôpitaux*, 1870.
(2) Fano, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1854-1855, t. V, p. 243.

bourse muqueuse dorsale avec un orifice fistuleux s'ouvrant au milieu d'un épiderme épaissi.

En 1869, M. Légée (1) soutient sa thèse à la Faculté de Paris sur certaines déformations des orteils, et il rapporte deux observations, la première, due à Gosselin, ne relate aucune lésion, la deuxième, due à M. Terrier, ne constate qu'une atrophie légère des tendons fléchisseurs.

M. Blum (2) rapporte trois autopsies, où il constata une hypertrophie plus ou moins considérable de la peau et du tissu sous-cutané, avec induration des enveloppes ligamenteuses de l'articulation, une luxation de la phalangine à angle droit sous la tête de la phalange, plus ou moins atrophiée. Il note, au contraire, l'hypertrophie de la capsule phalanginienne. La réductibilité est possible à la suite de la section de la partie plantaire de la capsule, mais la luxation se reproduit dès qu'on abandonne l'orteil à lui-même. La réduction ne devient permanente qu'après la section des deux ligaments latéraux.

Enfin, M. Cohen (3), dans son excellente thèse, rapporte cinq autopsies nouvelles. Trois pièces ont été prises à l'amphithéâtre de Clamart, deux chez mon collègue M. Walther ; l'une, sur l'un des sujets de mon pavillon, les deux autres provenant de surfaces articulaires sectionnées au cours d'opérations pratiquées par M. Terrier et par M. Richelot. Depuis, nous avons rencontré deux fois cette difformité sur deux sujets de l'amphithéâtre et nous avons pu ainsi faire avec soin la dissection de la lésion.

Il nous serait trop long de revenir sur chacun de ces faits en particulier et il nous suffira de résumer l'ensemble des connaissances résultant de l'examen de tous ces cas.

On remarque presque constamment, au niveau de la saillie de l'articulation phalango-phalanginienne, que la peau est épaissie, l'épiderme transformé en un durillon plus ou moins corné, la couche sous-cutanée creusée d'une bourse muqueuse, et les tissus péri-articulaires fréquemment indurés et sclérosés. *Mais la lésion constante et par conséquent caractéristique, c'est la luxation plus ou moins complète de la phalangine sous la phalange.* L'ankylose, étant la conséquence des phénomènes inflammatoires, n'existe pas toujours. Cette ankylose est rarement osseuse et, ainsi que le fait remarquer M. Blum, elle est presque toujours périphérique et due à la rétraction des ligaments latéraux.

Les autres lésions, atrophies musculaires, rétractions tendineuses, sont inconstantes, rares et par suite accessoires.

IV

Dans ces conditions, il se fallait demander quelle est la cause de cette luxation, et, lorsqu'elle est produite, quelle est la cause de son irréductibilité.

Il faut l'avouer, la question de la pathogénie, tout importante qu'elle soit, est encore bien obscure. Quelquefois, le rhumatisme chronique est seul en cause, c'est une déviation arthritique des orteils. M. Lancereaux en a observé un cas bien net ; mais si le fait est incontestable, il n'en reste pas moins une exception telle qu'il devient presque négligeable. Il faut donc chercher ailleurs. On a alors imaginé une atrophie, une paralysie musculaire, avec attitude vicieuse consécutive.

(1) Légée, *Essai sur les difformités des orteils*, thèse de Paris, 1869, nº 19.

(2) Blum, *Archives générales de médecine*, 1884.

(3) Cohen, Thèse citée, page 47.

Examinons ce que vaut cette théorie.

Il est bien certain que les muscles interosseux, au pied comme à la main, ont pour action d'étendre les deux dernières phalanges et de fléchir la première. Viennent ces interosseux à être paralysés, immédiatement les orteils, comme les doigts dans la griffe cubitale, doivent prendre l'attitude inverse, c'est-à-dire, extension de la première phalange et flexion des deux dernières. Il n'y a rien de plus logique et de plus facile à admettre. Mais c'est ici que commence la difficulté. Quelle est la cause de cette paralysie ; pourquoi est-elle si souvent localisée à un ou deux orteils ? Pourquoi est-elle si souvent symétrique et envahit-elle les deux pieds à la fois ? Il est bien entendu que nous éliminons l'attitude vicieuse qui pourrait résulter de la section du nerf tibial postérieur ou de l'un des nerfs plantaires. A cette paralysie locale, de deux muscles interosseux, il fallait chercher une cause locale et l'on a cru la trouver dans la constriction trop grande et trop prolongée du pied par des chaussures trop étroites. Sous l'influence de cette pression latérale, les interosseux seraient comprimés contre leur barrière osseuse, d'où leur paralysie. Ce mécanisme ne saurait résister à un examen approfondi. D'une part, en effet, au niveau des têtes métatarsiennes, point unique où s'exerce la pression latérale ; ce n'est plus le muscle, mais son tendon qui s'y trouve, et l'on comprend difficilement comment cette pression tendineuse produirait une atrophie sur le corps du muscle. D'autre part, il faut que cette pression se localise et se localise aux deux premiers espaces interosseux et uniquement à eux. D'ailleurs, est-il bien admissible que cette pression, capable d'atrophier un muscle à distance, ne soit pas assez énergique pour produire une douleur telle que le malade renonce bien vite à ses étroites chaussures ?

Nous aurions d'ailleurs mauvaise grâce d'insister. Les statistiques rendent bien improbable ce mode pathogénique. Que nous apprennent, en effet, les chiffres ? Que la maladie survient d'habitude à seize ans, qu'elle est fréquemment héréditaire et qu'elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Or, à seize ans, il est peu de parents laissant à leurs enfants la faculté de porter d'aussi mauvaises chaussures, et si les femmes (dans la proportion de une sur deux) sont moins fréquemment atteintes que les hommes, ce n'est certes pas que, moins coquettes, elles dédaignent de faire valoir la petitesse de leur pied, par des chaussures étroites. Disons, enfin, que l'orteil en marteau est observé aussi bien dans la classe ouvrière que dans la classe riche, aussi bien à la campagne qu'à la ville. Ce seront là des raisons suffisantes pour faire croire à la rareté de la lésion des interosseux par compression du pied et pour rejeter, dans la plupart des cas du moins, la constriction du pied comme cause de cette malformation.

Une cause toute mécanique a été invoquée avec plus de raison, c'est l'abus de chaussures trop courtes. On sait que l'axe du pied passe par le deuxième orteil et non par l'orteil du milieu ; que, chez la plupart des sujets, cet orteil (le médius du pied) dépasse les autres de quelques millimètres ; il en résulte que la brièveté de la chaussure refoule l'orteil d'avant en arrière, et en détermine la flexion, flexion d'abord passagère, puis permanente ; il y a là évidemment une explication plausible qu'on ne saurait mettre en doute. Cependant, si dans quelques cas ce processus est admissible, il ne saurait l'être d'une façon générale. On comprend, en effet, que la chaussure trop courte repousse l'orteil plus long, entre les autres, qu'elle l'aligne en quelque

sorte, mais il est impossible qu'elle le repousse en arrière de la ligne des autres. C'est pourtant là le cas habituel, et cette rétraction du deuxième orteil en arrière est si réelle, que souvent le premier et le troisième viennent à se toucher en s'inclinant par-dessus le deuxième orteil déformé.

M. Blum accepte le rôle des chaussures trop étroites ou trop courtes. Cet auteur admet, sous cette influence, la production d'un cor, puis d'une bourse muqueuse dont l'inflammation amènera une péri-arthrite. C'est cette péri-arthrite qui aurait pour conséquence la rétraction ligamenteuse et l'attitude vicieuse, qui serait alors consécutive. Ce mécanisme peut s'observer dans certains cas, mais rarement, car la plupart des orteils en marteau ne présentent pas de durillon, pas d'inflammation. Deux des orteils, que nous avons pu [observer à Clamart, ne portaient aucune lésion du côté de l'épiderme, et cependant le redressement en bonne attitude était impossible. Nous pensons donc qu'en règle générale, ce n'est pas la déformation qui succède au durillon, mais bien que ce dernier est la conséquence de l'attitude vicieuse, qui est la manifestation primitive.

Quelle peut donc être la cause réelle? Pour nous, comme pour M. Cohen, il faut chercher la cause première dans une malformation du squelette du pied, malformation sans doute peu apparente chez les jeunes enfants, mais qui, cependant, peut s'observer dès la naissance.

Plusieurs auteurs ont nié cette origine congénitale, ont affirmé n'avoir jamais rencontré cette disposition chez l'enfant au maillot: le fait est possible, mais a-t-on bien réfléchi à ce qu'est le squelette des phalanges à cette époque. La brièveté de ce squelette explique comment cette déformation si faible, si peu apparente chez le nouveau-né, s'accentue plus tard au moment où l'os termine son évolution, et a acquis toute sa longueur. Aussi, c'est de quinze à dix-huit ans que s'observe le plus souvent cette affection.

D'ailleurs l'hérédité de cette déformation est un fait vulgaire, presque banal, à force d'être connu. Nous pouvons rapidement citer quelques faits où cette origine héréditaire a été nettement constatée.

Pajet (1) a pu relever l'observation dans trois générations de la même famille.

M. Légée rapporte, dans sa thèse, le fait d'un malade opéré par M. Guyon. Ce malade racontait qu'un grand nombre de ses parents maternels étaient atteints de la même déformation.

M. Cohen mentionne encore, dans sa thèse, différents faits, l'un, dû à Zignen, se rapporte à un homme de trente-neuf ans ; quatre frères et sœurs du malade, ainsi que sa fille, avaient le même vice de conformation. D'autres faits sont dus à M. Blum et à M. Richelot.

En résumé, dans la plupart des cas, l'orteil en marteau paraît dû à une malformation primitive du squelette des phalanges, malformation presque nulle au début de la vie, mais s'accentuant avec le développement des os ; c'est ce qui explique pourquoi les complications ne surviennent jamais avant l'âge de quinze à dix-huit ans.

D'ailleurs, comment expliquer cette attitude vicieuse en dehors de toute lésion anatomique constatable ?

V

Dans ces conditions, le diagnostic de l'affection s'impose ; il est aussi facile à sa période de simple déformation, qu'à sa période de complication inflammatoire. Il suffit de voir la multiplicité des lésions, la complexité des déformations, pour songer au rhumatisme chronique, ou bien à une affection musculaire ou nerveuse. Dans un seul cas, le diagnostic peut être délicat et demande toute la compétence du médecin. Nous voulons parler de l'orteil en marteau simulé.

L'orteil en marteau constitue, en effet, un des cas d'exemption du service militaire. Échapper au service militaire par une affection peu grave en elle-même, et qui n'est qu'une déformation cachée, c'était là un but que, certainement, devaient tenter d'atteindre certains individus peu soucieux d'être soldats. Le fait fut signalé en 1854, par un chirurgien militaire (1), dans un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* où l'auteur signale le procédé mis en usage.

M. Emery Desbrousses (2) fit connaître en 1879 deux cas nouveaux. L'année suivante, dans le même recueil, M. Debaussaux signale deux autres faits. M. Paulet, dans son article ORTEILS du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* en signale un cinquième cas. Mais évidemment, tous les orteils en marteau simulés sont loin d'avoir été découverts, et l'attention ne saurait être trop attirée sur ce sujet. Dans une des observations de M. Debaussaux, nous lisons en effet ceci : « 3e CAS. — C... de la classe de 1878, de Courcelles-sur-Seine (Eure), est le *onzième* cas d'exemption du service militaire dans son village, pour orteil en marteau. » Une fréquence par trop insolite de cette difformité est certainement digne d'éveiller l'attention du médecin militaire qui accompagne le conseil de revision.

On a donc étudié avec plus de soin cette simulation et les caractères que présente l'orteil en marteau simulé.

Voici d'abord les différents moyens de produire cette lésion :

Trois procédés ont été employés : le premier consiste à maintenir l'orteil fléchi avec une bandelette étroite.

Le deuxième moyen complète cette flexion artificielle, souvent insuffisante, par la section du tendon extenseur.

Le troisième procédé s'adresse à la face plantaire. Après incision ou sans incision préalable faite dans le pli plantaire inter-phalango-phalanginien, on applique un caustique et l'on maintient l'orteil fléchi pendant toute la durée de la cicatrisation.

A quels signes reconnaître ce martellement artificiel des orteils ?

Dans ce premier cas, le diagnostic est parfois bien délicat, il n'y a pas de cicatrice, il n'y a que l'attitude vicieuse et ses complications.

Aussi, le chirurgien militaire doit-il surtout, par ses questions et par son interrogatoire, chercher dans les réponses du sujet des contradictions, des erreurs évidentes, sur la façon dont le mal a évolué, sur la période à laquelle sont survenus les accidents, etc. C'est en serrant de près ses questions, en pressant son sujet, qu'il arrivera à provoquer un aveu. Une enquête sera souvent nécessaire, et suffira pour faire apprendre qu'il n'y a que quelque temps seulement que le soi-disant malade marche mal (car, en général, les fraudeurs ne provoquent ces difformités que peu de temps avant le tirage au sort). Il faudra mettre en parallèle les résultats de l'enquête et les réponses du malade. Enfin, dans quelques-uns des cas, c'est sur le premier ou le quatrième orteil, si exceptionnellement atteints, que le fraudeur aura déterminé

(1) Pajet, *The Lancet*, sept. 1887.

(1) Sur une difformité provoquée des orteils, *Gazette des hôpitaux*, 1854.
(2) *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1879.

la déformation. Pour faire le diagnostic de l'orteil déformé par flexion simple et prolongée, il faudra donc être plus encore juge d'instruction que médecin.

Dans les deux autres cas, l'existence d'une cicatrice, soit dorsale, soit plantaire, suffit pour dévoiler la fraude, le diagnostic sera d'autant plus facile que la cicatrice sera plus récente. Le conscrit donne-t-il une origine spontanée, le mensonge est immédiatement dévoilé; s'il invoque un accident, l'interrogatoire, bien mené, contrôlera les réponses du malade, par l'examen de la longueur, de l'étendue, de l'âge de la cicatrice, de sa profondeur, etc. Là, en général, le diagnostic de la simulation sera facile. D'ailleurs dans le doute pourquoi exempter des malades porteur d'une affection curable avec tant de facilité et de bénignité.

VI

La guérison n'a certainement pas été toujours la règle, et bien des orteils ont été abandonnés et délaissés par le médecin fatigué d'une thérapeutique inutile.

Mais le traitement cependant peut être rationnel, méthodique et bien réglé.

On doit l'envisager aux différentes périodes de l'affection.

Peut-on prévenir le développement de l'orteil en marteau? C'est là un point encore bien incertain. Sans doute, théoriquement, la chose est possible, mais pratiquement en est-il de même? Il est permis d'en douter. Comment, en effet, prévenir la déformation reconnaissant pour cause l'usage de chaussures trop étroites ou trop courtes? On ne voit les funestes effets de mauvaises chaussures, que lorsque ces effets sont produits.

D'ailleurs, nous l'avons dit, les chaussures trop étroites ou trop courtes ne déterminent guère la déformation qui nous occupe; mais, lorsque la déformation existe, elles amènent les complications inflammatoires que nous avons étudiées. Il ne faut donc pas dire : ne portez pas de chaussures trop courtes de crainte d'avoir un orteil déformé; mais, dites aux individus affligés de cet orteil : ne portez jamais des chaussures trop étroites ou trop courtes de crainte d'amener de douloureuses et pénibles inflammations. En d'autres termes, ces mauvaises chaussures compliquent l'orteil en marteau quand celui-ci existe, mais ne le font pas naître quand il n'existe pas.

D'ailleurs, le chirurgien ne saurait être consulté en vue d'une déformation à venir que personne ne saurait prévoir, aussi doit-on dire : le *traitement préventif* du martellement des orteils n'existe pas, il n'y a qu'un traitement préventif des complications.

Si le chirurgien n'est point consulté avant la déformation, il ne l'est guère, tant qu'il ne s'agit que d'une simple attitude vicieuse. Aussi, dans la plupart des cas, c'est seulement au premier signe de douleur que le malade vient demander conseil.

Le traitement palliatif est alors possible; il consiste en un seul point: éviter la pression de la chaussure sur les saillies anomales de l'orteil dévié. On peut y arriver de deux manières : ou bien en faisant une chaussure spéciale, moulée pour ainsi dire sur la saillie phalangienne, ou bien en répartissant sur une plus large surface la pression de la chaussure, ce qu'on obtient en modelant sur l'orteil ces couronnes de tissu feutré vendues sous le nom de « corn plasters ». On peut éviter ainsi les durillons sur l'angle saillant, et par suite les phénomènes inflammatoires consécutifs. Il est évident que, pour obtenir ce résultat, il faut un malade bien docile, soucieux de guérir, bien attentif à ces soins journaliers et que souvent le moindre relâchement aux rigueurs de ce petit traitement, amène, un jour ou l'autre, ces complications qui n'ont été que retardées.

Mais si les phénomènes inflammatoires peuvent être évités sur le dos de l'orteil, ils ne sauraient souvent l'être au niveau de l'ongle. Dans l'orteil en ɔ ou dans l'orteil en marteau proprement dit, la pression est difficilement évitée et quelques soins que prennent les malades, on voit rapidement survenir des complications péri-unguéales. De sorte que, le plus souvent, c'est au traitement *curatif* qu'il faut avoir recours, c'est-à-dire au traitement chirurgical, sans se leurrer d'un grand espoir de la réussite d'un traitement médical. L'iodure de potassium, le salicylate de lithine, chez les arthritiques, l'électricité dans les cas d'orteil paralytique, ont-ils jamais, en effet, donné des succès bien durables et bien certains.

Le *massage* méthodique est le moyen chirurgical le plus simple, il peut être essayé et, sans doute, il peut rendre des services, mais rarement il amènera la guérison complète.

L'*extension continue* avec des appareils plus ou moins compliqués ne saurait constituer un traitement bien pratique; d'ingénieux appareils ont été inventés, et même appliqués, mais ces appareils, toujours gênants, souvent douloureux, se dérangent le plus souvent, en introduisant le pied dans la chaussure et deviennent impraticables.

On pourra sans doute citer quelques cas de guérison par ces moyens, mais ces cas sont rares, et la guérison difficile et longue à obtenir. La preuve c'est que nos anciens avaient depuis longtemps abandonné le traitement orthopédique pour recourir à une intervention chirurgicale active.

Nous ne passerons pas en revue ces procédés anciens, l'incision à ciel ouvert du tendon extenseur, son excision même, comme la pratiqua Boyer, sont presque toujours des moyens insuffisants. Si l'on s'adresse aux tendons fléchisseurs, le résultat ne paraît pas être meilleur. Témoin, le cas cité dans la thèse de Légée. L'incision des brides de l'aponévrose plantaire resta infructueuse entre les mains de M. Labbé (1). Aussi, en présence de ces inutiles interventions, la plupart des chirurgiens en étaient venus d'emblée à l'*amputation*. De sorte que, si l'on veut se donner la peine de résumer la question, deux ordres de traitement seuls étaient possibles, les uns orthopédiques, longs, minutieux, trop souvent impraticables et inutiles; l'autre chirurgical : l'amputation. Le malade renonçait vite aux premiers, et acceptait difficilement le second.

Aussi, l'application de l'*ostéotomie* à la cure de cette affection a-t-elle rendu un réel et signalé service. M. Verneuil (2) avait déjà pratiqué avec succès cette opération dans les flexions permanentes des doigts, dans les cas où cette difformité était devenue pour le malade un obstacle sérieux au travail. Mais l'ostéotomie a été employée d'une façon réglée par M. Terrier pour la cure de l'orteil en marteau. C'est grâce à sa communication à la Société de chirurgie, grâce aux succès qu'il a obtenus, que ses collègues, dans les hôpitaux, ont pu renouveler ses heureuses tentatives.

L'opération est simple et facile à exécuter, mais il va sans dire qu'elle comporte toute la rigueur de la méthode antiseptique. Ainsi, le pied étant préalablement lavé et enfermé depuis la veille dans un pansement phéniqué :

1° L'opérateur fait, sur la saillie de l'articulation phalango-

(1) Thèse de Cohen, p. 73.

(2) Société de chirurgie, 26 mars 1887.

phalanginienne, l'excision d'un lambeau cutané à peu près circulaire ; avec ce lambeau le durillon et la bourse séreuse se trouvent extirpés ;

2° L'articulation est ouverte alors par un coup de bistouri transversal, et la tête de la phalange fait en général saillie ;

3° Dégager cette tête, et reséquer les tissus fibreux, plus ou moins indurés, qui l'entourent ;

4° Reséquer, avec une pince coupante, cette extrémité articulaire, en ayant soin d'enlever un peu plus sur le côté dorsal que sur le côté plantaire ;

5° La cavité glénoïde de la phalangine apparaît alors nettement ; on la débarrasse de ses attaches fibreuses, par quelques coups de bistouri. L'opérateur pratique une résection très minime du plateau articulaire, une sorte d'abrasion du cartilage diarthodial ;

6° On termine l'opération par quelques points de suture, réunissant transversalement la peau, et suffisant à maintenir l'orteil rectiligne. L'orteil est enveloppé de gaze iodoformée, maintenue avec une attelle, et le pied enveloppé en entier dans un pansement antiseptique.

Si l'on a mis un petit drain, ce qui n'est pas indispensable, on le retire quarante-huit heures après, les sutures sont enlevées le sixième jour. En huit jours, *sans fièvre, sans suppuration,* la guérison, c'est-à-dire l'attitude rectiligne du pied, est obtenue et le résultat fonctionnel est des meilleurs.

En résumé, guérison rapide par un procédé d'exécution facile, sans danger aucun, avec un résultat parfait, voilà ce que donne l'ostéotomie cunéiforme dans le traitement de l'orteil en marteau.

L'ostéotomie constitue donc le procédé de choix dans la cure de l'orteil en marteau. Mais ce procédé est-il applicable à tous les cas ? Il serait possible de répondre par l'affirmative, si certains malades ne laissaient pas s'aggraver les lésions, s'ils ne venaient pas demander avis, lorsque la totalité de l'orteil a été atteinte par l'inflammation ; lorsque l'ostéite a envahi non seulement la phalangine, mais la phalangette, lorsque l'ankylose porte non plus sur une seule articulation, mais sur les deux articulations interphalangiennes. On comprend que, dans ce cas, l'ostéotomie ne puisse être utilisée. Il faudrait, en effet, pratiquer une double résection articulaire, laisser en place des fragments d'os par trop petits, et, en admettant que l'opération puisse s'exécuter, le résultat ne serait certainement pas des meilleurs.

Ces cas deviendront d'ailleurs de plus en plus rares. Le médecin, sachant qu'il dispose d'un moyen curateur excellent, ne laissera pas les lésions s'accentuer à ce point ; aussi, l'amputation totale de l'orteil, qui était autrefois la seule intervention raisonnable, disparaîtra-t-elle complètement de la thérapeutique de l'orteil en marteau.

On comprend dès lors que nous puissions poser les conclusions suivantes :

A la période de simple déformation éviter par des chaussures larges, ou mieux par des chaussures spéciales, que des accidents inflammatoires viennent compliquer le martellement des orteils.

Si des phénomènes inflammatoires sont survenus et rendent la marche impossible, il faut recourir à la résection cunéiforme des deux extrémités articulaires.

Ce n'est que dans les cas absolument exceptionnels, quand l'ostéo-arthrite a gagné l'articulation de la phalangine et de la phalangette, dans certains cas d'orteil en ɔ, que l'amputation deviendra une mesure de nécessité.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVI[e] SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

COMMUNICATIONS

Étude de la région sous-glottique du larynx. — M. MASSE (de Bordeaux). L'auteur a surtout attiré l'attention des physiologistes sur les variations de forme et de capacité de cette région dans les trois quarts supérieurs, le quatrième quart ou quart inférieur étant relativement fixe dans ses dimensions.

La partie variable de la capacité sous-glottique oscille entre la forme d'un cylindre et celle d'une sorte de cône aplati transversalement et à sommet situé en haut.

La muqueuse sous-glottique se confond progressivement avec les lèvres de la glotte. Les variations de forme de l'orifice de la glotte et du porte-vent sous-glottique semblent à l'auteur avoir une grande importance au point de vue de la production de la voix.

M. Masse s'est servi d'injections avec l'alliage d'Arcet pour suivre les différentes variations de capacité liées au rapprochement des lèvres de la glotte. Le calibre variable des différentes régions de la partie sous-glottique du larynx est décelé par ces injections, et ces variations de capacité sont utiles à prendre au point de vue chirurgical.

On ne saurait appliquer à cette région les canules destinées à la trachée. Les moulages du larynx peuvent servir encore à diriger les chirurgiens désireux de pratiquer le tubage du larynx.

L'artério-sclérose subaiguë dans ses rapports avec les spasmes vasculaires, et son traitement par la trinitrine (nitroglycérine). — M. HENRI HUCHARD (de Paris). Après avoir rapporté plusieurs observations où l'artério-sclérose s'est manifestée, au début et pendant son évolution, par des accidents dus à un état spasmodique des artères (syncope locale des extrémités, accès de dyspnée et d'angine de poitrine, algidités locales, troubles fonctionnels de la vision, accès de tachycardie, de palpitations douloureuses et de *dilatation aiguë* du cœur, etc.), M. Huchard admet que certains des phénomènes attribués par M. Dieulafoy au mal de Bright (sensation de doigt mort, refroidissement partiel des membres, etc.), doivent être mis sur le compte de l'artério-sclérose généralisée, dont la néphrite interstitielle n'est qu'une des nombreuses localisations. Au lieu donc d'employer les mots de myocardite scléreuse, de néphrite interstitielle, etc., il conviendrait mieux de dire : artério-sclérose du cœur, artério-sclérose du rein, etc.

En tous cas, ce qui domine l'histoire clinique de ces maladies, c'est une exagération de la tension artérielle qui se manifeste par les phénomènes suivants : retentissement diastolique *en coup de marteau* au foyer aortique, pouls serré, concentré et parfois vibrant, accès de tachycardie, etc., et constatation de l'hypertension artérielle par des appareils spéciaux. Cette hypertension artérielle est elle-même l'effet d'un spasme artériel généralisé ou localisé. Ce n'est pas là une simple hypothèse, car la clinique le démontre et le traitement le confirme. Suivant la localisation de ce spasme, soit aux membres, soit aux organes, on a l'explication des accès de syncope locale et des algidités des membres, de certaines attaques de dyspnée et d'angor, et de certaines dilatations aiguës du cœur dont la pathogénie réelle était jusqu'à ce jour entourée d'obscurités.

Cet état spasmodique des artères, indiqué déjà par Sull et Sutton, Mahomed et d'autres auteurs dans le cours de la néphrite interstitielle, M. Huchard l'attribue au développement même de l'artério-sclérose généralisée et le considère, avec l'hypertension artérielle, *non comme l'effet, mais comme la cause principale de la sclérose des vaisseaux.*

(1) Voir le numéro du 13 octobre.

Les « cardiopathies de la ménopause » étudiées par Clément (de Lyon) doivent être attribuées à ces troubles vaso-moteurs qui *précèdent* toujours l'évolution de l'artério-sclérose de la ménopause, dont M. Huchard a reconnu la fréquence. De plus, certains accidents de dilatation aiguë du myocarde que Zunker met sur le compte d'un « état névrosique » du cœur, dans le cours de l'insuffisance aortique, et que Leyden, dans un mémoire récent, attribue au surmenage, ne sont autre chose que le résultat de spasmes artériels généralisés, d'où résulte une élévation subite de la tension vasculaire.

En conséquence, les médicaments excitateurs de cette tension (digitale, ergot de seigle, belladone) sont souvent contre-indiqués, et il faut au début de l'artério-sclérose, avant même l'évolution *apparente* des lésions artérielles et alors que la maladie n'est constituée que par l'augmentation de la tension vasculaire, il faut prescrire des médicaments à la fois dépresseurs de la tension artérielle, et vaso-dilatateurs, c'est-à-dire les iodures, les nitrites et la trinitrine, en y associant un régime alimentaire et hygiénique spécial.

Dans des communications précédentes, aux Congrès de Grenoble et de Nancy, sur la « curabilité de l'angine de poitrine vraie et des cardiopathies artérielles », l'auteur a suffisamment insisté, pour n'y pas revenir aujourd'hui, sur les bons effets des iodures qui joignent encore à cette double action une influence trophique sur la paroi artérielle.

Il n'est question ici que de la trinitrine dont l'indication est formelle au début même de l'artério-sclérose, comme médicament vaso-dilatateur et dépresseur de la tension artérielle (1). C'est à ce titre qu'elle exerce une influence favorable sur certains cas de mal de Bright et non parce qu'elle peut diminuer la quantité d'albumine dans les urines, comme le croient à tort Mayo-Robson (de Leeds) et Rossbach (d'Iéna).

La dose habituelle est de quatre gouttes par jour en deux fois, de la solution alcoolique de trinitrine au centième (qu'on étend d'une petite quantité d'eau au moment de son administration). On peut élever la dose progressivement jusqu'à 10 à 12 gouttes par jour. Mais cette médication doit être continuée pendant longtemps (pendant un à deux ans au moins, en cessant pendant huit à dix jours chaque mois) si l'on veut en obtenir tous les bénéfices.

En terminant, M. Henri Huchard relate encore un succès obtenu par ce médicament dans un de ces cas extrêmement graves caractérisés par le *pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*. Dans ce fait, l'ischémie bulbaire devenait un danger de tous les instants, et la trinitrine a répondu complètement à l'indication thérapeutique ; car elle est le médicament de l'ischémie.

Examen des réglements de 1882 sur les constructions scolaires. — M. DROUINEAU (de la Rochelle) expose que les règlements sont, en général, peu exécutés, et en particulier celui de 1882 qui concerne les constructions scolaires.

Il est juste de reconnaître que ce règlement est difficile à exécuter. Cependant, malgré leur caractère excessif, les exigences du règlement ne sont qu'un minimum des besoins réclamés par l'hygiène et sont loin d'être exagérées.

Le nombre de 50 élèves par classe ne devrait jamais être dépassé, aussi bien dans l'intérêt de la santé de l'enfant que dans celui de l'enseignement. Les préaux sont toujours sacrifiés ; même avec les dimensions réglementaires, ils ne permettent aucun exercice et les enfants peuvent à peine s'y remuer.

La cour, avec ses dimensions de cinq mètres carrés par élève, est à peine suffisante.

En résumé M. Drouineau conclut :

1° Que le règlement de 1882 devrait être rigoureusement imposé à toutes les communes, soit urbaines, soit rurales, en matière de constructions d'écoles ;

2° Que le comité départemental de contrôle devrait être augmenté d'un membre présenté par les conseils d'hygiène.

(1) Cette action physiologique du médicament a été confirmée par des expériences faites en collaboration avec M. le docteur Éloy.

De la transmission de la fièvre typhoïde par les eaux. — M. BOISSARIE (de Sarlat). Une localité du département de la Dordogne a été éprouvée, cette année, par une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les mois de juin, juillet et août.

L'Académie de médecine, consultée sur les causes de cette épidémie, a fait analyser les eaux de cette localité et on y a constaté la présence des bacilles pathogènes de la fièvre typhoïde. Malheureusement les résultats de cette analyse n'ont pas éclairé à temps les populations : l'épidémie était terminée lorsqu'ils sont arrivés. Elle avait frappé 130 personnes, sur lesquelles 15 avaient succombé. La mauvaise qualité des eaux a été la véritable cause de l'épidémie.

L'auteur demande que des instructions sur le captage, la conduite des eaux et leur aménagement, soient formulées, car ce sont les eaux elles-mêmes qui sont presque partout le mode de transmission des épidémies.

Statistiques médicales d'Avignon de 1883 à 1886. — M. LARCHÉ (d'Avignon). Les décès des années 1883-84-85 et 86 l'ont emporté encore d'un quart sur les naissances et le déficit a porté surtout sur le sexe masculin.

L'automne a toujours été la saison la plus bénigne.

La phthisie pulmonaire, la gastro-entérite aiguë et l'athrepsie ont, à elles seules, fourni près d'un cinquième de la totalité des décès et les ravages qu'elles ont occasionnés se sont surtout accentués au printemps pour la phthisie pulmonaire et en été pour les deux autres maladies.

La phthisie pulmonaire, la méningite, l'aliénation mentale n'ont pas épargné le sexe masculin, non plus que les convulsions et la fièvre typhoïde.

Les affections du cœur, les maladies chroniques des voies respiratoires, la vieillesse et le cancer ont eu une prédisposition marquée pour le sexe féminin.

Les décès du sexe masculin ont dépassé la moyenne pendant la saison d'été.

Les enfants du premier âge ont constitué à eux seuls plus du quart de la totalité des décès.

Le coefficient le plus élevé de la mortalité a été atteint : en hiver, par la pneumonie ; au printemps, par la phthisie ; en été par la gastro-entérite aiguë ; enfin, en automne, par l'apoplexie et la méningite.

La mortalité des sujets de 60 ans et des individus plus âgés a atteint son chiffre le plus élevé en hiver.

Les décès des enfants âgés de moins de cinq ans ont constamment atteint les chiffres les plus élevés en été.

De l'auto-suggestion en médecine légale et des dangers sociaux de l'hypnotisme. — M. BUROT (de Rochefort). Beaucoup d'esprits s'inquiètent du danger social de l'hypnotisme ; on va même jusqu'à oublier que chaque médaille a son revers ; on ne veut voir que les inconvénients sans considérer les avantages. Il faut reconnaître que le côté médico-légal n'est pas suffisamment exploré ; malgré l'autorité des auteurs qui s'en sont occupés, la question n'est pas encore tranchée.

Pour certains d'entre eux, toute personne mise en état de somnambulisme devient, entre les mains de l'expérimentateur, un véritable automate, tant sous le rapport moral que sous le rapport physique.

Pour d'autres, l'idée suggérée n'a rien de spécial ni de particulier, rien ne différencie cette pensée des autres qui assaillent son esprit à chaque instant, rien ne vient l'avertir de l'origine étrangère de cette idée.

Cependant l'individu hypnotisé, en présence d'une idée suggérée, peut être encore en possession de tous ses moyens d'action et en mesure de la contrôler par son raisonnement.

Il est beaucoup de conditions qui empêchent la réalisation d'un acte suggéré. Le somnambule n'est pas toujours une machine, un automate, et il peut arriver que, bien que sa volonté soit réduite au minimum, il puisse encore raisonner et refuser d'obéir.

Cependant, en certaines circonstances, l'hypnotisé aura pu com-

mettre un crime et recevoir la suggestion de tout oublier à son réveil. M. Burot croit avoir trouvé un moyen de faire révéler le secret. Pour y parvenir, au lieu d'endormir le sujet et de lui demander ce qui s'est passé, on lui apprend à s'endormir lui-même, dans le but de retrouver tous ses souvenirs. Il arrive alors que la mémoire s'ouvre et que le patient parle parce qu'il se rappelle.

Plusieurs expériences ont permis à M. Burot de s'assurer de la vérité de sa proposition et il croit pouvoir en dégager la conclusion suivante : c'est que la société n'est pas complètement désarmée, car il sera possible d'arriver, par l'auto-suggestion, à faire que le sujet inculpé se rappelle toutes les circonstances du crime commis, malgré la suggestion qui lui a été faite de ne pas se souvenir.

M. BÉRILLON (de Paris). Il est regrettable que M. le professeur Layet, qui devait traiter dans cette section la question des dangers sociaux de l'hypnotisme, en ait été empêché par la maladie. Le débat eût pu, en présence de ses conclusions, prendre une ampleur plus considérable.

Les dangers de l'hypnotisme existent dans une certaine mesure. Il serait puéril de le nier. Mais ils ne sont pas plus considérables que ceux qui résultent de l'emploi des substances médicamenteuses toxiques. On peut faire de l'hypnotisme, comme de tout ce qui existe, un bon ou un mauvais usage.

Les médecins qui se servent de l'hypnotisme comme d'un moyen thérapeutique pour le traitement de certaines névroses et d'habitudes morbides invétérées, en font un usage qui ne saurait être blâmé, à moins qu'ils ne l'emploient sans avoir la compétence voulue ; au contraire, lorsqu'on se livre à des expériences d'hypnotisme dans le seul but de satisfaire la curiosité publique, on commet un acte répréhensible. Les dangers de l'hypnotisme, pour ceux qui connaissent bien cette science, sont très exagérés. Il est presque impossible de faire commettre un crime par un hypnotisé ; dans tous les cas, on aurait en lui le plus mauvais des complices, car un individu suggestible accepte aussi facilement les suggestions d'un hypnotiseur que celles d'un autre et il sera toujours facile de reconstituer les circonstances dans lesquelles l'inculpé aura été amené à commettre un crime ou un délit.

M. DROUINEAU (de La Rochelle) signale un certain nombre d'accidents survenus dans plusieurs villes après les passages de magnétiseurs de profession. Ces individus, pour arriver à attirer le public à leurs séances, ne reculent devant aucun moyen. Ils excipent fréquemment de titres auxquels ils n'ont aucun droit et en particulier de celui de médecin.

Il est temps de sévir contre cette industrie immorale.

Récemment, un individu qui acceptait de se soumettre à des expériences d'hypnotisme, a mystifié un certain nombre de médecins et de professeurs de Bordeaux. Ces faits sont regrettables car ils inspirent des doutes à l'égard des expériences sérieuses.

M. BUROT (de Rochefort) ne croit pas qu'il y ait lieu de prêter la moindre attention à ce fait que des professeurs aient été mystifiés par un individu quelconque. Cela prouve qu'ils ne connaissaient pas suffisamment la question. Des expérimentateurs plus compétents se seraient aperçus de la fraude. D'ailleurs l'individu auquel il est fait allusion est actuellement dans un asile d'aliénés. Tout ce qu'on peut souhaiter c'est que les médecins ne se désintéressent pas d'une question scientifique qui mérite d'être étudiée par eux tous, au point de vue des avantages qu'en peut retirer la pratique médicale.

Sur l'eau cuite et les moyens de la préparer. — M. CH. TELLIER. Tout le monde connaît maintenant l'influence néfaste de l'eau dans les cas de maladies épidémiques.

L'eau, en effet, lave l'air ; elle reçoit les déjections des hommes et des animaux ; elle reçoit les impuretés de toutes les villes ; elle est donc tout particulièrement propre à l'ensemencement et au développement des germes morbifiques. Enfin, justement parce qu'elle sert de boisson, elle se trouve le véhicule le plus propre à transmettre dans les voies digestives les agents pernicieux qu'elle contient.

Pour rendre l'eau vraiment saine, deux moyens existent :

1° Les antiseptiques ;

2° L'ébullition.

Le premier moyen est incertain, il n'est pas à la portée de tout le monde.

Le second est bon, mais il comporte quatre inconvénients que voici :

1° La température de 100 degrés n'est pas suffisante pour que l'on soit certain d'avoir détruit tous les microbes ;

2° L'air est chassé de l'eau par l'effet de l'ébullition, et l'eau devient lourde, indigeste ;

3° Les carbonates calcaires sont également précipités et l'eau devient moins sapide ;

4° Les parties terreuses en suspension dans l'eau précipitent également et la rendent désagréable à boire.

Pour obvier à ces différents inconvénients, je substitue l'eau cuite à l'eau bouillie, et voici comment j'opère :

Un récipient métallique clos, parfaitement étanche, pouvant supporter une pression de six atmosphères, est établi.

Sur l'un de ses fonds, ce récipient présente un renflement inférieur qui est calculé de façon que, par sa dilatation pendant la cuisson, l'eau remplisse complètement le récipient. Un robinet inférieur surmonté d'un filtre permet le soutirage de l'eau ; — un robinet supérieur surmonté, au moment de l'emploi, d'un filtre en ouate de coton laisse rentrer l'air.

Quand la bouteille est pleine d'eau, on la place, soit dans un bain saturé de sel marin, soit dans un récipient où l'on fait arriver de la vapeur d'eau.

Dans un cas comme dans l'autre, on chauffe, et l'eau se trouve ainsi cuite à une température pouvant varier entre 114° et 150°.

Voici les conséquences de cette opération :

1° L'eau reste parfaitement aérée, puisque, ayant été cuite sous pression, l'air n'a pu se séparer et est resté dissous ;

2° L'eau est restée chargée de ses sels calcaires puisque l'acide carbonique n'as pas été chassé ;

3° Les autres sels et matières terreuses se sont précipités, mais ils se séparent de l'eau au moment de son emploi puisqu'un filtre existe dans l'appareil ;

4° Le filtre n'est jamais contaminé, puisqu'il est lui-même cuit à chaque opération ;

5° Enfin, l'eau reste purifiée pendant toute la durée de son emploi, puisque l'air qui rentre dans l'appareil est lui-même filtré sur le coton.

En ces conditions, il est permis de dire que l'eau ainsi préparée est absolument pure, salubre et digestive. On peut donc maintenant, sous n'importe quel climat, avec n'importe quelle eau, préparer de l'eau absolument saine. On peut par suite soustraire ainsi les populations et nos armées expéditionnaires aux actions néfastes que cause l'eau naturelle, ingérée telle qu'elle est rencontrée.

Examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France. — M. HENROT (de Reims). M. Henrot rappelle le remarquable discours prononcé hier à la séance générale par M. Rochard, où l'historique de la question a été fait avec tant d'autorité. M. Rochard a examiné les différents projets officiels présentés au parlement, et sans se prononcer pour le projet Siegfried ou pour le projet Lockroy, il a émis cette opinion si sage qu'on devait en toute circonstance apporter le moins d'entraves possible à la liberté des citoyens.

M. Henrot pense que, pour atteindre ce but, il faut bien nettement séparer la législation de l'administration sanitaire. Il serait désirable de faire d'abord de bonnes lois sanitaires. La loi contre les épizooties rend de grands services et, malgré les sacrifices considérables qu'elle impose parfois aux cultivateurs, elle est partout appliquée, on pourrait même dire facilement appliquée.

Des lois sanitaires concernant l'homme, acceptées par le parlement et par la population, permettraient à l'administration sanitaire une application équitable et facile.

M. Henrot ne croit pas que l'on puisse faire quelque chose de sérieux en hygiène publique si on n'introduit pas dans la loi l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses, de l'isolement des malades et de la désinfection des appartements et des effets mobiliers. Il a, l'année dernière, au Congrès de Nancy, lon-

guement développé cette nécessité, il n'y reviendra pas aujourd'hui.

Touchant l'organisation générale de la santé publique, M. Henrot examine successivement l'organisation communale, départementale et nationale.

Pour l'organisation communale, il croit que dans les communes trop petites pour posséder un bureau d'hygiène, il faudrait créer un médecin sanitaire, rétribué par la commune. Chaque commune aurait son médecin sanitaire, comme elle a, dans l'organisation actuelle, son médecin et son garde champêtre.

Dans l'organisation départementale, M. Henrot pense que la création des inspecteurs, proposée dans le projet Siegfried, n'amènera pas une amélioration suffisante. En effet, les inspecteurs, suivant la tradition des habitudes inhérentes à leurs fonctions, feront beaucoup de rapports que l'administration entassera dans ses cartons.

M. Henrot préférerait un directeur de l'hygiène départementale, ayant, comme l'ingénieur en chef du département, l'initiative des projets d'assainissement, mais ayant aussi à insister auprès du préfet pour obtenir les crédits nécessaires à la réalisation de ces projets. Il aurait enfin à poursuivre l'exécution des projets adoptés par le conseil d'hygiène. Dans ces conditions, le directeur ne saurait réclamer des choses irréalisables, et éviterait de tomber dans des exagérations systématiques, comme le font très souvent des inspecteurs qui proposent des projets sans être chargés de les exécuter.

Dans l'organisation nationale, M. Henrot se demande pourquoi les projets soumis au parlement ne comprennent dans le comité supérieur que des membres parisiens.

Il y a dans nos assemblées politiques de très bons esprits qui viennent de leurs départements. Est-ce que Paris, au point de vue de l'hygiène, a donné l'exemple des améliorations désirables? Paris n'est-il pas sur ce point une des villes les plus en retard de France et d'Europe. A l'heure actuelle elle ne donne pas encore d'eau propre à tous ses habitants et elle continue à transformer la Seine en un vaste égout.

Paris renferme les hygiénistes les plus distingués de France, mais dans certains cas le concours des hygiénistes de la province peut être profitable.

Pourquoi ne pas faire pour l'organisation de l'hygiène publique, ce qu'on a fait au Conseil supérieur pour l'instruction.

M. Henrot ne veut pas étudier en détail tous les projets qui ont été publiés. Le sien a de nombreux points de contact avec les projets Siegfried et Lockroy, il se contente d'appeler l'attention de ses collègues sur quelques points qu'il y aurait lieu d'amender selon lui.

Avant le vote de la loi il lui a semblé que la section d'hygiène de l'Association française devait discuter cette très importante question.

M. ALIX signale la résistance des habitants de Toulouse à la vaccine et la conséquence qui en résulte; c'est-à-dire l'endémicité constante de la variole qui fait chaque année à Toulouse de nombreuses victimes.

M. DROUINEAU remercie M. Henrot d'avoir exposé son projet à cette session. Le projet ne diffère pas sensiblement des projets déposés à la Chambre et il leur apportera un grand appoint. Il pense aussi que l'organisation administrative devra précéder le dépôt de projets de loi, car l'expérience pourra seule faire connaître les désidérata. Il craint qu'en mettant la base de l'organisation sanitaire dans la commune, on ne se heurte à des difficultés insurmontables.

M. BÉRILLON signale l'état de malpropreté d'un grand nombre de villes du midi. Puisque les municipalités se déclarent impuissantes à modifier un état dangereux pour la santé publique, il est indispensable de chercher des moyens d'action dans les éléments dont dispose l'autorité centrale. Il faut imposer partout le respect des arrêts et des règlements de police déjà existants, car il est indigne d'un pays civilisé de tolérer que les habitants d'un grand nombre de petites villes du midi puissent impunément déverser leurs matières fécales dans le ruisseau.

M. HENROT. Mon projet contient en somme les moyens de réaliser tous les progrès souhaités. Il faut attendre le vote d'une loi désirable à tous les points de vue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Prolapsus abdominal. — M. GUÉNIOT, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Després, rappelle avoir publié en 1885 un travail sur le prolapsus abdominal dans lequel se trouvent des faits identiques à celui de M. Després. Il ne s'agit pas, selon lui, d'une paralysie musculaire, mais d'un prolapsus pariéto-viscéral, par suite de l'amincissement extrême des parois. Il a conseillé, dans ces cas, une ceinture spéciale avec bretelles passant par-dessus les épaules.

M. DESPRÉS demande à M. Guéniot s'il a examiné la contractilité des muscles de ses malades. Il connait bien les faits de prolapsus abdominal dont parle M. Guéniot; mais ces faits diffèrent du sien en ce que, dans ce dernier, la paralysie musculaire a pu être déterminée.

M. GUÉNIOT croit que cette paralysie résulte de l'atrophie des muscles abdominaux, cause unique du prolapsus, dans ces cas. M. Guéniot cite un exemple emprunté à son travail qui est absolument semblable à celui de M. Després.

M. DESPRÉS persiste à considérer son fait comme exceptionnel, autant par l'énorme distension du ventre qui mesurait $1^m,50$ à l'ombilic, que par la paralysie des muscles.

M. KIRMISSON fait observer que Duchenne (de Boulogne) a décrit tout au long la paralysie des muscles de l'abdomen, contrairement à ce qu'a dit M. Després.

Emphysème traumatique. — M. HUMBERT communique l'observation d'un homme, blessé par un coup de feu à la jambe, atteint de lésions très étendues et d'un emphysème considérable occupant toute la partie postérieure et la cuisse; il fit de longues incisions et des cautérisations au fer rouge. Il transforma cet énorme foyer gangréneux en une vaste eschare. Contre son attente, ce malade guérit en conservant son membre. C'est un des rares cas dans lesquels la guérison a été obtenue sans amputation. Aussi M. Humbert n'hésiterait-il pas, dans des cas analogues, à recourir à ce procédé de profondes incisions et de vastes cautérisations.

M. DELENS communique l'observation d'un jeune homme de trente et un ans ayant eu un écrasement de la main. Le lendemain tout le membre supérieur jusqu'à l'aisselle était atteint de septicémie gangréneuse. M. Delens fit immédiatement la désarticulation de l'épaule et ce malade guérit.

M. POLAILLON croit que l'indication de l'intervention dans les cas de septicémie gangréneuse n'est pas douteuse. Il cite à l'appui de cette opinion une observation communiquée, par M. Paquet, (de Lille), à l'Académie.

M. Polaillon a suivi la même conduite avec le même succès.

Pyo-salpingite; laparotomie. — M. TERRILLON fait un rapport sur une observation de M. Routier, relative à un cas de pyo-salpingite double, guérie par l'ablation des ovaires et des trompes par la laparotomie.

Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement difficile, continua pendant longtemps à éprouver des souffrances dans le ventre. Ces souffrances étaient surtout exagérées au moment des époques. Bientôt elle eut un écoulement de muco-pus par le museau de tanche. Elle avait, en outre, de la fièvre, maigrissait, etc. En l'examinant attentivement, on sentait, de chaque côté de l'utérus, un certain empâtement, beaucoup plus marqué d'un côté que de l'autre. M. Routier pensa avoir affaire à une ovarite double compliquée de salpingite en voie de

suppuration. Ce fut aussi l'avis de M. Terrillon qui vit également la malade.

M. Routier, avec l'assistance de M. Terrillon, pratiqua la laparotomie. Le ventre ouvert, on trouva de chaque côté de l'utérus une tumeur: du côté droit, cette tumeur était adhérente et beaucoup plus volumineuse. On plaça une ligature de chaque côté, on fit la dissection et l'excision de ces deux tumeurs; on fit un grand lavage à l'eau bouillie, puis on plaça un gros tube à drainage de chaque côté, le long de l'utérus; ces drains passaient par le vagin et par la plaie abdominale.

Les pièces ainsi enlevées furent présentées, par M. Routier, à la Société de chirurgie. Le diagnostic d'ovarite compliquée de pyosalpingite, a donc pu être confirmé. La malade guérit très rapidement.

M. Terrillon ajoute que, dans ce cas, il s'agissait d'une inflammation s'étant propagée du corps de l'utérus aux trompes et aux ovaires. Cette opinion a pu être confirmée par l'examen direct des pièces présentées à la Société. Il rappelle avoir communiqué deux observations analogues. Il approuve complètement la conduite tenue par M. Routier. En effet, du moment que ces abcès ne se font jour ni du côté du rectum, ni du côté du vagin, ni du côté de la fosse iliaque, il est maintenant formellement indiqué de les attaquer par la laparotomie.

M. POZZI demande si l'examen du pus a été fait. On sait que ces abcès sont considérés par les Allemands comme étant le plus souvent de cause blennorrhagique.

M. GUÉNIOT ne trouve pas, dans cette observation, des signes suffisants pour orienter un nouvel observateur, et fixer le diagnostic d'abcès de la trompe.

M. BOUILLY a cherché les micro-organismes de la blennorrhagie dans le pus des pyo-salpingites qu'il a opérées, et ne les a jamais trouvés. Il croit que ces accidents sont surtout post-puerpéraux.

M. TERRILLON répond que cette origine puerpérale n'était pas douteuse dans le cas qu'il vient de faire connaître. Il répond à M. Guéniot que, pour lui, les abcès du ligament large n'existent pas. En outre, dans ces cas, l'affection est toujours double, ce qui facilite le diagnostic.

M. BOUILLY ajoute que, dans une affection des annexes de l'utérus, l'exploration vaginale seule ne donne rien. Il faut la combiner avec la palpation hypogastrique.

M. TERRILLON ajoute qu'il faut, dans ces cas, endormir les malades pour mieux assurer le diagnostic.

M. HORTELOUP a enlevé une double salpingite il y a quatre mois avec M. Routier, à la maison Dubois. Dans ce cas, on trouva, à l'examen histologique, non pas le gonococcus de la blennorrhagie, mais bien des tubercules.

Kyste du maxillaire ouvert dans le sinus, catarrhe du sinus. — **M. MAGITOT** lit un rapport sur une observation présentée par M. Bauzon (de Chalon-sur-Saône), et relative à un cas de catarrhe du sinus consécutif à l'ouverture, dans cette cavité, d'un kyste du maxillaire de la variété dite périostique.

Le rapporteur entre à ce propos dans de longs développements sur la pathogénie de ces kystes qui sont, comme on sait, l'objet d'une discussion assez vive. L'opinion personnelle de M. Magitot est que ces kystes prennent naissance en soulevant les tissus ligamenteux au sommet d'une racine de dent, à l'extrémité même du canal radiculaire où le périoste, détaché par la collection du liquide, devient la paroi kystique. Il rappelle les faits cliniques qui établissent ce mécanisme : rétention d'un liquide dans le canal de la racine, siège invariable de la poche au lieu indiqué; possibilité de réaliser un kyste par la rétention mécanique d'un liquide pathologique.

Il présente, en outre, à la Société, une série de pièces anatomo-pathologiques qui ne laissent aucun doute sur le processus de cette maladie.

Ces explications sont en contradiction complète avec la théorie qu'ont adoptée et défendue MM. Verneuil, Reclus, Malassez, etc., qui attribuent le développement d'un kyste périostique à une des masses épithéliales contenues à l'état normal dans l'épaisseur du ligament alvéolaire, et le rapporteur proteste contre une telle interprétation qui est, selon lui, en opposition formelle avec l'observation et la clinique.

Passant ensuite à la question des rapports entre un kyste périostique et le sinus, il établit comment la communication entre les deux cavités peut s'effectuer pour amener finalement un catarrhe de cette dernière. C'est ce qui s'est passé dans le cas du docteur Bauzon qui fut traité par l'extraction des débris dentaires, cause première du kyste, puis par la trépanation du sinus dans le vestibule de la bouche, à la fosse canine, pratiquée par M. le docteur Pozzi, et par des lavages antiseptiques avec maintien d'un tube à drainage.

M. Magitot discute encore à ce propos les divers procédés proposés pour trépaner le sinus : l'entrée par le méat moyen, comme le voulaient Hunter et Jourdain; l'ouverture par le vestibule, suivant le procédé de Desault; enfin, la voie alvéolaire à laquelle il donne la préférence et qui s'indique d'ailleurs d'elle-même, puisque la première intervention chirurgicale consiste à faire l'ablation de la dent ou des débris qui sont l'origine de la maladie et ouvrent une voie suffisante située sur la partie la plus inférieure de la cavité, et très favorable aux lavages et aux applications médicamenteuses diverses.

Quant à la durée du drainage, elle est toujours fort longue, surtout quand le catarrhe du sinus a été longtemps méconnu ou négligé. Dans les cas anciens, le drainage doit être maintenu parfois pendant des mois ou des années, et, en effet, le malade du docteur Bauzon n'est pas encore guéri et le drain placé déjà depuis plus de six mois ne peut être supprimé sans provoquer le retour des accidents.

M. DESPRÉS, à l'occasion du traitement des abcès du sinus maxillaire, dit qu'il ne faut pas fermer l'ouverture du sinus, si l'on ne veut pas produire un ozène.

M. MAGITOT répond que, quand l'ouverture du sinus est récente, on peut en obtenir l'oblitération sans inconvénients. Dans les cas anciens, il faut, ainsi que le veut M. Després, un drainage permanent et définitif.

Lipome congénital. — **M. LARGER** présente une tumeur qu'il a récemment enlevée de l'aine d'un enfant de neuf mois. Cette tumeur, mobile sous la peau, sans adhérences, dure et très petite à la naissance de l'enfant, était devenue mollasse et du volume d'un œuf de poule. Il s'agissait d'un lipome pur congénital. L'opération a été des plus simples.

M. LANNELONGUE fait observer que les lipomes congénitaux, surtout dans cette région, sont assez rares. Il en a cependant cité un exemple dans la thèse de M. Sénac.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 octobre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Didier, Boulle, Dusseaud, Berthod, Le Roy, Roger, Achard, Bourgeois, Vrain, Toussaint, Cardot et Cœur.

— Par décret, en date du 9 octobre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Fabre, Maury, Morisson. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Capitan, Barthélemy et Sapelier, chefs de clinique.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Valat.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chavanon et Baudrimont.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les mé-

decins aides-majors de première classe Planteau, Cuq, Guément, Maisonnave. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chambrelent, chef de clinique; Moussous, agrégé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième années: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de leur inscription à l'École pratique) ;

2° Élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à la Faculté).

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter:

1° La feuille d'inscriptions mise à jour par le secrétariat de la Faculté;

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— Le lundi 5 décembre 1887, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine, actuellement vacantes dans les asiles d'aliénés du département de la Seine. — A la suite du concours et dans l'ordre de mérite, il sera nommé cinq internes provisoires, chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries, bureau du personnel, — entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, — tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 3 novembre, jusqu'au samedi 19 novembre 1887, inclusivement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21779

N° 125. — MARDI 18 OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 18 OCTOBRE 1887. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Monoplégies brachiales, traumatique et hystéro-traumatique (1).

II

Je vais terminer, dans la leçon d'aujourd'hui, le sujet que j'ai commencé à traiter devant vous lundi dernier, à propos des deux malades atteints tous deux de monoplégie brachiale, mais de monoplégie différente en ce sens que, bien qu'elle reconnaisse dans les deux cas une origine traumatique, elle est, chez l'un d'eux, le résultat d'une lésion profonde des racines du plexus brachial, tandis que chez l'autre elle est de nature hystérique.

Je vous ai longuement parlé du premier dans ma précédente leçon, je veux aujourd'hui vous démontrer que le second est un exemple classique de la paralysie dite hystéro-traumatique. Vous savez, d'ailleurs, que l'hystérie se rencontre aussi bien chez l'homme que chez la femme, aussi bien également chez l'ouvrier que chez l'homme qui a reçu une véritable culture intellectuelle.

Or, notre malade, — je veux parler de celui qui a eu l'épaule tamponnée par une locomotive, il y a quatorze mois — n'a pas eu d'attaques, de crises, il est vrai, mais il nous offre des stigmates absolument certains de l'hystérie. Chez l'enfant, au contraire, nous n'en trouvons pas le moindre, et sans vouloir me répéter, quant à la façon dont le traumatisme s'est produit chez lui, je me bornerai à dire que sa monoplégie du bras gauche est molle, flasque, sans la moindre rigidité, qu'il y a disparition des réflexes et modification de la sensibilité cutanée, que l'anesthésie remonte jusqu'au coude en arrière, tandis qu'en avant elle occupe la main, et s'étend sous forme de languette sur la partie antérieure de l'avant-bras, le reste étant indemne en raison de ce que certaines branches nerveuses du plexus brachial n'ont pas été lésées. J'ajoute qu'il présente des troubles trophiques, tels que : atrophie prononcée des muscles, diminution de la température du membre, perte des réactions électriques dans les muscles atrophiés, bien que l'accident remonte seulement à près de trois mois. Enfin, il a des troubles oculo-pupillaires, sans phénomènes vaso-moteurs : enfoncement du globe oculaire, contraction de la pupille par suite de la destruction de la première paire dorsale. C'est là, en somme, une localisation anatomique des plus exactes, avec diagnostic aussi précis que possible.

Quant à l'adulte, sa paralysie du bras droit s'est produite complète trois jours après son accident de chemin de fer. Chez lui, nous observons aussi des troubles de la sensibilité cutanée et profonde, mais la distribution n'en est pas la même que chez notre jeune collégien. Chez lui aussi, l'atrophie musculaire est moindre, mais, par contre, l'abaissement de la température du membre est plus prononcée. Enfin, il n'y a pas de troubles oculo-pupillaires, et les réactions électriques sont conservées, d'où nous devons conclure que la nutrition des muscles n'a que très peu souffert, et qu'il n'y a pas eu de lésions graves du plexus brachial. Il ne s'agit pas non plus de stupéfaction de ce plexus, car la sensibilité ne serait pas compromise, tandis que la motilité est perdue. Or, chez ce malade, les troubles de la sensibilité sont superficiels et profonds, l'anesthésie est complète, donc ce ne sont pas les nerfs périphériques qui sont atteints. Serait-ce la moelle, et s'agirait-il d'une monoplégie spéciale ? Non, sans quoi, il y aurait perte des réactions électriques, dénutrition des muscles, etc., etc. D'autre part, si la lésion était dans l'encéphale, la face serait prise ainsi que le membre inférieur droit, et nous aurions une hémiplégie vulgaire. Si la lésion siégeait, par exemple, dans la capsule interne, nous aurions une dégénération secondaire, une exagération des réflexes, une rigidité du bras au lieu de la flaccidité que nous constatons, etc.

Je pourrais pousser plus loin encore ce diagnostic différentiel, mais cela n'est pas nécessaire, et je dirai, en résumé, qu'il n'existe, chez cet homme, aucune lésion matérielle ; que sa monoplégie est une paralysie flasque, de nature hystérique, caractérisée par une flaccidité absolue et durable du membre supérieur droit, la conservation des réflexes, une insensibilité cutanée et profonde, et la conservation des réactions électriques.

Sa paralysie est bien de nature hystérique, car il présente les stigmates de l'hystérie au plus haut degré, quoique au premier abord il n'ait peut-être pas l'aspect d'un hystérique, du moins d'après l'idée erronée qu'on se fait de ces malades, puisque cet homme est fort, sombre, mélancolique, apathique.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1887, p. 965.

Il n'a pas d'attaques, me direz-vous; mais celles-ci ne sont pas nécessaires, indispensables, pour qu'il y ait hystérie. Il a une insensibilité de tout le côté droit du corps, des troubles sensoriels, et un rétrécissement concentrique du champ visuel sans aucune altération oculaire; les sensations gustatives, auditives et olfactives sont éteintes, l'anesthésie du pharynx est absolue et profonde; enfin, la moindre ligature d'un membre détermine de la contracture. Bref, nous sommes en présence de la véritable diathèse hystérique.

D'ailleurs, comme point de comparaison et au point de vue du mécanisme, nous allons déterminer à volonté, expérimentalement, une monoplégie brachiale de même nature, chez une jeune femme hystéro-épileptique de notre service, et cela sans aucun inconvénient pour sa santé. Cette jeune femme, complètement hémianesthésique du côté droit, est facilement hypnotisable. En arrivant à l'amphithéâtre, elle est déjà dans la phase somnambulique, son état mental est le suivant : obnubilations, torpeur de ses manifestations corticales, psychiques, du moi, absence de toute spontanéité, de toute volonté, de telle sorte que, par suggestion, nous pouvons développer chez elle une idée, tandis que le reste de son être dormira, et cette idée ira jusqu'à l'hallucination. Ainsi, je vais lui suggestionner que son bras gauche est paralysé, et il le deviendra, elle ne pourra plus le remuer ; de plus, elle aura la sensation de l'absence de son bras ; les yeux fermés elle ne saura où le retrouver, pour elle, il n'existera plus. Nous aurons ainsi déterminé une paralysie artificielle présentant tous les caractères de la paralysie hystéro-traumatique de notre homme, si ce n'est que chez cette jeune femme nous pouvons faire disparaître à volonté, instantanément, sa monoplégie, tandis que, chez l'homme, la monoplégie persiste depuis quatorze mois, quoi que nous ayons fait ; il est vrai d'ajouter qu'il n'est pas hypnotisable, malheureusement pour sa paralysie.

Les deux cas sont donc, vous le voyez, tout à fait assimilables, puisque nous avons pu, par suggestion, pendant le sommeil hypnotique, déterminer une monoplégie brachiale artificielle.

En effet, le malade qui a été tamponné par une locomotive a éprouvé, lorsque l'accident s'est produit, outre un choc local, un choc nerveux, c'est-à-dire une vive émotion, il a cru qu'il allait être écrasé, et, par suite, il y a eu chez lui une autosuggestion traumatique, une monoplégie psychique corticale, c'est-à-dire une lésion dynamique. Je puis vous en donner encore la preuve expérimentale chez cette même jeune femme hystéro-épileptique, tandis que, hypnotisée, elle est dans l'état somnambulique ; il me suffira pour cela, de lui frapper l'épaule d'un léger coup de poing, je déterminerai ainsi le choc local chez un sujet déjà obnubilé du moi. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette seconde monoplégie brachiale, cette fois hystéro-traumatique mais artificielle, disparaît instantanément aussi, à notre volonté, avec la plus grande facilité, sans laisser à la malade la moindre trace ni le moindre souvenir de ce que nous lui avons fait.

Avant de terminer, je veux encore vous montrer un autre malade dont l'état rentre également dans la question qui nous occupe.

Cette fois, il s'agit d'un homme, d'un cocher, qui est tombé accidentellement de son siège sur le sol, et qui, dans sa chute, s'est violemment contusionné l'épaule droite et le bras du même côté. A la suite de cet accident, il a eu une monoplégie brachiale, complète, analogue à celle de notre employé de chemin de fer. Pendant l'espace d'une année, il est resté dans cet état, sans aucune amélioration, et rien ne faisait prévoir un changement quelconque, lorsqu'un certain jour, jouant avec un autre malade, il se prit de querelle violente avec lui et voulut le frapper avec son bras paralysé. Or, l'émotion, qu'il avait éprouvée, fut telle, que cette intention de mouvement fut couronnée d'un succès complet, et qu'il put lever son bras absolument comme s'il n'avait jamais été frappé de paralysie. Dans sa violente colère, cet homme avait eu comme une autosuggestion de guérison, c'est-à-dire de possibilité de remuer son bras, et avait été guéri spontanément, du moins en grande partie, car depuis lors, une certaine zone d'insensibilité persista encore dans son membre supérieur droit.

Du reste, cet homme, qui n'a jamais eu non plus d'attaques ni de crises hystériques, conserve des stigmates très nets de l'hystérie.

Ainsi donc, les mouvements d'un membre paralysé peuvent revenir à un moment donné, dans un cas de monoplégie hystéro-traumatique, sans que le membre recouvre sa sensibilité normale. Ainsi, ce malade n'est donc pas complètement guéri, en ce sens qu'il n'a pas encore récupéré la notion du sens musculaire. C'est ainsi que l'absence de ce sens ne lui a pas permis de reprendre son métier de cocher, non pas parce qu'il ne peut pas remuer son bras, puisque celui-ci n'est plus paralysé, mais parce que sa main laisse échapper les guides dès qu'il ne la regarde plus.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVI[e] SESSION (1887)

Congrès de Toulouse (1).

Sections des sciences médicales et d'hygiène.

Le surmenage et les colonies sanitaires de vacances. — M. DELVAILLE (de Bayonne). Il n'y a pas de surmenage pour les enfants des écoles primaires; mais l'application des enfants, leur séjour dans des écoles plus ou moins mal aérées et éclairées, leurs attitudes vicieuses en classe, la mauvaise nourriture dans leurs familles, l'hygiène plus mauvaise encore du foyer paternel sont, pour les enfants des écoles, des causes d'affaiblissement auxquelles il faut faire obstacle. En dehors des exercices de gymnastique et du travail manuel, il faut instituer des colonies sanitaires de vacances consistant, pour les enfants fatigués et anémiés, dans un séjour de trois ou quatre semaines au dehors de la ville où ils ont étudié.

Ces colonies existent dans plusieurs pays. A Paris une société s'est formée pour favoriser cette œuvre, et, au mois d'août dernier, 610 enfants sont partis pour passer un mois dans des villes plus ou moins éloignées.

M. le docteur Delvaille, aidé de quelques-uns de ses concitoyens, a fait l'expérience à Saint-Jean-de-Luz pour 10 enfants des écoles de Bayonne. Ces enfants ont gagné en poids $1^{k},39$ en moyenne, en taille $0^{m},006$, en tour de poitrine $0^{m},012$. Ils ont pris des habitudes d'ordre et de propreté. La reconnaissance qu'ils éprouvent pour ceux qui leur ont procuré ces vacances, reconnaissance qui gagnera aussi les familles, aura une grande influence sur les classes laborieuses. Pour tous ces motifs, il importe de propager cette utile institution, même dans les petites villes où les vacances à la maison sont si préjudiciables à la santé et au moral des enfants.

La maladie des tics convulsifs. — M. BUROT (de Rochefort) observe depuis six mois, un cas véritablement typique

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 octobre 1887.

d'une affection encore mal connue. On ne sait comment la dénommer; M. Charcot l'appelle la *maladie des tics convulsifs* et M. Gilles de la Tourette, une *affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice avec écholalie* et *caprolalie*. Quelques cas, paraissant se rapporter à cette singulière affection, ont été décrits sous le nom de *jumping* en Amérique, de *latah* en Malaisie et de *majirachik* en Sibérie.

La malade de M. Burot, déjà citée dans le mémoire de M. Gilles de la Tourette, est une jeune fille de dix-neuf ans, très intelligente, d'une famille occupant une position élevée; elle est atteinte de secousses convulsives dans la face et les membres supérieurs, et ces secousses sont accompagnées de l'émission brusque de cris inarticulés et de mots obscènes et orduriers.

C'est vers l'âge de six ans que la malade a commencé à présenter des mouvements dans les yeux, puis dans la figure, dans le cou, enfin dans les membres supérieurs. Vers l'âge de douze ans, on a commencé à entendre des bruits gutturaux indistincts : ouh! ouah! A quatorze ans, elle s'est mise à proférer des mots obscènes qui, du reste, ont varié, mais le mot de Cambronne a toujours été dominant et le plus fréquent. En second lieu vient le mot « charogne », souvent associé au premier. Le « nom de Dieu » vient souvent sur ses lèvres, sous forme de jurement, malgré son éducation très religieuse. Elle répète la plupart des bruits qui la frappent; elle aboie, quand elle entend aboyer ou même quand on parle d'un chien. Elle n'a pas besoin d'entendre les bruits pour les répéter, il suffit d'une certaine représentation mentale de la chose. Les gestes sont parfois imités. Elle est très impressionnable et tressaute au moindre bruit. Elle a beaucoup de caprices et surtout de manies; tout se fait par habitude.

Non seulement elle fait et elle dit ce qu'elle ne veut pas, mais elle ne fait pas toujours ce qu'elle veut. Elle voit un chat qu'elle voudrait caresser, elle l'appelle, mais dès qu'il s'approche, elle ne peut s'empêcher de le repousser. Ainsi le trouble de la volonté est des plus marqués.

Tous ces phénomènes se produisent sous forme d'impulsions irrésistibles. Ce n'est pas de l'incoordination, car les mouvements voulus sont très précis; c'est plutôt une véritable impulsion.

Tout prouve que, dans cette maladie, le système nerveux réflexe est excité outre mesure et que le système nerveux volontaire est affaibli. Le frein modérateur de la volonté n'existe plus. Les réflexes sont augmentés et il peut se produire à l'état ordinaire comme une suggestion pathologique de tout ce qui est vu ou entendu. Les impressions diverses se gravent profondément dans le cerveau qui les rend telles quelles, en fidèle phonographe. C'est une impulsion imitative caractérisée par la répétition des bruits ou des mots, l'exécution d'actes de circonstances, avec conservation de l'intelligence, mais en dépit de ses indications et contre la volonté même du sujet. C'est une manie impulsive.

L'hérédité et l'imitation paraissent être les deux principales causes de l'affection chez cette jeune fille.

M. Burot pense qu'on a porté un jugement trop sévère sur cette maladie. On l'a déclarée incurable, mais il est vrai qu'on ne s'était pas rendu compte de sa nature. L'hydrothérapie et l'isolement ont paru, dans certains cas, donner quelques améliorations, mais une médication qui ne reposait sur aucun fondement ne pouvait donner de résultats précis. On agit, au contraire, en connaissance de cause, si l'on tient compte des deux indications principales : amoindrir l'excitation réflexe et renforcer la volonté. L'hypnotisme a paru à M. Burot le moyen le plus sûr pour arriver à ce résultat, mais il a été impossible de plonger cette jeune fille dans le sommeil, même le plus léger; malgré tous les moyens employés à diverses reprises, on a absolument échoué, le sujet n'arrivait même pas à fermer les yeux. Mais le résultat que l'on désirait obtenir à la faveur du sommeil, on l'a cherché par la persuasion. Tous les jours, M. Burot passait avec la malade le plus de temps possible, en lui persuadant qu'elle serait calme et qu'elle aurait la volonté d'arrêter ses mouvements et ses paroles. Cette persuasion douce et continue pouvait agir de deux manières : en calmant les réflexes exaltés et en renforçant les centres volontaires, mais elle s'adressait surtout à l'habitude vicieuse prise par le système nerveux. Il n'est pas un médicament qui puisse arrêter des mouvements et des mots en rapport avec des idées fixes. Toutefois pour calmer l'excitation nerveuse et rendre la persuasion plus profitable, on a eu recours concurremment à divers moyens, tels que les pulvérisations d'éther, les bains chauds prolongés et les laxatifs.

Cette jeune fille est aujourd'hui très améliorée; elle vient de passer quinze jours dans sa famille où elle a été très calme et toutes les personnes qui la connaissaient bien l'ont trouvée transformée. Il est permis de croire à un résultat complet.

Cette observation semble démontrer que la maladie des tics convulsifs est une maladie de la volonté et que l'on peut espérer la guérir par la force de la volonté.

M. DUPLOUY (de Rochefort). Je citerai le cas d'un officier de marine de grande valeur, qui, depuis l'âge de onze ans, est atteint de mouvements impulsifs désordonnés, d'une affection nerveuse présentant les plus grandes analogies avec l'observation rapportée par M. Burot. Dès qu'il s'approchait d'un de ses chefs, il était pris d'une vive émotion, articulait des mots singuliers, aboyait pour ainsi dire et se livrait à des mouvements involontaires de projection, allant même jusqu'à jeter à terre leur casquette d'officier et à leur donner des soufflets.

Doué d'une force de volonté très grande, et d'un esprit de discipline aussi prononcé que possible, sa carrière n'eut heureusement pas à souffrir de la maladie nerveuse contre laquelle il luttait avec la plus grande énergie et il est constamment resté digne du commandement qui lui était confié. Les médications auxquelles on a eu recours n'ont amené aucune modification dans son état, l'hydrothérapie seule a peut-être été suivie d'une très légère amélioration. Celle-ci, très notable actuellement, n'a commencé à se manifester réellement, qu'à partir du moment où cet officier a commencé à s'éloigner de l'âge de la puberté. Le temps seul a donc eu une véritable influence sur sa santé, bien qu'il ne soit pas encore guéri.

En résumé, il s'agit bien là d'une affection du système nerveux, se rattachant peut-être à l'hystérie; mais, en tous cas, sans cet affaiblissement de la volonté, que M. Burot a constaté chez la malade dont il vient de rapporter l'observation, puisque, ainsi que je viens de le dire, et j'y insiste tout particulièrement, il s'efforçait de combattre les impulsions et cette sorte d'aboiement auxquels il était en proie.

M. BÉZY (de Toulouse) rapporte, à son tour, le fait d'une habitante de Toulouse qui exerce la profession de marchande d'oranges et qui est également atteinte de cette maladie des tics convulsifs dont vient de parler M. Burot, avec émission de sons et de paroles inintelligibles. S'il avait à soigner de pareils malades, il les traiterait ainsi que l'a fait récemment M. Pitres (de Bordeaux), par l'électricité.

Traitement de l'hydrocèle; ponctions et injections irritantes; incision antiseptique. — **M. GROSS** (de Nancy), après avoir rappelé que le traitement de l'hydrocèle par l'incision est une méthode connue déjà de longue date, établit le parallèle entre l'opération telle qu'on la pratique aujourd'hui et la méthode de la ponction suivie d'injections irritantes.

Ainsi, la ponction avec injection iodée est une opération simple et facile que tout médecin sait pratiquer, tandis que l'incision antiseptique est, au contraire, une opération sanglante, compliquée et qui exige une éducation chirurgicale supérieure. Mais, au point de vue des suites immédiates, l'avantage appartient à l'incision d'autant plus qu'il ne se produit aucun phénomène rappelant de près ou de loin la réaction inflammatoire consécutive à l'injection iodée. De plus, quand l'antisepsie est parfaitement faite, qu'elle est réelle, la guérison est plus facilement et plus rapidement obtenue qu'après la ponction.

Quant aux accidents, ils sont exceptionnels après la ponction; les récidives, relativement fréquentes, diminueront lorsqu'on n'aura plus recours à cette dernière que dans les variétés d'hydrocèle

vraiment susceptibles de guérir par ce mode de traitement. Par contre, après l'incision antiseptique, on a parfois observé soit de la rétention d'urine, soit un léger gonflement du cordon ou du testicule, soit encore quelque petit abcès superficiel autour d'un point de suture. Mais des accidents plus sérieux n'ont été constatés que dans des cas plus complexes et où sont intervenues des circonstances exceptionnelles. Enfin les récidives sont plus rares qu'après la méthode de la ponction, ce qui s'explique par ce fait qu'en ouvrant largement la vaginale on découvre souvent la cause du mal et, par suite, on peut y remédier.

Passant ensuite aux indications l'auteur établit :

1° Que l'incision antiseptique est indiquée dans l'hydrocèle congénitale ;

2° Que dans l'hydrocèle simple, lorque la séreuse vaginale n'est qu'amincie par la distension et se trouve exempte de toute lésion apparente, il faut pratiquer la ponction avec injection irritante ;

3° Mais que lorsque la séreuse vaginale a perdu sa souplesse, son élasticité, et qu'elle a changé de consistance, il faut avoir recours à l'incision antiseptique ;

4° Qu'il en est de même dans les vaginalites et les pachyvaginalites chroniques où les parois de la vaginale sont indurées;

5° Que l'incision antiseptique est encore indiquée quand l'hydrocèle est volumineuse ou multiloculaire; lorsqu'elle a récidivé ou résisté aux autres modes de traitement; lorsqu'elle est symptomatique, auquel cas elle offre tous les avantages d'une incision exploratrice et peut constituer le premier temps de la castration.

M. JEANNEL (de Toulouse) cite un cas dans lequel une plaque de sphacèle s'est développée à la suite d'une ponction iodée. Il est nécessaire d'ajouter que le fait s'est produit chez un sujet diabétique, d'où l'accident aurait pu survenir tout aussi bien à la suite de l'incision. Aussi ne saurait-on en accuser la ponction.

L'auteur ajoute que, depuis un certain temps, il a donné la préférence à une solution de chloral au dixième comme liquide de la ponction.

M. THIRIAR (de Bruxelles) partage complètement l'opinion de M. Gross touchant les indications opératoires de l'hydrocèle ; et, lorsque celle-ci est récente, aiguë, et que la séreuse n'est pas notablement altérée, il est d'avis que la ponction suivie de la cautérisation doit presque toujours suffire.

Depuis qu'il a vu, il y a quelques années, la gangrène survenir à la suite d'une injection iodée, faite par un de ses confrères, il est beaucoup plus réservé quant à son emploi et, presque toujours après la ponction, il a soin de cautériser légèrement la séreuse avec le nitrate d'argent par le procédé de Defert (de Metz). Il obtient ainsi une guérison plus rapide qu'avec la teinture d'iode.

Quant aux hydrocèles anciennes, à parois épaisses et surtout pour les hydrocèles déjà ponctionnées et cautérisées une première fois, M. Thiriar est d'avis de recourir d'emblée, comme M. Gross, à l'incision antiseptique, suivie seulement de lavages également antiseptiques pour les cas peu compliqués. Mais si la vaginale, par suite de l'ancienneté de la maladie, est recouverte d'exsudats inflammatoires d'une assez grande épaisseur, l'incision doit être complétée par un grattage léger de la séreuse avec la curette tranchante, il en est de même pour les plaques cartilagineuses ou les corps fibrineux que l'on pourrait rencontrer et que l'on enlèvera de la même façon.

L'auteur ajoute que l'opération, pratiquée avec soin, est absolument inoffensive, qu'elle n'occasionne aucune souffrance au malade, et qu'elle est suivie d'une guérison si rapide, que plusieurs de ses malades ont pu quitter l'hôpital, parfaitement guéris, au bout de quelques jours.

L'opinion de M. Thiriar est basée sur les résultats d'une vingtaine d'opérations pratiquées par lui depuis deux ans, sans qu'aucune d'elles ait été suivie du moindre accident.

M. L.-H. PETIT rapporte l'observation d'un malade, porteur depuis longtemps déjà d'un varicocèle et chez lequel il a eu l'occasion de traiter, cette année même, une hydrocèle aiguë par la ponction suivie de l'injection de teinture d'iode. Malgré tous les soins avec lesquels l'opération fut pratiquée, des accidents de gangrène se déclarèrent au bout de quatre jours. Il s'agissait d'un sujet syphilitique ainsi que le démontrèrent et les caractères de la plaie, au moment où l'eschare scrotale tomba, — elle avait tout l'aspect d'une gomme syphilitique — et les résultats du traitement spécifique auquel le malade fut immédiatement soumis.

M. GROSS n'a voulu, dans sa communication, qu'étudier la valeur comparative des deux modes de traiter l'hydrocèle : la méthode de la ponction suivie des injections de teinture d'iode, comme étant le liquide le plus ordinairement usité, et la méthode des incisions antiseptiques. Il résume son opinion sur les indications de chacune d'elles, en déclarant que l'option pour l'une ou pour l'autre dépend de l'état anatomo-pathologique de la séreuse vaginale : si celle-ci est sur un point modifiée dans sa structure et ses propriétés, comme on l'observe dans l'hydrocèle simple et récente, il emploie la ponction suivie de l'injection irritante; si, au contraire, la membrane a perdu sa souplesse et son élasticité normales, si sa consistance est modifiée, il considère l'incision antiseptique comme la seule opération ayant chance d'amener la guérison de l'hydrocèle.

Application du froid dans le traitement du choléra pendant la période algide. — **M. MOSSÉ** (de Montpellier) commence sa communication en faisant remarquer que les épidémies de choléra de 1884 et de 1885 ont mis en évidence qu'il n'y a pas en réalité de traitement spécifique du choléra, mais que la thérapeutique varie selon les indications. Et si l'on s'est beaucoup préoccupé, il y a trois ans, de traiter les cholériques par les injections intra-veineuses, par les injections d'éther; si, d'autre part, M. Semmola a recommandé l'emploi des bains chauds pendant la première période du choléra, par contre on peut dire, sans crainte d'être démenti, qu'il n'est presque aucun médecin qui ait songé véritablement à recourir à l'emploi du froid pendant la période algide du choléra.

Le nombre des cas où M. Mossé a eu l'occasion d'appliquer ce mode de traitement n'est pas très considérable, car il n'a été à même d'y recourir que huit fois seulement. Voici d'ailleurs dans quelles conditions :

Dans un premier cas, il s'agissait d'un enfant atteint d'une façon grave, mais tout récemment frappé par le fléau ; l'application du froid donna chez lui les meilleurs résultats, prouvant ainsi sa grande efficacité.

Chez un second malade — une femme âgée de 52 ans — atteint également de la façon la plus grave, l'emploi du froid pendant la période algide fut également couronné de succès et la guérison fut obtenue. Dans ce second cas, M. Mossé fit faire non seulement des frictions avec de l'eau froide, mais même directement avec des morceaux de glace; la réaction fut alors si vive et si complète qu'au bout d'une demi-heure environ, la malade se plaignait d'éprouver une chaleur pour ainsi dire insupportable.

C'est ainsi que, frappé des résultats qu'il venait d'obtenir, M. Mossé voulut essayer d'appliquer également le même mode de traitement sur d'autres malades atteints aussi du choléra. Le succès ne couronna malheureusement pas ces nouvelles tentatives, les résultats furent moins heureux ; mais il est nécessaire d'ajouter, dit l'auteur, que cette fois il s'agissait d'individus âgés et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques et morales.

En résumé, sur huit cas de choléra, dans lesquels il eut recours, pendant la période algide, aux applications du froid, M. Mossé a obtenu trois guérisons. C'est là un résultat qui, au premier abord, ne semblera peut-être pas bien favorable au traitement du choléra par l'eau froide ; cependant l'auteur est convaincu de son mode réel d'efficacité et, théoriquement aussi bien que cliniquement, l'emploi du froid lui paraît absolument devoir être recommandé à ses confrères.

On suppose, ajoute-t-il, et le fait semble prouvé, que les injections intra-veineuses agissent surtout sur le cœur ayant tendance à faiblir ; il est également vraisemblable que les frictions froides, faites sur les téguments, déterminent, par action réflexe, une action analogue sur l'organe central de la circulation. Toutefois, ce mode

de traitement, employé déjà par plusieurs médecins de la marine, ne s'est pas encore généralisé.

M. Mossé fait remarquer qu'il ne faut pas recourir indifféremment dans tous les cas aux applications froides dans le traitement du choléra pendant la période algide. Mais d'une façon générale, on peut dire que si l'individu est vite frappé, si la période algide survient rapidement, s'il s'agit d'hommes jeunes ou vigoureux, on peut employer le traitement avec chances de succès. Par contre lorsque l'on a affaire à des personnes âgées, fatiguées, affaiblies dès avant l'invasion du fléau, lorsqu'il paraît difficile de pouvoir espérer obtenir la période de réaction, on renoncera à toute tentative d'applications froides pour employer immédiatement les bains sinapisés chauds ou tièdes.

L'auteur ajoute, en terminant, que vu les difficultés que l'on éprouve parfois, dans la clientèle de la ville ou de la campagne, d'employer les injections intra-veineuses, on pourra recourir à la méthode hydrothérapique qui, en somme, remplit les mêmes indications.

Sur les remarques de M. Cunéo (de Toulon) : 1° que le traitement par les applications froides a été mis en usage à Toulon en même temps que l'on prescrivait aux cholériques l'alcool à l'intérieur et les lavements de vin, et que cette méthode a donné dans la première épidémie de bons résultats (4 guérisons sur 10 cas soit 40 p. 100) ; 2° que ce qu'il faut surtout, dans le choléra, c'est la persévérance, la continuité dans le traitement ; 3° que si l'eau froide donne dans certains cas de bons résultats, d'autre part les injections intra-veineuses font merveille ; M. Mossé répond que le traitement varie suivant les malades et que, sans vouloir en rien proscrire les injections intra-veineuses, il préfère, cependant, recourir auparavant, soit aux applications d'eau froide, soit aux injections d'éther qui peuvent les unes et les autres être d'une très grande utilité.

Enfin, dans le but de prévenir les accidents inhérents à la réaction trop prononcée qui pourrait suivre l'application du froid, il propose d'employer des révulsifs tels que des petits vésicatoires ou des petites mouches, ainsi qu'il l'a déjà fait chez un de ses cholériques.

Avant de clore leurs travaux :

La *section des sciences médicales* a élu, pour la présider en 1888, M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; et, comme délégué pour trois ans auprès du comité de l'Association française, M. le docteur Troisier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

La *section d'hygiène* a choisi, comme président en 1888, M. le docteur Drouineau (de La Rochelle) ; nommé délégué pour trois ans auprès du comité de l'Association française, M. le docteur Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims ; et comme membre de la commission des subventions, M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine.

Cette section avait encore émis à l'unanimité, sur la proposition de M. le docteur Basset, un vœu en faveur du vote de la loi sur l'obligation de la vaccination.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1887. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Intoxication saturnine déterminée par la manipulation de la braise chimique. — M. TROISIER entretient la Société des accidents saturnins, déterminés par la manipulation de la braise chimique. Il rappelle la communication faite sur le même sujet, en février 1885, par MM. Gérin-Roze et Duguet. Il a observé lui-même récemment un cas de ce genre, chez une ouvrière de trente ans, employée dans une fabrique de cette braise chimique. Elle a eu d'abord des coliques de plomb, puis elle a présenté successivement tous les signes de l'intoxication saturnine la plus accusée.

Elle fut obligée de cesser son travail, entra à l'hôpital et sortit guérie après quinze jours.

D'autres femmes employées dans la même fabrique ont été atteintes des mêmes accidents. La plupart quittent l'atelier après quinze jours, se plaignent de maux de tête, etc. C'est, paraît-il, l'azotate de plomb qui est employé pour la fabrication de ce charbon, où il entre dans la proportion de 6 p. 100. Il y a lieu, selon M. Troisier, de demander la prohibition de l'emploi de l'azotate de plomb, dans la fabrication de la braise chimique, et de le remplacer par un azotate alcalin.

M. GÉRIN-ROZE ajoute que ce charbon est très répandu dans le public, et il est convaincu qu'il y a beaucoup de cas d'intoxication saturnine, ainsi déterminés, qui sont méconnus. Il y avait lieu d'appeler sur ce sujet l'attention du conseil d'hygiène et de réglementer cette industrie.

Hystérie traumatique. — M. DEBOVE fait une communication sur l'hystérie traumatique. Il fait connaître deux nouvelles observations : dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, qui, dans un incendie, à la fin de juin, fait une chute sur l'épaule, à la suite de laquelle il eut une paralysie complète du membre supérieur droit, compliquée d'hémianesthésie sensorielle du même côté, et d'une parésie du membre inférieur correspondant. Il s'agissait bien là d'une paralysie hystérique.

Le second cas est celui d'un homme de trente ans qui fait une chute sur la tête. Il reste sans connaissance, et est conduit à l'hôpital. Le lendemain on constate une hémianesthésie. Puis surviennent des attaques d'hystérie extrêmement violentes.

On a dit, ajoute M. Debove, qu'un traumatisme réveillait une diathèse latente. Cette opinion n'est pas acceptable pour ces deux cas. Il s'agit, en effet, de sujets forts, robustes, nullement impressionnables, et dont les père et mère ne sont nullement nerveux. Il faut donc admettre que l'affection nerveuse a été produite, chez eux, de toutes pièces par le traumatisme.

Quel est le rapport du siège du traumatisme et des lésions ? Dans le premier cas, il y a un rapport évident ; la chute a lieu sur l'épaule droite, c'est le membre supérieur droit qui est paralysé.

M. GUYOT demande si les malades ont guéri.

M. DEBOVE répond que toute médication est jusqu'ici restée sans résultat.

M. GÉRIN-ROZE demande si les grands-parents de ces sujets étaient ou non nerveux. On sait que l'hérédité nerveuse saute parfois une génération.

M. DEBOVE n'a pu avoir de renseignements sur ce sujet, mais il fait observer que l'un de ses malades a neuf frères ou sœurs qui ne sont nullement nerveux.

Abcès tuberculeux. — M. BARRIER rappelle avoir présenté un malade atteint d'abcès multiples sous-cutanés sur la nature desquels il n'avait pas été possible d'être fixé. Il a inoculé du pus de ces abcès à des cobayes qui sont tous morts tuberculeux.

ÉLECTION

M. CHASLIN, médecin adjoint de Bicêtre, est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 octobre 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Lévy,

en remplacement de M. Hattute, retraité. — Désigné pour l'emploi de médecin-chef de la place de Verdun.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Blin, en remplacement de M. Lévy, promu. — Désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Pilet, en remplacement de M. Blanche, retraité. — Maintenu au 119e d'infanterie.

M. Sauzède, en remplacement de M. Blin, promu. — Maintenu au 93e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Durand, en remplacement de M. Cervelle, décédé. — Désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. Lemoine, en remplacement de M. Pilet, promu. — Désigné pour le 109e d'infanterie.

M. Dupret, en remplacement de M. Sauzède, promu. — Désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décret, en date du 14 octobre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Pétrolacci-Stephanopoli, Galibert, Schnell, Casimir, Oddo, Félix, Adoul, Mory, Roux et Allot.

— L'ouverture du concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, qui n'a pu avoir lieu vendredi dernier, s'est faite aujourd'hui lundi à midi. Le sujet de la composition écrite, tirée au sort, a été : « Les veines jugulaires ; érysipèle de la face. »

— Le jury du concours des prix de l'internat en médecine, tiré au sort, se compose de MM. les docteurs Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot et Maygrier.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat, ouvert le 10 octobre, s'est terminé le 13 octobre. Ont été proclamés internes, par ordre de mérite :

MM. Doyon, Berthet, Bonnaud, Curtillet, Durnerin, Didier, Duchesneau, Bret, Courmont, Brosset, Chapotot, Toussaint et Fayard.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.* — M. le professeur Raymondaud est nommé, pour trois ans, à partir du 31 décembre 1887, directeur de ladite École.

M. Delotte (Léonard-Yrieix), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— M. le docteur Legludic est nommé médecin-adjoint au lycée d'Angers, en remplacement de M. le docteur Guichard, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sallaud (de Gémozac) et Wahu, ancien médecin principal de l'armée.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1887-1888 s'ouvriront le lundi 7 novembre 1887, à la Sorbonne, ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie, le lundi 7 novembre, à une heure de l'après-midi, et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu rue Michelet n° 3. Le professeur exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermo-chimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Dastre ouvrira son cours de physiologie, le lundi 7 novembre 1887, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions de sécrétion et des échanges matériels et de la calorification. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade n° 18.

M. le professeur Bouty ouvrira son cours de physique, le mardi 8 novembre 1887, à une heure et demie, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'électricité et du magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Duclaux commencera son cours de chimie biologique, le mardi 8 novembre 1887, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le mardi 8 novembre à trois heures et demie, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions de relation.

M. le professeur Debray ouvrira le cours de chimie, le mercredi 9 novembre, à deux heures et demie, rue Michelet n° 3, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de chimie analytique, le lundi 7 novembre 1887, à trois heures, et le continuera tous les lundis à la même heure. Il traitera de l'analyse quantitative.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 14 novembre, elles auront lieu dans l'ordre suivant. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée :

M. Mouton, conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Pellat, conférences sur la thermochimie et divers autres sujets de physique, indiqués par MM. les professeurs Bouty et Lippmann, les lundis et les jeudis à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis à huit heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Joly, conférences de chimie, les mardis et les samedis, à dix heures et demie, sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray; salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Salet, conférences sur différents points de chimie organique, les mardis et les samedis, dans la salle des conférences.

M. Riban, conférences d'analyse qualitative, le vendredi à onze heures, au laboratoire de la rue Michelet; les travaux ont lieu tous les jours de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures. Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de une heure à cinq heures; le jeudi, de une heure à cinq heures pour les professeurs des collèges.

M. Jeannettaz, conférences sur la minéralogie, les mardis et les samedis à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. J. Chatin, professeur adjoint, conférences sur les organes et les fonctions de nutrition, les lundis et les jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Pruvot, conférences sur des sujets d'histoire naturelle indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers, les vendredis à dix heures et les samedis à sept heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Vesque, conférences sur les cryptogames, sous la direction de M. le professeur Bonnier, les lundis et les jeudis, à midi, dans la salle des conférences.

M. Vélain, conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la géologie indiqués par le professeur, les lundis et les jeudis, à neuf heures, dans la salle des conférences. Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

— Le lundi 7 novembre 1887, et les trois jours suivants, à huit heures précises du soir, aura lieu rue des Bons-Enfants, 28, salle Sylvestre, n° 1, la vente de la bibliothèque de M. le docteur S. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires.

Le catalogue de cette vente est en distribution chez MM. J.-B. Baillière et fils, chargés de la vente.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21791

Nº 126. — JEUDI 20 OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 20 OCTOBRE 1887. — Nº 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'une des séances les plus chargées de lectures et de communications que nous ayons eues depuis longtemps : lectures de candidature de MM. Horteloup, Paul Berger, Richelot, Gréhant; communication de M. Ball sur les lésions de la morphinomanie et particulièrement sur la présence de la morphine dans les tissus; lecture faite par M. Hayem, au nom de M. Peyraud (de Libourne) d'une étude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage; par M. Magitot d'un travail sur la glossodynie; par M. Bailly (de Chambly) sur un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle; par M. Créquy d'une note sur la contagion de la variole à distance.

Nos lecteurs trouveront, dans le compte rendu, le résumé ou les conclusions de ces diverses communications, à l'exception de celle de M. Peyraud qui a été renvoyée à l'examen d'une commission.

Au début de la séance, M. le président a annoncé à ses collègues qu'un prix a été fondé par M. Pourrat. La Commission pour l'examen des travaux relatifs à ce prix sera composée de MM. Sappey, Mathias Duval et Laborde.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès. Vulvite aphteuse, diphthéritique. Examen de l'inculpé. Examen de la victime.

J'avais commencé la dernière fois à vous présenter le tableau de Fournier résumant le diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès en trois signes et je vous avais donné le plus important : forme polycyclique. Un autre est tiré de l'examen des ganglions. Avec le chancre, l'adénopathie est constante, indolente, dure, persistante et le plus souvent polyganglionnaire (pléiade). Avec l'herpès, il n'y a pas de retentissement ganglionnaire. Le troisième signe réside dans l'état de la base de la lésion : avec le chancre, induration presque constante; avec l'herpès, état souple de la base. Enfin, il faut ajouter un dernier symptôme à demander à la personne : l'herpès, contrairement au chancre, est une érosion très prurigineuse (*feu de Saint-Antoine*), et de là, les coups d'ongle qui l'entourent. De plus, les ulcérations herpétiques, même dans l'herpès creux, n'ont pas la même profondeur que les chancres.

Lorsque vous serez dans le doute, votre devoir sera de dire au juge d'instruction : « Actuellement, il n'existe aucune lésion capable de justifier cette opinion que l'inculpé aurait communiqué son chancre à cette petite fille; mais nous allons la tenir en surveillance. »

Pour ma part, je me suis vu dans l'embarras, notamment à propos d'une petite fille qui avait la vulve très tendue, les grandes et petites lèvres boursouflées par de l'œdème et portant une douzaine d'ulcérations de 0,50 de diamètre, le ventre tatoué de petites plaques rouges avec desquamation furfuracée, enfin les lèvres gonflées et l'arrière-bouche enflammée. J'ai demandé à m'adjoindre M. Fournier. Nous avons revu la petite fille un mois après le premier examen : il n'y avait plus aucun symptôme qu'on pût interpréter comme plaque muqueuse ou comme chancre. L'inculpé était à Mazas; il portait sur le dos du gland une ulcération qu'il cautérisait, disait-il, avec la cendre de sa pipe.

M. Fournier considère les éruptions herpétiques comme non communicables. Encore une fois, il faut savoir attendre et éviter de faire mettre injustement un homme en prison préventive.

Une autre forme de vulvite, admirablement décrite par Parrot, est la vulvite *aphteuse*. Les aphtes, d'abord analogues à ceux de la bouche, apparaissent sous la forme d'une petite saillie, qui s'entoure peu à peu d'une plaie plus ou moins livide sur un fond rouge. Lorsque ces éruptions surviennent en même temps qu'une autre maladie telle que la rougeole, il peut se produire une véritable ulcération qui dégénère en mortification gangréneuse. Une femme retirant son enfant âgé de vingt-cinq mois du dépôt des Enfants-Assistés et lui découvrant de semblables lésions, le médecin à qui elle la montra crut voir dans la gravité de ces lésions la preuve des efforts violents qu'avait dû faire le coupable pour la violer. Il n'en était rien, mais, en effet, les parties sphacélées s'étaient éliminées, le tissu cellulaire sous-cutané était tombé, mettant à jour l'orifice du vagin constitué par la membrane hymen punctiforme. Vous voyez donc que la vulvite aphteuse peut provoquer aussi des expertises médico-légales, et qu'il faut s'en défier.

Il en est de même de la vulvite *diphthéritique*. Sachez que la muqueuse vulvaire est un des sièges de prédilection de la diphthérie.

J'arrive à un autre point très délicat de l'expertise, à l'examen de l'inculpé. Dans la première hypothèse, la petite fille a une blennorrhagie et l'inculpé a une blennorrhagie aiguë : vous constatez et vous n'avez pas à faire de trait d'union entre les deux termes du rapport; c'est l'affaire du juge d'instruction.

Dans la seconde hypothèse, la petite fille a une blennorrhagie et l'inculpé a une blennorrhée. A-t-il pu infecter l'enfant? Je ne le crois pas et je pense qu'après un certain nombre d'années la blennorrhée a cessé d'être communicable et que toute chance de contamination a disparu. Je sais bien que cette opinion est contestée. Ricord, dans ses leçons à l'hôpital du Midi, sous les tilleuls, avait coutume de dire : « Voulez-vous avoir la blennorrhagie? Prenez une femme qui ne soit pas une vertu, conduisez-la au restaurant, mangez des huîtres, du homard, du gibier, des asperges, buvez du champagne, prenez du café, des liqueurs; allez ensuite au théâtre, buvez de la bière pendant les entr'actes; rentrez vous coucher... Dans quelques jours vous aurez la blennorrhagie! » Sans doute, il faut toujours se méfier d'un gonococcus oublié et embusqué dans le vagin d'une femme, mais, dans les conditions ordinaires, la *goutte* ne me paraît plus présenter de grandes chances de contagion.

Dans une troisième hypothèse, la petite fille a la blennorrhagie, l'inculpé n'a rien du tout. Dans ce cas, faites autour de vous, du côté de la famille, une petite enquête. Il m'est arrivé, à propos de deux petites filles atteintes d'une vulvite très intense, ayant été mis en éveil par des chemises couvertes de pus antérieurement, au moment présumé de l'attentat, de découvrir que la mère avait la blennorrhagie et l'avait communiquée à ses filles, par la communauté d'une éponge.

Tâchez donc de vous renseigner pour éviter des erreurs fort préjudiciables et rappelez-vous qu'ici, toutes les contestations sont des questions de dates.

Il peut arriver que les délais soient trop courts et que l'infection de l'inculpé paraisse manifestement plus récente que celle de la soi-disant victime. Ainsi, vous trouvez chez une petite fille des plaques muqueuses, sans chancre, et, chez l'inculpé, rien que le chancre. Néanmoins, n'invoquez ces preuves tirées de l'évolution de la syphilis qu'avec une grande réserve et souvenez-vous qu'étant donné une même personne qui communique la syphilis à deux autres, l'évolution de la maladie se fait chez chacune d'elles avec une rapidité très différente.

Autre hypothèse : la petite fille a la syphilis; l'inculpé ne présente aucune lésion. J'ai eu une expertise à faire pour une petite fille de six ans, atteinte d'un chancre de la commissure labiale.

Après avoir examiné plusieurs personnes soupçonnées qui ne présentaient aucune trace de syphilis, je découvris chez la mère de nombreuses plaques muqueuses à la bouche : elle avait infecté son enfant par les objets de toilette. Je peux vous citer encore une véritable épidémie de chancres survenue dans une école, grâce au zèle malencontreux de la maîtresse d'école, qui lavait, après déjeuner, toutes les petites filles avec la même éponge. Il avait suffi d'une brebis galeuse pour infecter tout le troupeau. Vous voyez par là que vous ne devez pas négliger de rechercher les circonstances accessoires.

Enfin, dernière combinaison : la petite fille n'a pas la syphilis et l'inculpé invoque sa syphilis personnelle comme preuve de son innocence, alléguant que, s'il avait commis l'acte qui lui est reproché, il aurait contaminé la plaignante. M. Vibert a rapporté, dans son livre, le cas d'un homme syphilitique, qui était accusé d'inceste avec sa fille, enceinte mais non syphilitique. Comme on avait saisi chez lui des condoms, il se défendait en disant que, s'il s'en était servi, il n'aurait pas rendu sa fille enceinte, et que, s'il ne s'en était pas servi, il l'aurait rendue syphilitique. Ce raisonnement n'était que captieux, car la fille, qui était loin d'être vertueuse, pouvait fort bien avoir été engrossée par un autre que par son père.

Quelles sont, en dehors des organes génitaux, les traces que laisse ordinairement le viol? Elles diffèrent en raison de la brutalité des coups et de la défense plus ou moins énergique de la victime. Elles sont rares, mais, lorsqu'elles existent, très nettes et caractéristiques : autour des parties sexuelles, sur les bras et les poignets, autour des genoux et des cuisses. Il faut se garder de prendre pour un indice de violence les plaques de pigmentation des cuisses, très marquées chez certaines femmes et s'étendant en forme de croissant à 5 ou 6 centimètres du pli inguinal.

Quelquefois, on trouve des ecchymoses des seins témoignant d'une férocité brutale. Tardieu rapporte le fait d'un homme qui avait enlevé, d'un coup de dent, l'extrémité du sein d'une femme.

Vous savez que certaines lésions très superficielles produisent des ecchymoses immédiates, tandis que si le coup a atteint les parties profondes, surtout s'il a rencontré une aponévrose et en particulier l'aponévrose *fascia lata*, l'ecchymose n'apparaît que plusieurs jours après.

On peut avoir affaire à des ecchymoses simulées, le plus souvent à l'aide de la succion. Il est facile de les reconnaître car elles sont toutes pareilles.

On s'est demandé si les ruptures du vagin pouvaient être faites autrement qu'avec les doigts.

Chez les vierges, la difficulté est à l'entrée et il semble difficile d'admettre qu'une verge, plus ou moins arrêtée dans son assaut, ait pu perforer un cul-de-sac vaginal.

Mais, chez les vieilles femmes qui ont eu des accouchements, les conditions sont tout autres, car on ne trouve plus de résistance à l'entrée et on pénètre dans le cône par sa partie évasée.

D'autres traces de violence résident dans les hémorrhagies, métrorrhagies, pelvi-péritonites, hématocèles rétro-utérines, etc.

Enfin, le viol peut être compliqué d'un meurtre, et le viol a eu lieu tantôt après, tantôt avant le meurtre, selon que celui-ci a été commis pour rendre possible celui-là ou pour se débarrasser du seul témoin de l'attentat. Presque toujours, le viol a suivi le meurtre; presque toujours ce sont des traces de strangulation qu'on trouve; d'autres fois, ce sont des coups de couteau. Le meilleur signe de l'antériorité du viol est l'hémorrhagie de l'hymen, car ce fait témoigne que la victime était certainement en vie, au moment de la rupture de l'hymen.

Enfin, comme dernier élément de l'expertise, vous devez vous assurer de la présence des spermatozoïdes dans le vagin. On en a trouvé encore animés de mouvements huit jours après la mort.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Épithélioma du rectum, colotomie lombaire.

Nous avons entre autres opérations à faire, ce matin, une colotomie lombaire, et c'est de celle-ci seulement et du malade qui va en être l'objet que je veux vous parler.

Ce malade est un homme âgé de cinquante-huit ans, qui est entré, il y a peu de temps, dans nos salles, pour une affection néoplasique de l'intestin, c'est-à-dire pour un épithélioma du rectum, assez haut placé, je le dis tout d'abord — nous verrons tout à l'heure à quel niveau de l'intestin il s'est développé, point des plus importants, au point de vue de l'intervention chirurgicale — assez haut placé, dis-je, pour qu'il ne paraisse nullement à l'extérieur.

Cet épithélioma est caractérisé par des masses fongueuses d'un certain volume mais qui, cependant, malgré leurs dimensions, laissent encore passer dans l'intestin les matières fécales. En effet, de temps en temps, ou mieux, tous les huit ou dix jours environ, le malade a une selle, c'est-à-dire une véritable débâcle intestinale, laquelle est suivie d'une nouvelle rétention des matières fécales, pendant un intervalle de temps de même durée.

Si nous en croyons ce qu'il nous dit, cet homme aurait commencé il y a deux ans seulement à être malade, et c'est surtout depuis cinq mois qu'il souffrirait de son néoplasme, depuis cinq mois que, le mal continuant à évoluer, les accidents de ténesme, les accidents de reddition de glaires et de sang par l'anus, se seraient déclarés.

Or, l'existence d'une tumeur néoplasique du rectum ne pouvant laisser aucun doute, et le malade sollicitant vivement notre intervention, que pouvons-nous et que devons-nous faire, quel soulagement pouvons-nous lui procurer ?

En pareils cas, les moyens chirurgicaux, auxquels nous pourrions avoir recours, sont de plusieurs ordres, variant suivant le siège, suivant l'étendue, suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie, suivant les accidents auxquels la tumeur donne lieu.

Tout d'abord, il est des cas où nous ne devons absolument rien faire, ne tenter aucune opération, tels sont, par exemple, les cas où l'épithélioma est pariétal, où il ne fait point saillie, pour ainsi dire, dans le canal intestinal, qu'il est inaccessible au toucher rectal, que l'instrument ne pourrait pas, je ne dirai pas seulement l'atteindre, mais tout au moins le dépasser suffisamment de façon à l'enlever en entier sans en rien laisser subsister; les cas enfin où cet épithélioma pariétal, n'oblitérant pas l'intestin, permet le cours régulier des matières fécales. Dans ces cas donc, où la tumeur néoplasique ne trouble pas les fonctions de l'intestin, où elle n'entrave pas le passage des matières fécales, où elle a contracté des adhérences prostatiques, et où enfin elle dépasse l'accessibilité opératoire, vous devez savoir vous abstenir de toute intervention chirurgicale, car une opération locale comme l'ablation de la tumeur est impossible, ou comme la colotomie lombaire, elle est inutile, puisque le malade continue à pouvoir aller à la selle. Mais les cas où notre impuissance est absolue sont rares.

Le plus habituellement, dans le cas d'épithélioma du rectum, le rétrécissement ano-rectal est le phénomène principal. Chez ces malades, alors, on peut intervenir en cherchant à diviser le rétrécissement pour donner à l'intestin une portion de son calibre, de façon à lui rendre, au moins pour un certain temps, le cours régulier des matières fécales, à lui procurer quelque soulagement; c'est là le but de la rectotomie.

Chez d'autres malades, notamment comme celui que j'ai opéré dimanche dernier, la tumeur était d'une étendue modérée, elle était accessible et même dépassable au toucher. Dans ces conditions, l'extirpation était possible, elle était même indiquée.

Quand, au contraire, la tumeur forme une masse volumineuse, qu'elle oblitère complètement le rectum, comme cela avait lieu chez certain malade que j'ai opéré il y a dix mois et qui, soit dit entre parenthèses, continue, depuis cette époque, à très bien se porter; qu'elle est proliférante; qu'elle a contracté des adhérences prostatiques, enfin, qu'elle est — comme chez ledit malade — à peu près inaccessible au toucher rectal, en tous cas, qu'elle n'est ni dépassable ni déplaçable par suite de ses adhérences, toute extirpation serait impossible, elle serait, tout au moins, impuissante à donner une survie de plus de deux, trois ou quatre mois au maximum.

Chez de pareils malades, alors que la tumeur donne lieu à de vives douleurs, à une obstruction complète ou à peu près complète de l'intestin, enfin à du ténesme, la seule intervention chirurgicale possible sera l'établissement d'un anus contre nature. Par cette opération vous pouvez procurer aux malades un soulagement important et d'une certaine durée, vous pouvez leur donner une survie de six, huit, dix, douze, quinze et même vingt-cinq mois. Un seul de mes opérés a succombé, trois mois après cette opération, à des hémorrhagies abondantes, hémorrhagies qu'il avait déjà dès avant notre intervention et qui se sont reproduites à diverses reprises, même après lui avoir pratiqué la colotomie lombaire. C'est ainsi que, parmi ces malades, je pourrais vous citer une femme que j'opérai au mois de juillet 1885 et qui survécut six mois; mon malade du mois d'avril dernier et qui a actuellement une survie de dix mois; un malade opéré dans mon service pendant les vacances et qui se porte encore très bien; un malade que M. Marchand a opéré au mois de juillet ou d'août dernier et qui va et vient très bien avec son anus contre nature.

Donc, je vais opérer, dans quelques instants, le malade dont j'ai pris texte pour vous dire quelques mots de l'épithélioma du rectum et des indications et contre-indications opératoires. Je vais donc lui faire la colotomie lombaire, et pratiquer cette opération aujourd'hui pour la douzième fois.

Les chirurgiens sont divisés en deux camps au sujet de la région où l'on doit établir l'anus artificiel. Les uns, et je suis de ce nombre, veulent le créer dans la région lombaire; les autres, parmi lesquels je citerai surtout M. Verneuil, ont opté pour la région iliaque. Je préfère, je le répète, la colotomie lombaire malgré certain défaut qu'elle présente, je veux parler du siège quelquefois variable du côlon; ce défaut de fixité a parfois conduit le chirurgien à tomber sur une anse de l'intestin grêle, le fait est très rare, mais il est aussi des plus graves, puisqu'il entraîne une mort rapide du sujet.

D'autre part, la colotomie iliaque est parfois suivie, ou de rétrécissement de l'anus artificiel, qui nécessite d'y retoucher, ou dans d'autres cas de la formation d'un anus trop large avec éversion de la muqueuse.

De sorte que, en somme, la fixité de la région, l'éloignement de l'intestin, l'épaisseur des parois permettant d'obtenir un anus ferme, fixe, immobile, m'ont fait adopter, de

préférence, la colotomie lombaire. De plus, dans cet anus lombaire, on sait, à moins d'une de ces anomalies rares, dont je viens de vous parler, on sait le point exact du côlon que l'on doit ouvrir, tandis que, dans l'anus iliaque, il faut aller à la recherche de l'S iliaque, sans savoir quel point de cette partie de l'intestin on pourra fixer, et, par suite, il peut arriver que l'on tombe dans le voisinage très rapproché de la masse cancéreuse, ce qui serait un danger.

En résumé, sur les onze opérations de colotomie lombaire que j'ai pratiquées jusqu'à présent — celle que je vais faire ce matin étant la douzième — une fois je suis tombé sur l'intestin grêle et le malade est mort; une autre fois j'ai rencontré une véritable anomalie caractérisée par une anse de l'intestin grêle, adhérente et fixée à la paroi postérieure et superposée au côlon; le malade a succombé dans les huit jours. Enfin, les neuf autres opérations ont fait bénéficier les malades d'une survie, variant depuis trois mois, — c'est le cas du malade qui a succombé à des hémorrhagies et que je vous ai cité tout à l'heure — jusqu'à vingt-cinq mois, durée maximum obtenue jusqu'à présent.

J'ajoute, en terminant, certain détail anté-opératoire des plus importants, au point de vue de l'opération elle-même, à savoir qu'il faut avoir grand soin de ne pas évacuer l'intestin, pendant les cinq ou six jours qui précèdent l'intervention chirurgicale, les matières fécales accumulées dans l'intestin pouvant servir de point de repère et les gaz qui distendent le côlon le rapprochant de la paroi musculo-cutanée.

DE L'OTOLOGIE

Par M. le docteur Léonce COUETOUX (de Nantes).

I

La plus grande difficulté, lorsqu'on veut traiter les affections de l'oreille, vient non pas des malades, mais des médecins. Ce n'est pas trop dire que plus de la moitié de nos confrères regardent, sans plus d'examen, tout traitement inutile lorsqu'il ne s'agit pas d'un tampon de cérumen, d'un corps étranger du conduit. Cette opinion arrêtée fait supposer qu'ils ont suivi quelque clinique où se traitent ces affections et qu'après avoir vu les efforts de la thérapeutique inutiles ils se sont résignés à la non-intervention.

Une semblable conclusion serait aussi fausse que logique. C'est une exception qu'un médecin ayant suivi, pendant le cours de ses études, un seul malade atteint d'une affection auriculaire, examiné méthodiquement avant toute intervention, puis renouvelé cet examen un certain nombre de fois après le début du traitement.

Le raisonnement est-il intervenu dans cette fin de non-recevoir de tout examen otologique? Non. On ne songe pas que, pour qu'une telle opinion soit soutenable, il faudrait rejeter les règles ordinaires de la chirurgie. Et par le fait, cet abcès, qui a produit une perforation tympanique et la maintient ouverte, ne laisse-t-il pas après lui une surface suppurante entretenant un écoulement de pus dans le conduit? Si c'était un abcès survenu à la région du bras, dans une cavité alvéolaire, on interviendrait, car l'inaction exposerait à une fistule indéfinie, à l'occlusion temporaire de cette fistule, suivie de trajets purulents, à la nécrose d'un segment de la mâchoire. Il faut alors faire des lavages antiseptiques et, si l'on a trop attendu, il faut racler la partie atteinte. Et pour l'oreille pourquoi ne faut-il plus faire de même? Est-ce parce qu'ici l'écoulement du pus est plus facilement gêné par son accumulation dans un canal étroit, par son mélange aux mucosités de la caisse épaisses comme celles qui sortent du col de la matrice? Est-ce parce que cet os qui est menacé n'est séparé des méninges que par un espace minime; parce qu'ici un trajet purulent c'est un abcès mastoïdien en perspective; parce qu'une nécrose osseuse, c'est une méningite, une phlébite, un abcès du cerveau imminents?

Voyons donc les principales affections de l'oreille et nous dirons s'il faut devant toutes faire aveu d'impuissance. Voici d'abord les affections du pavillon, abcès etc. Je n'insiste pas et note seulement l'hématome des aliénés, le nodule du goutteux. Voici le conduit et l'abcès du conduit, abcès quelquefois sous-périostique, facilement migrateur vers l'apophyse mastoïde, rapidement destructeur de la fine pellicule osseuse qui sépare de la membrane en haut le conduit auditif de la caisse chez l'enfant; je renvoie au traité de M. Tillaux; s'il n'est ouvert, ses dangers sont connus. Voici l'eczéma du conduit, tenace, récidivant, très pénible, dangereux même, pouvant irriter les parties profondes et enfermer dans la caisse du pus qui va émigrer vers l'apophyse mastoïde, le cerveau etc. Un traitement facile au nitrate d'argent, avec un peu de poudre d'acide borique etc., l'arrêtera et soulagera un malade parfois devenu irritable du seul fait de ce mal agaçant.

Voici un abcès derrière la membrane, du pus la fait bomber au dehors : si l'on n'ouvre pas, elle va céder et quand se guérira cette perforation? Il faudra peut-être de longs mois de soins assidus. Si l'on ouvre, quelques jours d'antisepsie du conduit et c'est fini. Que reste-t-il comme maladies courantes? Des hémorrhagies du conduit? Mais la plupart du temps l'examen vous fera reconnaître des polypes dans l'oreille et leur extraction est facile au serre-nœud. D'où la guérison si l'on traite la suppuration de la caisse, leur plus ordinaire cause, car espérer la guérison spontanée de ces suppurations, c'est, ainsi que le disait M. Calmettes, attendre que le combat cesse faute de combattants, c'est-à-dire attendre que la suppuration ait détruit tout ou presque tout l'organe auditif : membranes, osselets, canaux et limaçons. Quant aux polypes de la caisse on n'est pas désarmé, mais je ne veux pas insister.

Pourquoi donc cette renommée d'incurabilité des affections de l'oreille? Est-elle due à notre impuissance en face de certaines surdités d'origine congénitale, ou consécutives à la fièvre typhoïde, à la syphilis, au tabes, à la scarlatine surtout. Nous ne le pensons pas. Ces surdités dont quelques-unes, celles surtout consécutives à la fièvre typhoïde, sont souvent améliorables, sont relativement rares. Quant aux surdités qualifiées de nerveuses, de labyrinthiques le plus souvent il s'agit de l'otite sèche dont nous allons parler.

Deux affections frappant l'une l'enfance et la jeunesse, l'autre l'âge mûr, nous semblent par leur extrême fréquence, leur résistance à la plupart des traitements, devoir être mises en cause. Je veux dire l'otite sèche ou catarrhe sec, comme si un catarrhe pouvait être sec, ou sclérose et l'obstruction de la trompe par les végétations adénoïdes.

Quelques mots sur l'otite sèche : elle semble caractérisée par un état d'irritation chronique de toute la muqueuse de l'oreille moyenne avec tendance vers des processus adhésifs faisant s'accoler les osselets entre eux et l'étrier à la fenêtre ovale. Ici bien souvent tout traitement semble inutile : cette affection est souvent accompagnée de largeur du conduit (M. Tillaux); elle est parfois héréditaire; mais fréquemment aussi un affaissement de la membrane prouve qu'elle a eu pour début une obstruction curable de la trompe. Lorsque la membrane est seulement opaque, nous sommes forcés de dire que même appelés au début, il est probable que nous eussions été impuissants à empêcher la surdité de progresser; mais nous pouvons souvent arrêter le mal, le faire même rétrocéder; presque toujours nous soulagerons les bourdonnements si fréquents en cette affection pénible, soit en envoyant de l'air imprégné de chloroforme dans la trompe, soit en pressant l'apophyse interne du marteau, etc. Il y aurait bien des choses à dire sur les causes de la sclérose : bien des circonstances portent à penser que des lésions pharyngiennes, curables au début, en sont le point de départ ordinaire.

La seconde affection que nous avons regardée comme cause du manque de confiance dans le traitement des affections de l'oreille, ce sont les végétations adénoïdes : depuis Michel (de Cologne) qui les a inventées, elles ont été étudiées par Lœwenberg, Calmettes, Grancher et bien d'autres auteurs. Ces tuméfactions de la muqueuse pharyngienne obstruent les trompes, arrêtent la respiration nasale, provoquent l'irritation de l'arrière-gorge par contact de l'air froid

qu'introduit la respiration buccale. L'air ne pénétrant plus dans la caisse provoque la concavité de la membrane qui refoule les osselets, d'où surdité, bourdonnements et parfois une transsudation *e vacuo* de liquide dans la caisse, d'où otite purulente, d'où perforation de la membrane, le tout cédant rapidement à l'extirpation de ces glandes, opération facile et sans dangers, bien que douloureuse.

Reconnaissons donc que le traitement des maladies d'oreilles s'impose même chez l'adulte où la plus commune des affections, l'otite scléreuse, est souvent soulagée sérieusement, mais devient un devoir absolu chez l'enfant qui sera presque toujours rapidement guéri et recouvrera vite le sens le plus important peut-être pour sa jeune intelligence en période de développement. Sans doute ici l'otoscope est nécessaire et demande un peu d'étude, mais bien moins que l'ophthalmoscope dont la nécessité ne s'oppose pas à la pratique de l'oculistique.

Seule la pratique de ces affections, qui force à l'exploration minutieuse des cavités pharyngienne et nasale, montrera combien de migraines, de troubles respiratoires, (asthmes consécutifs aux polypes du nez, etc.), de douleurs occipitales sont soulagés par le traitement de ces régions : elle montrera que ces migraines, que justement parfois Fonsagrives appelait un critérium de mauvaise hygiène, reconnaissent pour cause fréquente un état inflammatoire des voies respiratoires supérieures et même plus souvent cela que la carie dentaire ou l'anomalie des réfractions oculaires, l'affection rénale etc., tandis que ces dernières causes sont admises sans conteste alors que la première est rarement invoquée.

La pratique fera voir que, si bien souvent on est désarmé, un véritable et rapide soulagement est le plus ordinairement la récompense de la confiance des malades; car c'est un des plus grands avantages du traitement de ces affections que l'on reconnaisse dans les cas ordinaires, dès la première ou la seconde séance, si l'on peut espérer quelque résultat heureux. Ceci est incontestable.

Combien de fois ne nous est-il pas donné de voir une oreille suppurant, répandant un pus infect, insupportable pour l'enfant et son entourage, faisant issue à travers un méat à moitié bouché par des masses polypeuses à hémorrhagies fréquentes, rendue en peu de temps aseptique avec retour de l'ouïe, de la santé générale, et assurance d'une guérison presque complète : ainsi que le disait M. Calmettes dans ses cours, ces cas sont fréquents et ces grandes lésions ne doivent pas décourager.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

1° Des lettres du ministère du commerce, transmettant des formules de remèdes secrets ou nouveaux;

2° Une lettre du préfet du Gers, adressant les procès-verbaux des délibérations prises par les conseils d'hygiène publique du département pendant l'année 1886.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le docteur Abeille, sur le traitement de l'entorse avec ou sans diastasis;

2° Une lettre de M. le docteur Vigouroux, à propos de la lecture de M. Danion (renvoi à l'examen de M. Constantin Paul);

3° Un travail de M. Marie Roy, sur l'allaitement des nouveau-nés (commiss. de l'hygiène de l'enfance);

4° Un travail de M. le docteur Bertherand (d'Alger) relatif à un nouvel extracteur des corps étrangers introduits dans le rectum;

5° Un rapport de M. le docteur Lavergne, sur la marche des services des Enfants assistés du département de l'Allier, pendant l'année 1886;

6° Une note sur la non-identité du scolex du cysticerque ladrique et du tænia solium par M. le docteur Gavoy;

7° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Hénocque, Paul Régnier et Rémy, pour la section d'anatomie et de physiologie, et de MM. les docteurs de Saint-Germain et Ch. Périer, pour la section de pathologie chirurgicale.

LECTURES

Des lésions de la morphinomanie et de la présence de la morphine dans les viscères. — **M. Ball** fait une communication sur ce sujet : les travaux qui, depuis un quart de siècle, ont été consacrés à l'étude de la morphinomanie, nous ont apporté, dit M. Ball, la connaissance presque complète des troubles qui caractérisent cet état morbide chez le sujet vivant. Mais, par contre, l'étude des lésions anatomiques n'a point donné jusqu'à présent des résultats satisfaisants.

Les autopsies des morphinomanes sont relativement rares et l'on peut dire que, jusqu'à présent, aucune donnée fondamentale, aucun fait vraiment caractéristique n'a été mis en lumière. On a signalé surtout l'état graisseux du cœur, la phthisie morphinique et la fréquence des lésions pulmonaires, soit aiguës, soit chroniques, les gangrènes des membres et les abcès profonds, la carie dentaire, l'œdème cérébral, etc. ; mais la très grande majorité des observations n'ont point constaté la présence de la morphine dans les viscères après la mort.

Un événement malheureux qui vient de se produire dans le service de M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, lui a fourni l'occasion d'étudier cette partie encore assez obscure de la question.

Il s'agissait d'une hystérique morphinomane, qui, lors de son entrée à Sainte-Anne, prenait 1 gramme de chlorhydrate de morphine par jour. Une tentative de suppression immédiate et complète de morphine fut suivie de phénomènes de collapsus, qu'une piqûre fit cesser. A partir de ce moment, on eut recours à la suppression graduée. Mais dès que la suppression fut complète, la malade tomba brusquement dans le collapsus et succomba.

A l'autopsie, le cœur était surchargé de graisse, le myocarde était pâle, l'aorte rétrécie à son origine. L'examen microscopique des centres nerveux ne révélait aucune altération. Les reins et le foie étaient normaux.

L'examen chimique a révélé un fait très important, la présence de la morphine dans presque tous les organes. On en a trouvé des traces dans les centres nerveux, dans la rate, dans les reins; mais surtout dans le foie. On a obtenu, en traitant ce viscère par l'eau et l'alcool, toutes les réactions de la morphine.

Les faits, tels que celui-ci, démontrent jusqu'à l'évidence les dangers de la suppression brusque des injections morphinées; car, dit en terminant M. Ball, si la suppression graduée elle-même peut exposer les malades à des dangers sérieux, à plus forte raison faut-il proscrire la méthode de la suppression brusque.

En présence des enseignements de l'expérience, le médecin qui reviendrait aujourd'hui à ce système de traitement ne pècherait plus par ignorance, mais par témérité.

Contagion de la variole à distance. — **M. Créquy** lit une note sur la contagion de la variole à distance. Les faits que rapporte l'auteur dans son travail militent en faveur de cette opinion : qu'une agglomération de varioleux constitue un danger très réel jusqu'à une distance de 600 mètres (distance qui sépare l'hôpital de varioleux d'Aubervilliers de la grande usine à gaz de la Villette) et qu'au delà les chances de contagion deviennent moins considérables et sont même presque nulles.

M. Créquy déduit également de ces faits la nécessité d'une loi sur la revaccination et le danger qu'il y a pour le voisinage, lorsqu'on construit des pavillons d'isolement dans les hôpitaux. Ces salles d'isolement devraient être distantes des habitations d'environ 1 kilomètre.

Glossodynie. — **M. E. Magitot** lit une note sur la *Glossodynie, rhumatisme musculaire de la langue, névralgie linguale, ulcérations imaginaires de la langue* (Verneuil). Cette note est résumée dans les conclusions suivantes :

1° Il existe un état pathologique de la langue qui peut prendre dans le cadre nosologique le terme de *glossodynie*.

2° Cet état est susceptible de revêtir deux formes distinctes :

a La forme rhumatismale affectant, soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément ;

b La forme névralgique uni ou bilatérale.

3° Les sujets atteints appartiennent presque toujours à la classe des arthritiques et des névropathes.

4° La glossodynie est ordinairement très tenace. Elle apparaît soit d'emblée, soit après la disparition d'une autre manifestation rhumatismale ou névralgique. Son pronostic ne présente aucune gravité.

5° Le traitement de la glossodynie relève des moyens ordinaires opposés aux autres manifestations de même ordre, c'est-à-dire, pour les moyens généraux : les alcalins, le bromure de potassium, l'hydrothérapie ; pour les moyens locaux : les révulsifs, les injections hypodermiques, les applications de cocaïne ou bien la faradisation et les pointes de feu au galvano-cautère, suivant l'indication de M. Verneuil.

Stypage. — M. BAILLY (de Chambly) lit un travail sur un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle. Il a donné à ce procédé le nom de stypage. Pour éviter les inconvénients du contact direct du chlorure de méthyle avec la peau, il reçoit le jet sur un tampon d'ouate sèche non hydrophile et de bourre de soie. Il a employé le stypage pour obtenir l'anesthésie locale dans les applications du thermo-cautère, dans les ouvertures d'abcès avec le bistouri, etc.

En médecine, il l'a employé avec succès pour combattre la douleur d'une façon générale, les névralgies dentaire, faciale, sciatique, intercostale, la migraine, le rhumatisme musculaire, la pleurodynie, le lombago, le torticolis, la gastralgie, les coliques hépatiques, dans un cas de tétanos, dans un cas d'hydro-pneumothorax (comm. MM. Hayem, Moutard-Martin et Vidal).

Étude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage. — M. HAYEM lit, pour M. le docteur H. Peyraud (de Libourne), un travail sous le titre ci-dessus (comm. MM. Sappey, Mathias Duval et Laborde).

Plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau; suture de l'intestin, réduction, guérison. — M. BERGER présente une malade qui, le 16 août dernier, reçut un coup de couteau dans la région sous-ombilicale. Il y avait, sur la ligne blanche, une plaie de cinq centimètres laissant passer la partie moyenne du gros intestin avec l'épiploon. Il existait sur la face inférieure du côlon transverse une blessure de 8 millimètres donnant issue à de la matière fécale. M. Berger agrandit la plaie, réséqua la portion saillante de l'épiploon, ferma la plaie de l'intestin, fit la toilette du péritoine, réduisit et ferma la plaie abdominale. Quinze jours après la malade était complètement guérie (renvoi à la section).

Hernie congénitale. — M. RICHELOT lit un travail *sur la cure des hernies et des hydrocèles congénitales*, dont voici les conclusions :

1° Comme j'ai en vue spécialement les hernies congénitales, je ne veux pas conclure avec détails sur la cure radicale dans toutes les espèces de hernies. Je me bornerai à dire que si elle est faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les procédés actuels de la chirurgie, elle est très bénigne dans les cas simples et offre peu de danger dans les autres ; c'est donc une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre.

2° Dans les hernies inguinales, comme dans toutes, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale.

3° La résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré.

4° La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi, quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés.

5° La résection du conduit vagino-péritonéal sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible ou toute autre circonstance permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive.

6° Une opération bénigne et sans mutilation, qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander. C'est pourquoi j'ai essayé de mettre en lumière l'utilité de la cure des hernies et hydrocèles congénitales, de montrer qu'on peut leur faire subir un traitement analogue à celui des hernies acquises, de décrire avec précision le manuel opératoire auquel je me suis arrêté, de dire enfin, plus nettement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, pourquoi et comment nous devons intervenir dans les cas de ce genre.

Cancer du pénis. — M. HORTELOUP communique l'observation d'un malade qui était atteint d'un cancer du pénis avec retentissement inflammatoire du côté des ganglions inguinaux. Il pratiqua l'amputation de la verge et l'ablation des ganglions inguinaux. Ce malade, opéré depuis quatre ans, n'a pas encore de récidive.

M. Horteloup insiste sur la nécessité, dans ces cas, d'enlever toujours les ganglions inguinaux.

Danger des poêles sans tuyaux. — M. GRÉHANT fait une communication ayant pour but de montrer les dangers de l'emploi des poêles sans tuyaux. Il a fait des expériences consistant à placer des chiens dans des chambres chauffées par des poêles sans tuyaux. Il a ensuite analysé les gaz du sang de ces chiens. Ces expériences démontrent, de la façon la plus nette, les dangers de ces poêles et imposent leur condamnation absolue au point de vue de l'hygiène.

RAPPORT

Remèdes secrets et nouveaux. — M. JOANNÈS CHATIN lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Sont nommés :

1° *Professeurs :* MM. les docteurs Charpy (anatomie) ; Toussaint (physiologie) ; Saint-Ange (pathologie interne et pathologie générale) ; Tapie (anatomie pathologique) ; André (hygiène et médecine légale) ; Bonnemaison (clinique médicale) ; Caubet (clinique médicale) ; Penières (pathologie externe et médecine opératoire) ; Jeannel (clinique chirurgicale) ; Labéda (clinique chirurgicale) ; Labat (clinique obstétricale et gynécologie) ; Basset (thérapeutique) ; MM. Lamic, pharmacien supérieur de première classe (botanique et zoologie élémentaire) ; Frébault, docteur en médecine (chimie médicale) ; Dupuy, pharmacien supérieur de première classe (pharmacie).

2° *Chargés de cours :* MM. Broemer, pharmacien de première classe (matière médicale) ; Rey, licencié ès sciences physiques (physique médicale).

3° *Suppléants :* MM. Rochard, docteur en médecine (anatomie et physiologie) ; Roule, docteur ès sciences (histoire naturelle) ; Maurel, médecin principal de la marine (pathologie et clinique internes).

4° *Chef des travaux.* — M. Rochard, docteur en médecine, travaux anatomiques et physiologiques.

M. Caubet, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite École.

— Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'Asile public d'aliénées de Bordeaux, s'ouvrira le 21 novembre 1887, à une heure précise, à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans une des salles de Saint-Raphaël.

Les candidats devront s'inscrire à l'Asile, cours Saint-Jean, 145, bureaux de la direction, de 1 à 4 heures, tous les jours, du 1er au 17 novembre inclusivement.

— Nous recevons le premier numéro des « Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives », fondées et publiées par M. le docteur Albert Ruault, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets. — Ce journal qui paraîtra tous les deux mois, par fascicules de 48 pages, est édité par M. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. Le prix de l'abonnement est de 8 francs pour Paris et province, et 10 francs pour l'étranger.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21804

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

De la périnéorrhaphie appliquée aux déchirures complètes du périnée.

Par M. Lucien PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux.

I

On désigne sous le nom de déchirure complète du périnée, une solution de continuité intéressant non seulement le corps périnéal proprement dit, mais le sphincter et une partie plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale. Je me propose, dans cette étude, de passer en revue les divers procédés introduits, depuis quelques années, dans le traitement de cette affection, d'en discuter la valeur opératoire et thérapeutique, de façon à guider le praticien dans le choix qu'il a à faire.

On a de tout temps demandé, aux procédés proposés par les chirurgiens, d'éviter aux opérés les fistules recto-vaginales consécutives (valeur opératoire), et de leur rendre un sphincter utile et un périnée susceptible de résister dans les accouchements ultérieurs (valeur thérapeutique). Voyons donc, en prenant l'histoire de la périnéorrhaphie à son début, c'est-à-dire avec Roux, les divers procédés proposés, et les résultats qu'ils ont fournis.

Pendant longtemps, les chirurgiens se sont préoccupés de la fistule recto-vaginale, si fréquente après la périnéorrhaphie.

Longtemps avant la période antiseptique, les chirurgiens ont cherché, dans le perfectionnement du manuel opératoire, le moyen de l'éviter. Successivement, ils ont eu recours à la suture simple et aux procédés autoplastiques, mais la période actuelle est caractérisée par le retour au procédé primitif.

Le procédé primitif de la suture, déjà bien indiqué par Gullemeau, n'entra dans une phase scientifique qu'avec Roux dont il porte le nom.

Dans ce procédé, le chirurgien avive d'abord la solution de continuité en enlevant, de chaque côté de la fente verticale, un lambeau quadrilatère long de deux pouces et fort mince; il avive ensuite et séparément les deux lèvres de la division vaginale.

La suture employée est la suture enchevillée; trois points de suture suffisent ordinairement, le postérieur traverse seulement le corps périnéal, le moyen remonte dans la cloison quand celle-ci est déchirée, l'antérieur comprend une petite partie de la muqueuse vaginale. Les anses des fils sont nouées sur des bouts de sonde en gomme. L'affrontement est en général très satisfaisant: toutefois, s'il laisse à désirer, on y remédie en ajoutant une suture entrecoupée à chaque point de suture entortillée.

L'auteur obtint avec ce procédé un grand nombre de succès, néanmoins dans la statistique qu'il nous a transmise, six fois il eut des fistules consécutives : aussi des modifications, peu importantes d'ailleurs, furent-elles successivement proposées.

Incisions libératrices de Dieffenbach, qui croyait à une tension trop grande de la suture. Débridement du sphincter de Backer Brown et de Mercier, qui admettaient la distension par les gaz.

Toutes ces modifications, qui appartiennent aujourd'hui à l'histoire de l'art, et sont universellement délaissées, n'avaient pas donné le résultat qu'on en attendait : aussi Langenbeck, abandonnant la voie de ses prédécesseurs, imagina le procédé à lambeaux qui porte son nom et marque le début de la deuxième période.

Nous devons donner la description de ce procédé, car nous aurons, plus tard, à le comparer au procédé de M. Richet, dont on l'a toujours rapproché à tort.

« Dans ce procédé, le chirurgien commence à aviver la cicatrice consécutive à la déchirure et les deux bords de la cloison ; puis, tendant sur ses doigts placés dans le rectum la cloison recto-vaginale, il pratique sur sa face vaginale une incision semi-circulaire ne comprenant que la muqueuse : la lèvre supérieure de cette incision, dont la convexité regarde en bas, est disséquée de façon à former un lambeau de 12 millimètres de hauteur, lequel est fixé à la partie antérieure de la division périnéale. Langenbeck, après avoir suturé le corps périnéal à l'aide de la suture entrecoupée, pratiquait les incisions libératrices de Dieffenbach. Ajoutons encore que Langenbeck pratiquait, du côté du rectum, une suture spéciale. »

Dans cette période des procédés autoplastiques, nous devons signaler les procédés de Le Fort et Demarquay.

Dans ces procédés, que nous ne pouvons décrire, les lambeaux sont latéraux, et formés aux dépens de la cloison recto-vaginale dédoublée; ce qui les caractérise surtout, c'est une triple suture destinée à reconstituer le triangle

périnéal dans son intégrité (suture rectale, vaginale et périnéale). Comme on le voit, ces procédés diffèrent notablement du procédé de Langenbeck et présentent sur lui, surtout celui du professeur Le Fort, une grande supériorité.

Vers la même époque, notre éminent maître, M. le professeur Richet, imaginait un procédé qui, signalé d'une façon très sommaire dans la thèse de M. Bourdon, n'a jamais eu de description complète : aussi la plupart des auteurs affirment à tort que ce procédé n'est autre que celui de Langenbeck. Ayant eu l'honneur d'assister notre maître dans une restauration périnéale faite selon son procédé, nous en avons fait une description détaillée, encore inédite, mais que nous tenons à reproduire ici pour montrer les différences considérables qui séparent ce procédé de celui de Langenbeck.

« Dans un premier temps une incision curviligne circonscrit la fente recto-vaginale à peu de distance du bord libre. Cette incision, qui n'intéresse que la paroi vaginale, permet, comme nous allons le voir, le dédoublement de la cloison.

L'incision est prolongée de chaque côté jusqu'au niveau des surfaces cicatricielles qui résultent de la déchirure du corps périnéal : à ce niveau, est pratiqué un avivement en aile de papillon dont la partie postérieure se prolonge peu en arrière.

L'incision et l'avivement une fois faits, M. Richet dédouble la cloison recto-vaginale de la façon suivante. Le dédoublement, nul au point le plus reculé de la fente recto-vaginale, augmente d'étendue au fur et à mesure qu'on se rapproche de la grande surface d'avivement ; mais même au niveau du point de jonction, ce décollement ne dépasse pas 8 à 10 millimètres.

Dans ces conditions, lorsque les deux parties du corps périnéal divisé seront ultérieurement rapprochées, les deux lèvres vaginales de la fente horizontale glisseront sur la paroi rectale pour s'adosser sur la ligne médiane, et d'une quantité en rapport avec le chemin à parcourir : chacun des points de ces deux lèvres décrira, autour du point limite de la fente, un arc de cercle d'autant plus grand qu'il sera plus rapproché du périnée ; on comprend dès lors que le point postérieur servant pour ainsi dire de pivot et restant immobile, le dédoublement est inutile en ce point.

Le décollement fait de la façon qui vient d'être dite, M. Richet rapproche dans un deuxième temps les bords du lambeau vaginal et les adosse par leur face saignante au moyen de quelques points de suture entrecoupée dont les chefs sont relevés sur le pénil.

Le point postérieur est le premier placé ; c'est lui dont l'application serait le plus difficile si le périnée était reconstitué d'abord ; c'est lui qui, en portant sur une portion de lèvre qui n'a que peu de chemin à parcourir, peut se faire aisément sans que le périnée soit rapproché. On comprend qu'il en est de même pour les points suivants. Les points antérieurs ne doivent au contraire être placés qu'après la reconstitution du périnée, sauf dans les cas où la fente est peu profonde.

L'adhésion des lèvres de la solution de continuité par leurs faces cruentées donne lieu à la production d'une crête saillante médiane.

Le périnée est ensuite reconstitué par l'affrontement des surfaces cruentées latérales au moyen de 3 à 4 points de suture enchevillée profondément placés pour rendre la surface d'affrontement aussi large que possible. M. Richet croit que la suture enchevillée rend la coaptation plus sûre : pour éviter la production d'ulcérations au niveau du point d'application de la cheville, il emploie des bouts de bougie en gomme assez molle qu'il sépare de la peau par l'interposition d'un peu de tarlatane phéniquée ou de gaze iodoformée.

Enfin, chaque fil reste indépendant l'un de l'autre. La suture vaginale une fois placée, il achève la suture vaginale, et place au besoin sur le périnée quelques points superficiels de suture entrecoupée entre les fils profonds.

Nous ferons remarquer, enfin, que ce procédé comprend seulement deux lignes de suture exactement perpendiculaires l'une à l'autre. M. Richet s'abstient de toute suture du côté du rectum. »

Récemment, en 1883, MM. Polaillon et Marc Sée ont fait connaître des procédés autoplastiques, dans lesquels les lambeaux ne sont plus formés aux dépens de la muqueuse vaginale, mais sont empruntés au périnée lui-même.

Ces procédés ne peuvent, d'ailleurs, convenir qu'à des cas particuliers. En voici la description sommaire :

Procédé de M. Sée. — L'auteur, au lieu de pratiquer l'avivement superficiel du triangle périnéal, comprend dans son avivement toute l'épaisseur des muscles du périnée, qu'il conserve sous forme d'un lambeau triangulaire adhérant par sa base au reste de la peau de la région périnéale. Les deux lambeaux qui résultent de cet avivement sont appliqués l'un contre l'autre par leur surface cruentée et maintenus au contact par une suture enchevillée.

Procédé de M. Polaillon. — Comme dans le procédé qui précède, les tissus résultant de l'avivement du triangle périnéal sont conservés ; mais au lieu de placer, comme M. Sée, la base du lambeau en avant du côté de la peau, il la place en haut du côté de la muqueuse vaginale ; deux lambeaux sont aussi formés du côté du vagin et réunis par une suture à points séparés. Leur réunion forme, sur la ligne médiane de la paroi inférieure du vagin, une sorte de crête antéro-postérieure, comme dans le procédé de M. Richet.

Ces divers procédés, pour la plupart difficiles à exécuter, ne fournirent pas plus de succès que le procédé de Roux. Aussi, après une période d'engouement, les chirurgiens ne tardèrent pas à revenir au procédé de Roux qu'ils s'appliquèrent à modifier.

II

Les modifications de Dieffenbach, Backer Brown et Mercier, n'avaient pas, comme on le sait, répondu aux espérances de leurs auteurs ; aussi les chirurgiens de la période contemporaine cherchèrent-ils une autre voie.

Nous sommes heureux de trouver, en tête de cette brillante période, M. le professeur Verneuil, qui fut le premier à appliquer, à la périnéorrhaphie, les procédés américains imaginés pour la suture vésico-vaginale. Ce procédé fut présenté par son auteur à la Société de chirurgie en 1862, mais malgré les succès qu'il a obtenus, il n'a pas hésité à se rallier au procédé d'Emmet, d'une exécution plus facile et d'une sécurité presque absolue.

Ce procédé peut se résumer ainsi : 1° deux plans de suture (pas de suture rectale) ; 2° affrontement par large surface. Nous tenons d'ailleurs à publier *in extenso* ce procédé qui, ainsi que nous venons de le dire, a fait époque dans l'histoire de la périnéorrhaphie.

« Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser et en

laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liséré longitudinal de 1 millimètre de longueur; de cette façon j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvelle formation du vagin en avant et de la peau en bas. Je n'enlève que l'épaisseur des parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très tranchant, j'abrase très superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins de 1 millimètre. Pour aviver j'observe les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respecte complètement la muqueuse rectale et ménage le liséré de la soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je crée, tout autour de l'angle de la déchirure, une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus de 1 centimètre et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. »

Cela fait, M. Verneuil place les sutures vaginales comme dans la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire à 5 ou 6 millimètres les unes des autres, le premier point étant placé au-dessus du sommet de la déchirure, le dernier au siège de la future commissure vulvaire. Dans le but de s'opposer à l'écartement des lèvres de la plaie du côté du rectum, une nouvelle suture (suture profonde périnéo-rectale) rapproche l'avivement périnéal et les bords de la déchirure rectale. Elle comprend trois fils situés les uns au-dessous des autres. Le supérieur traverse la déchirure sur l'angle supérieur, l'inférieur est placé au voisinage de l'anus. La partie moyenne des fils traverse l'épaisseur de la cloison au voisinage du rectum.

« M. Verneuil fixe les points de suture à l'aide de tubes de Galli. »

Plus tard, M. le professeur Trélat décrivait également, dans la thèse de Boraud son élève, en 1879, un excellent procédé qui lui valut bien des succès (10 guérisons sur 13 cas), mais qu'il n'hésita pas à abandonner comme M. Verneuil, pour le procédé d'Emmet, bien qu'il ne pense pas que ce procédé soit plus susceptible d'assurer contre l'apparition de la fistule recto-vaginale.

Son procédé comprend l'emploi de deux sutures périnéale et vaginale et l'abandon de la suture rectale.

Sa seule particularité importante est relative à la suture profonde (suture enchevillée avec plaques de plomb) comprenant une grande épaisseur de tissus, de façon « à accoler, selon ses propres expressions, l'un à l'autre, comme les deux côtés d'un livre ouvert, les deux côtés de l'avivement vulvo-périnéal ». Mais, M. Trélat reconnut lui-même, que le placement de ces fils présentait une réelle difficulté et que la grande épaisseur des parties molles nécessitait un effort énergique et une forte pression au niveau des plaques.

« 1° *Avivement.* — La malade, rasée, lavée à l'eau phéniquée, anesthésiée, est placée en bon jour sur le bord d'une table étroite, sur le dos, les genoux fléchis et symétriquement maintenus. Une première incision suit rigoureusement le bord de la déchirure de la cloison, en respectant le liséré de la muqueuse rectale. Elle descend en bas jusqu'à la limite antérieure des plis rayonnés de l'anus. Répétée de chaque côté, elle a, comme la déchirure, la forme d'un V ouvert en bas. Une deuxième incision commence juste à 10 ou 12 millimètres au-dessus de l'angle de la première. Elle est conduite sur la muqueuse vaginale, parallèlement à celle-ci, jusqu'à la rencontre de la cicatrice de la déchirure de la fourchette; elle se relève alors au-dessus de cette cicatrice et jusqu'à sa limite antérieure, soit horizontalement, soit plus ou moins obliquement, suivant la profondeur de la déchirure.

Une troisième incision, qui réunit les deux premières, continue par sa direction le bord interne des grandes lèvres et la plaie bilatérale de l'ancien raphé périnéal.

Cette manœuvre, répétée de chaque côté, donne une surface avivée qui, dans ses parties antérieures, représente toute la hauteur et l'épaisseur du périnée rompu, et dans sa partie postérieure deux plans obliques de plus de 1 centimètre de large, taillés aux dépens de la muqueuse vaginale seule.

2° *Sutures.* — a) *Suture vaginale.* — Dès que la plaie d'avivement est achevée et qu'elle a été détergée par arrêt de l'écoulement sanguin, on place successivement, à 6 ou 7 millimètres les uns des autres, et à 4 millimètres du bord de la plaie, les points de la suture vaginale, en commençant par l'angle supérieur. Ces points de suture entrecoupée, ayant le trajet des fils dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, sont faits avec du fil d'argent très fin. Aucun d'eux n'est serré. On les fermera, quand les fils de la suture profonde auront été passés.

b) *Suture profonde.* — Une longue aiguille de 10 centimètres, à manche fixe, portant dans son chas une anse de fil souple, pénètre dans la peau à 4 ou 5 centimètres (suivant l'abondance et la richesse des tissus) horizontalement en dehors de l'angle antéro-postérieur ou vulvo-périnéal de la plaie. Elle chemine dans la profondeur des tissus et vient sortir près de l'angle supérieur de la plaie, juste à égale distance, entre son feuillet vaginal et son feuillet rectal.

L'anse du fil est saisie avec une pince et retirée du chas. La même manœuvre est répétée du côté opposé. A l'aide de chacune de ces anses de fil souple, on entraîne un gros fil d'argent (souple) de 7/10 de millimètre. Un deuxième point correspondant au milieu de la hauteur de la plaie est placé dans les mêmes conditions; il émerge dans la surface avivée à égale distance de son bord rectal et de son bord vaginal, à égale distance aussi de son angle supérieur et de sa base périnéale. Avant de serrer ces points de suture profonde, on peut fermer la moitié des points de la suture vaginale. Je pratique cette fermeture par la simple torsion des fils; mais on peut se servir aussi bien de tubes de Galli. Il faut avoir grand soin d'éviter ici l'enroulement de la muqueuse et laisser à chaque fil tordu une longueur de 8 à 10 centimètres pour pouvoir les réunir tous en un seul qu'on enfermera dans un petit capuchon de diachylum pour éviter leur piqûre et qui permettra de les retrouver méthodiquement au moment de l'ablation. La suture profonde est alors serrée. L'extrémité de chaque fil à la gauche de l'opérateur est engagée dans le trou central d'une plaque de plomb ovale de 15 millimètres de long; il en fait le tour transversalement et est coupé à 2 centimètres de la plaque. L'extrémité droite est engagée de la même façon dans la plaque de plomb; celle-ci est poussée par la main gauche de l'opérateur, pendant que la main droite tire sur le fil jusqu'à complète résistance des tissus; elle est alors un peu relâchée et le fil est enroulé autour d'elle, puis coupé près du côté opposé. Il est clair, qu'en déroulant ce fil le lendemain ou le surlendemain, on pourra relâcher la striction et replacer la plaque comme il convient. La grosseur du fil et sa raideur relatives ne lui permettent pas de se dérouler autour de la plaque sans une manœuvre du chirurgien.

Il ne reste plus alors qu'à achever la fermeture des points

antérieurs de la suture vaginale et à placer une suture superficielle à points entrecoupés de fils très fins sur le périnée et à la nouvelle fourchette, de telle façon que la suture vaginale et la suture périnéale ne forment qu'une ligne continue sur deux plans différents. Les fils de la suture vaginale sont réunis dans le petit chaperon de diachylum. Les fils de la suture périnéale sont coupés à 25 millimètres et roulés en boule à leur extrémité pour éviter qu'ils ne piquent. »

III

Nous venons de voir plus haut, que les chirurgiens qui se sont le plus appliqués à modifier le procédé primitif, n'ont pas hésité à se rallier au procédé d'Emmet, qui joint à la rapidité et à la simplicité d'exécution la sécurité, au point de vue du résultat opératoire.

M. Kirmisson en a donné, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, une excellente description à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Nous en détachons seulement les passages suivants qui sont utiles à connaître pour en apprécier la valeur.

« L'opérateur procède à l'avivement qui doit être fait suivant les mêmes principes que dans les autres procédés de périnéorrhaphie. Il doit, en effet, porter sur de larges surfaces. Il représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un et l'autre sur la ligne médiane par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et mesurant un centimètre et demi de largeur environ.

La figure qui résulte de l'avivement ainsi pratiqué peut être assez justement comparée à un papillon, les ailes déployées; l'avivement médian représente le corps de l'animal, et les deux avivements latéraux, les ailes.

. . . .

. . . .

On procède ensuite à la suture et c'est là le temps le plus spécial dans la périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet. Cette suture ne saurait être faite sans l'aide d'une aiguille à grande courbure montée sur un manche et dont la tige représente un peu plus d'une demi-circonférence; cette aiguille est pourvue, près de sa pointe, d'un chas destiné à recevoir le fil.

On se sert ordinairement de fil d'argent de moyen volume. Ces fils doivent être placés d'arrière en avant. Pour cela, l'opérateur engage sur le côté gauche du périnée la pointe de l'aiguille tenue de la main droite, à un centimètre et demi environ en arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'anus. Poussant la pointe en avant, il la fait cheminer à travers la partie inférieure de la cloison recto-vaginale pour la faire sortir sur le côté droit de l'anus dans un point symétrique à son point d'entrée. Pendant toute la durée de ce temps, l'introduction de l'index gauche dans le rectum est absolument indispensable; il tend la cloison recto-vaginale, guide le cheminement de l'aiguille dans son épaisseur et l'empêche de faire saillie dans l'intérieur du rectum. Cette petite manœuvre du passage du fil, sans être difficile, ne laisse pas cependant que d'être assez délicate. Elle demande à être exécutée avec beaucoup d'attention et avec une certaine lenteur, afin que l'aiguille ne traverse pas la paroi rectale, ne se perde pas dans les parties profondes et vienne bien sortir du côté de la peau dans un point symétrique à son point d'entrée. Deux autres fils sont ensuite placés de la même manière au-dessus du précédent. Introduits à 1 centimètre en dehors de la ligne d'avivement, ils cheminent également à travers la cloison recto-vaginale, à 1 centimètre environ au-dessus les uns des autres, et viennent sortir sur le côté opposé du périnée.

Ces trois fils sont destinés à assurer par leur constriction la reconstitution du corps périnéal. Reste à compléter la réparation de la paroi postérieure du vagin et de la fourchette vulvaire. Pour cela de nouveaux points de suture sont placés au-dessus des précédents sur la paroi supérieure du triangle périnéal avivé, mais au lieu de traverser la cloison recto-vaginale, ces dernières sortent à l'union de la muqueuse vaginale et du bord postérieur de la surface d'avivement; la partie moyenne de leur anse est donc libre dans le vagin.

Généralement 5 à 6 points de suture, placés comme nous venons de le dire, suffisent pour amener la restauration complète du périnée; si cependant la région de la fourchette n'était pas suffisamment appointée, un point de suture superficiel à ce niveau serait nécessaire. De même aussi si les lèvres cutanées de l'incision périnéale n'étaient pas amenées partout en contact parfait par la suture profonde, on placerait quelques points complémentaires de suture superficielle. »

Ce procédé, comme on le voit, ne comprend qu'un plan de suture, au lieu de deux (procédés Trélat et Verneuil).

C'est là un point fort important, au point de vue de la facilité du manuel opératoire. Il nous faudra montrer plus tard, s'il met à l'abri, plus que les autres, de la fistule recto-vaginale et si surtout il convient à tous les cas.

Le procédé d'Emmet présenterait, au dire de son auteur, de sérieux avantages au point de vue de la récupération des fonctions du sphincter, par le fait de la situation spéciale du point de suture postérieur, qui tend à ramener l'une vers l'autre les deux extrémités écartées du sphincter divisé.

Nous aurons également à montrer que les considérations, invoquées par l'auteur, sont surtout théoriques, et que des restaurations totales ont été obtenues avec d'autres procédés. Il n'en est pas moins vrai que le procédé d'Emmet constitue un excellent procédé, et qu'il a été adopté avec raison par la plupart des chirurgiens français.

Les avantages de la constriction circulaire sont réels, bien qu'ils aient été niés tout d'abord à la Société de chirurgie, en 1876. Il est incontestable que cette constriction fermant, ainsi qu'on l'a justement dit, la solution de continuité, « comme on ferme une bourse en tirant sur les cordons, » abaisse la cloison recto-vaginale et détermine une occlusion qui protège efficacement la ligne de suture.

Quoi qu'il en soit, le procédé d'Emmet, bien qu'adopté dans ses grandes lignes, n'a pas tardé à subir dans notre pays quelques modifications.

La constriction circulaire n'est pas jugée indispensable par tous les chirurgiens. Terrillon, dont le procédé a été publié en 1879, dans les *Annales de gynécologie*, adopte la suture enchevillée qui, grâce aux points d'appui extérieurs, permet un froncement énergique des surfaces saignantes (fait qui a été contesté par Trélat à la Société de chirurgie), et lui semble supérieur au froncement circulaire, surtout dans les grandes déchirures où seule, d'après l'auteur, la suture enchevillée permettrait d'abaisser la surface cruentée de la cloison, de l'étaler par le tiraillement et de la réunir énergiquement aux autres parties saignantes.

M. Terrillon conserve d'ailleurs le point postérieur qui a été abandonné par Verneuil et Kirmisson, en raison de l'éperon dont il provoquerait l'apparition dans le rectum.

Il est d'autres points de détails, dans le procédé de M. Terrillon, sur lesquels nous ne pouvons insister ici, mais dont nous avons étudié la valeur dans notre article de l'*Encyclopédie internationale.*

Quoi qu'il en soit, l'auteur publiait en 1884, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une statistique de neuf opérations avec huit succès complets.

Si l'on veut apprécier d'une façon générale la valeur de tous les procédés proposés dans le cas de déchirure complète du périnée, il faut, en quelque sorte, schématiser la lésion et mettre en relief les traits principaux.

Or, ainsi que nous l'avons indiqué dans l'article déjà cité, il existe deux fentes, l'une verticale, antérieure, portant sur le périnée et présentant un écartement toujours considérable, l'autre horizontale, à direction antéro-postérieure, placée derrière la précédente et qui n'est autre que la déchirure de la cloison recto-vaginale.

Nous devons faire remarquer encore que ces deux divisions, tout en occupant des plans différents, se trouvent disposées de façon que le plan horizontal, qui comprend l'une d'elles, forme, avec le plan vertical de la première, un angle droit idéal, dont le sinus regarde en arrière.

Le procédé de Roux laissait persister l'angle dont nous venons de parler, en arrière du corps périnéal : on l'accusa de provoquer l'apparition de la fistule ; car, autrefois, ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire dès le début de cet article, les chirurgiens cherchaient surtout, dans la défectuosité des procédés opératoires, la cause de leurs insuccès.

Faut-il peut-être invoquer le défaut d'une antisepsie suffisante. Six fois sur quinze, Roux échoua avec son procédé.

Nous avons déjà dit que, dans le même ordre d'idées, Dieffenbach et Backer Brown avaient imaginé des modifications aujourd'hui délaissées.

L'avivement sur de grandes surfaces, réalisé par Verneuil et Trélat, constitua, dans l'ordre opératoire, un réel progrès.

Le procédé d'Emmet, pour des raisons déjà indiquées, présentait sur le précédent une telle supériorité, qu'il fut presque aussitôt substitué à tous les autres.

L'abaissement de la cloison recto-vaginale était effectué d'une façon fort simple : la constriction circulaire supprimait l'angle qui préoccupait tous les chirurgiens : et l'antisepsie faisait disparaître les causes de désunion, on put croire que ce procédé serait désormais appliqué, à l'exclusion de tous les autres.

Cet espoir est justifié dans les cas ordinaires. En est-il de même dans les cas complexes où il existe une déchirure étendue de la cloison recto-vaginale? *Toute la question est là*, et cependant ce point n'a pas été suffisamment mis en relief par les auteurs.

On ne peut cependant nier à cet égard les incertitudes des chirurgiens pour les déchirures étendues.

Dans ces cas, Trélat et Terrillon proposent franchement, contrairement à Emmet, un plan de suture superficiel sur la muqueuse vaginale : pour eux, la suture profonde n'a plus d'action sur la cloison recto-vaginale.

Jude Hue, de son côté, voulant conserver le procédé américain dans toute sa pureté, propose une modification susceptible, selon lui, de remplacer la suture superficielle dont il ne refuse pas l'utilité ; cette modification semble d'ailleurs inacceptable pour Verneuil. Kirmisson, dans son article du *Dictionnaire de Dechambre*, se contente de déclarer que le procédé d'Emmet n'est pas applicable à tous les cas. Voilà donc le procédé en échec dans les cas complexes.

Certes, le procédé d'Emmet, modifié par Trélat et Terrillon, peut convenir à ces cas, mais j'ai essayé de démontrer, dans l'article déjà cité, que le procédé de M. Richet pouvait également trouver son indication dans les mêmes conditions.

Le procédé de M. Richet ne ressemble en rien à celui si défectueux de Langenbeck, dont on l'a toujours rapproché à tort; il en diffère par des points essentiels que j'ai suffisamment développés ailleurs. Le procédé de M. Richet constitue en vérité un procédé à part, dont le but est le même, mais qui en diffère par les moyens.

Dans le premier, ainsi que je l'ai dit ailleurs, c'est un lambeau qu'on tire violemment d'arrière en avant, dont on est obligé, au risque d'amoindrir sa vitalité, d'augmenter les dimensions pour lui permettre, dans les cas de déchirure étendue, de venir se fixer au corps du périnée. Dans le deuxième, ce sont deux lambeaux latéraux très petits, qui viennent au contact d'eux-mêmes, et qui ne nécessitent dans aucun cas, même quand la déchirure siège très en arrière, ces grands décollements si redoutables, qui amoindrissent leur vitalité, et les exposent au sphacèle, etc., etc.

Si, donc, le procédé de notre maître constitue à la vérité un procédé à lambeau, il n'en présente aucun des inconvénients, et constitue en réalité le procédé de choix dans les cas de déchirure étendue, où le procédé américain, de l'aveu même de ses partisans, devient inapplicable.

Ajoutons aussi que ce procédé, très facile d'ailleurs à pratiquer, donne d'excellents résultats au point de vue de la récupération des fonctions du sphincter.

Nous résumons donc, ainsi qu'il suit, les indications opératoires, dans les cas de déchirure totale du périnée :

1° Quand la déchirure de la cloison recto-vaginale est peu étendue, c'est au procédé d'Emmet qu'il faut avoir recours ;

2° Quand l'étendue de la déchirure ne permet pas un abaissement suffisant de la cloison, le procédé d'Emmet modifié par Trélat ou le procédé de M. Richet, deviennent seuls applicables.

Ce dernier constitue d'ailleurs le meilleur procédé autoplastique, par sa facilité d'exécution et la sûreté de ses résultats.

IV

Il nous reste à envisager le pronostic de la périnéorrhaphie.

Il est évident que le pronostic opératoire est subordonné aux précautions antiseptiques prises par le chirurgien. On peut dire que l'opération, faite antiseptiquement, est sans danger pour le malade ; mais il convient d'ajouter que les précautions antiseptiques sont ici plus indispensables que partout ailleurs, en raison de l'écoulement incessant de liquides vaginaux plus ou moins septiques sur la ligne de suture. Des cas de morts ont été autrefois signalés, mais ils sont probablement imputables à des états constitutionnels spéciaux. La question la plus intéressante serait de savoir la part qui revient, dans le pronostic opératoire, au procédé lui-même.

On a accusé jadis le procédé de Roux d'exposer à la fistule recto-vaginale; mais il est difficile de dire la part qui revient au procédé ou au défaut d'antisepsie. Il ne faut cependant pas tout attribuer à l'antisepsie, puisque, dans

l'exposé qui précède, nous avons essayé de mettre en lumière le fait que, si le procédé d'Emmet mettait plus à l'abri que celui de Roux de la fistule recto-vaginale, il n'en existait pas moins des cas, où le procédé américain se trouvait en échec, en raison de la difficulté d'abaisser suffisamment la partie la plus reculée de la déchirure horizontale, dans les cas de divisions étendues du périnée; aussi avons-nous dit, dans un autre travail, que, toutes choses égales d'ailleurs, le procédé opératoire constituait le facteur principal du succès et qu'à chaque variété principale devait répondre un procédé différent. Pour en affirmer la valeur, il est donc nécessaire de les étudier par rapport aux variétés principales de déchirures.

Il est également intéressant de connaître la valeur thérapeutique de chacun des procédés.

Au point de vue de l'accouchement, on peut dire que les procédés d'Emmet et de Richet reconstituent un périnée susceptible de supporter, sans se rompre, les pressions auxquelles il est soumis, mais le point intéressant est celui qui vise les fonctions du rectum.

Or, le problème se pose en ces termes : quel est le procédé qui permet la restauration la plus complète des fonctions du rectum, dans les déchirures complètes?

Nous avons dit, dans notre article de l'*Encyclopédie internationale*, que ce procédé d'Emmet visait ce but, mais ne l'atteignait pas toujours.

Emmet rapproche les deux bouts du sphincter divisé : avouez d'abord que la réalisation de cette conception n'est pas chose facile, mais en admettant que la chose puisse se faire, il est évident qu'il ne suffit pas de pratiquer cette manœuvre pour rendre au sphincter ses fonctions; il faut encore une fibre musculaire contractile. Sous l'influence de causes diverses, cette fibre n'a-t-elle pas pu perdre ses propriétés normales? De plus il convient d'établir si, en cas de contractilité normale, le procédé d'Emmet est seul capable de restaurer les fonctions. Or, il est certain que d'autres procédés conduisent au même résultat. Dans un article publié dans les *Annales des maladies génito-urinaires*, j'ai dit que le procédé de M. Richet remplissait le même but, une observation de mon excellent maître vient surabondamment démontrer ce fait.

V

La question des indications opératoires comprend trois termes qui sont les suivants : faut-il opérer immédiatement après l'accouchement, attendre quelques jours ou n'opérer que tardivement?

Nous ne reprendrons pas l'histoire des opinions diverses émises aux différentes époques. On la trouvera succinctement exposée dans notre article de l'*Encyclopédie internationale*. Nous voulons cependant donner ici un aperçu général de la question.

A. Paré conseillait l'opération immédiate : plus près de nous, Dieffenbach recommande cette pratique, qui permet d'éviter l'avivement et les incisions libératrices qu'il croyait nécessaires : nous savons aujourd'hui d'ailleurs ce qu'il faut en penser.

D'autre part, bien des chirurgiens recommandent d'attendre la fin de la période puerpérale, pour éviter les divers accidents imputables à la puerpéralité. Mais une réaction semble s'être produite depuis quelques années et les chirurgiens ont de la tendance à revenir à la pratique de A. Paré.

On invoquait jadis, pour légitimer l'abstention, l'irrégularité des parties déchirées, leur état de contusion, l'écoulement des lochies sur la plaie, l'état puerpéral et l'état de faiblesse de la nouvelle accouchée.

L'étude critique de ces arguments a été faite récemment dans un mémoire de M[me] Sarraute.

Pour l'état local des parties, il est évident qu'il y a là une question de degré : si la dilacération est extrême et le sphacèle imminent, il ne faut évidemment pas intervenir; mais ces cas sont rares, généralement la division est simple ou peut facilement se simplifier par l'abrasion des parties contuses.

L'écoulement des lochies n'a plus la même valeur qu'autrefois, depuis l'introduction de l'antisepsie en obstétrique.

L'écoulement peut être et doit être complètement aseptique.

L'antisepsie a également fait justice des craintes exagérées que faisait naître l'existence d'un trauma chez une accouchée, aussi l'état puerpéral ne saurait constituer une contre-indication, quand l'état local permet l'opération.

Il ne reste plus que l'état de faiblesse dans lequel se trouve l'accouchée; mais il s'agit évidemment là d'un cas particulier.

L'accouchée tirera de plus grands avantages d'une intervention immédiate.

La réunion faite très facilement, sans avivement, permet une guérison rapide et la suppression immédiate d'une infirmité pénible.

C'est là à notre avis tout ce qu'on peut dire.

Brok et Doléris font remarquer que l'opération ferme la porte aux inoculations infectieuses. Or, à notre époque d'antisepsie, il faut convenir que cet argument a une mince valeur.

Ainsi donc, si la déchirure est simple (et nous avons dit plus haut la valeur que nous attachions à ce qualificatif) et si la malade n'est pas trop épuisée, il faut recourir à une réparation immédiate.

Dans les conditions opposées, il faut s'abstenir.

Si, d'autre part, le chirurgien n'est appelé que quelques jours après l'accouchement, doit-il agir de suite ou attendre?

Or, si la malade se trouve dans de bonnes conditions locales et générales, il sera autorisé à intervenir de suite ainsi que le conseillent Schwartz et Périer (Dayot, *th.* 1886).

L'avivement s'effectue alors facilement, à l'aide de la curette tranchante.

Si, enfin, le chirurgien n'est appelé que tardivement, ou s'il est retenu par le mauvais état de la plaie et de la malade, il devra alors attendre la fin de la période puerpérale, c'est-à-dire trois mois environ après l'accouchement.

LA DROITERIE ET LA GAUCHERIE

SONT-ELLES FONCTIONS DE L'ÉDUCATION OU DE L'HÉRÉDITÉ? (1)

Par M. le docteur V. GALIPPE.

II

L'observation des faits m'a montré qu'on n'avait pas impunément des anomalies dentaires, que ces anomalies soient sous la dépendance d'un arrêt de développement de la base du crâne, retentissant sur la forme de la voûte palatine, dont l'atrésie est plus ou moins marquée, ou que ces anomalies soient attribuables à la migration ou à des troubles surve-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 953.

nus dans le développement du follicule dentaire. Ces anomalies sont souvent héréditaires, et elles témoignent toujours de l'existence d'une tare plus ou moins grave. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur l'étiologie de ce genre de lésions. Pour ce qui regarde la dent de sagesse, et afin de ne plus y revenir, nous signalerons l'horizontalisme de cette dent. Les deux cas que nous avons observés appartiennent à deux malades droitières, les dents horizontales étaient à gauche, et l'une des malades est atteinte d'une névrose convulsive grave; elle a, de plus, une voûte palatine ogivale, comme cela s'observe très fréquemment chez les nerveux. Dans ce cas, on ne peut invoquer le manque de place; c'est une anomalie d'éruption.

Depuis plusieurs années que cette influence du côté a attiré mon attention, j'ai recueilli, dans ma clientèle privée ainsi que dans les hôpitaux, un certain nombre d'anomalies, et j'ai observé, au moins dans la limite des faits personnels que j'ai recueillis, que, chez les droitiers, les anomalies étaient plus fréquentes à droite qu'à gauche. Je ne me crois pas, pour cela, autorisé à conclure fermement qu'il en est toujours ainsi, et je fais appel à ceux de mes confrères qui s'occupent des mêmes questions que moi pour classer leurs observations. En matière de statistique, j'estime qu'il faut se défier des séries heureuses. N'ayant pas ici à m'occuper de la genèse des anomalies que j'ai eu l'occasion d'observer, je ne les classerai point par espèces, me contentant d'indiquer à grands traits en quoi elles consistent. Je n'ai pas tenu compte, dans ce relevé, des anomalies symétriques.

I. — *Anomalies observées du côté gauche.*

1. — Absence de la canine supérieure gauche; antéversion de l'incisive latérale supérieure gauche; rotation sur l'axe de la première petite molaire supérieure gauche. Dans le cas où la canine supérieure gauche viendrait à pousser ultérieurement, elle ne pourrait se placer dans l'arcade dentaire. Le côté droit est normal (1).

2. — Rétroversion de l'incisive latérale inférieure gauche.

3. — Asymétrie portant sur le maxillaire supérieur gauche. Canine et incisive latérales supérieures gauches poussant en rétroversion. Persistance exceptionnelle des dents de lait (dix-neuf ans).

4. — Rotation sur l'axe de l'incisive centrale supérieure gauche. Antéversion de l'incisive latérale supérieure gauche et rétroversion de la canine supérieure gauche.

5. — Antéversion de la canine supérieure gauche.

6. — Absence congénitale de l'incisive latérale supérieure gauche.

7. — Perforation congénitale de la voûte palatine. Arrêt de développement du maxillaire supérieur gauche, absence de l'incisive latérale supérieure gauche.

8. — Rétroversion de l'incisive latérale inférieure gauche.

9. — Asymétrie du maxillaire supérieur gauche.

10. — Anomalies multiples de direction, portant à la fois sur le maxillaire supérieur et sur le maxillaire inférieur gauche.

11. — Rétroversion de l'incisive latérale supérieure gauche.

12. — Rotation sur l'axe de l'incisive latérale supérieure gauche. Déviation légère de l'incisive latérale supérieure droite, n'exigeant aucun traitement.

13. — Canine supérieure gauche poussant en antéversion; l'incisive latérale et la première petite molaire supérieure gauche se touchent. Du côté droit, la canine est également poussée en dehors de l'arcade dentaire, mais il y a un espace presque suffisant entre l'incisive latérale et la petite molaire supérieure de droite.

14. — Rétroversion de l'incisive latérale inférieure gauche.

15. — Atrésie du maxillaire supérieur gauche. Anomalies multiples de siège, portant uniquement sur le maxillaire supérieur gauche.

16. — Rotation sur l'axe de l'incisive centrale supérieure gauche. L'incisive centrale supérieure droite présente également cette anomalie, mais à un degré moins prononcé. Rétroversion de l'incisive latérale inférieure gauche.

17. — Rotation sur l'axe de l'incisive latérale supérieure gauche.

18. — Antéversion de la canine supérieure gauche.

19. — Rétroversion de l'incisive latérale supérieure gauche.

20. — Anomalie de siège, portant sur l'incisive centrale supérieure gauche et sur l'incisive latérale inférieure gauche.

21. — Asymétrie portant sur le maxillaire supérieur gauche.

22. — Rétroversion de l'incisive centrale supérieure gauche.

23. — Dents supplémentaires (anomalie du nombre), l'une ayant poussé dans la voûte palatine, à droite, sans provoquer d'anomalie de ce côté; la seconde, plus volumineuse, ayant fait son éruption à la place de l'incisive centrale supérieure gauche, a fait dévier celle-ci, qui a fait son éruption à la partie supérieure du vestibule.

24. — Antéversion de la canine supérieure gauche.

25. — Anomalies multiples de siège, portant sur le maxillaire supérieur gauche. Rétroversion de l'incisive centrale, de l'incisive latérale et de la canine supérieures gauches.

26. — Rétroversion de l'incisive latérale supérieure gauche.

27. — Asymétrie portant sur le maxillaire supérieur gauche. Antéversion de l'incisive centrale supérieure gauche.

28. — Nanisme de l'incisive latérale supérieure gauche (hérédité, le père a deux incisives latérales naines).

29. — Nanisme de l'incisive latérale supérieure gauche (hérédité, mère présentant la même anomalie).

30. — Asymétrie portant sur le maxillaire supérieur gauche. Incisive centrale supérieure gauche, recouvrant en partie (rotation sur l'axe) l'incisive centrale supérieure droite.

31. — Rotation sur l'axe de la première petite molaire supérieure gauche.

32. — Nanisme de la dent de sagesse supérieure gauche.

33. — Horizontalisme de la dent de sagesse inférieure gauche (névrose convulsive).

34. — Prognathisme inférieur partiel, comprenant l'incisive centrale, l'incisive latérale et la canine inférieure gauches.

35. — Persistance de l'incisive latérale et de la canine de lait au maxillaire supérieur gauche (la mère n'a pas d'incisive latérale).

36. — Persistance de la canine de lait supérieure gauche (dix-sept ans), canine supérieure gauche permanente poussant derrière l'incisive latérale.

37. — Antéversion de la canine supérieure gauche et de l'incisive centrale supérieure gauche.

38. — Asymétrie portant sur le maxillaire supérieur gauche. Incisive centrale supérieure gauche (rotation sur l'axe) recouvrant l'incisive centrale supérieure droite.

39. — Absence congénitale de canine de lait à droite et à gauche. Existence, à gauche, d'une épulis.

40. — Enfant de six ans et demi. Bec de lièvre simple. Anomalies splanchniques. Dent supplémentaire occupant la place de l'incisive latérale gauche.

41. — Asymétrie du maxillaire inférieur gauche (observations de Chudzinski).

II. — *Anomalies portant sur les maxillaires droits.*

1. — Anomalies de siège multiples portant sur le maxillaire supérieur droit.

2. — Rotation sur l'axe de l'incisive centrale supérieure droite.

3. — Rétroversion des deux incisives latérales droite et gauche, plus prononcée à droite qu'à gauche.

4. — Antéversion de la canine supérieure droite.

5. — Antéversion de la canine supérieure droite.

6. — Antéversion de la canine supérieure droite.

7. — Antéversion de la canine supérieure droite.

(1) Sauf indication contraire, on doit considérer le côté droit comme normal.

8. — Antéversion de la canine supérieure droite.

9. — Antéversion et migration de la canine supérieure droite.

10. — Antéversion de la canine supérieure droite.

11. — Anomalies de siège portant sur l'incisive centrale et sur l'incisive latérale supérieures droites.

12. — Dent supplémentaire ayant fait son éruption sur le raphé médian de la voûte palatine et ayant projeté en avant l'incisive centrale supérieure droite.

13. — Anomalies multiples de siège portant sur le maxillaire supérieur droit.

14. — Anomalies multiples de siège portant sur le maxillaire inférieur droit. L'anomalie portant sur les canines est symétrique.

15. — Anomalies de siège portant sur l'incisive latérale et sur la canine supérieure droite.

16. — Anomalies de siège portant sur l'incisive centrale supérieure droite.

17. — Anomalie de siège (rétroversion) portant sur la deuxième petite molaire supérieure droite. (Jeune fille atteinte de mélancolie.)

18. — Rotation complète sur l'axe de la deuxième petite molaire supérieure droite.

19. — Dédoublement de follicule de l'incisive latérale supérieure droite. Antéversion de la canine supérieure droite.

20. — Grosse molaire supplémentaire siégeant sur le maxillaire supérieur droit (anomalie de nombre), *chez un gaucher*.

21. — Inclinaison latérale de la petite molaire supérieure droite.

22. — Anomalies de siège (antéversion) portant sur l'incisive latérale supérieure droite et sur la canine supérieure droite. Persistance des dents de lait du même côté, *chez un gaucher*.

23. — Rotation sur l'axe de l'incisive centrale supérieure droite, *chez un gaucher*.

Ainsi donc, sur soixante-quatre observations d'anomalies faites par moi, abstraction faite des cas assez nombreux dans lesquels quatre anomalies étaient symétriques, nous relevons quarante et une anomalies à gauche et vingt-trois à droite.

Si, d'autre part, on veut bien remarquer que trois observations, portées au bénéfice du côté droit, doivent en être retranchées puisqu'elles appartenaient à des gauchers, nous avons alors :

Anomalies portant sur le maxillaire gauche. 41
Anomalies portant sur le maxillaire droit. 20

Ce qui fait une proportion supérieure à 50 p. 100 en faveur du côté gauche. Je ne me dissimule pas que ces chiffres ont une valeur relative et qu'il faudrait des centaines d'observations pour les corroborer, néanmoins on voudra bien m'accorder qu'ils apportent un appui considérable aux idées que je me suis proposé de défendre dans cette note. Lorsqu'on jette les yeux sur des travaux faits en dehors de toute préoccupation analogue à celle qui a dirigé mes recherches, on est frappé de la fréquence des anomalies gauches. Encore faut-il tenir compte de ce point particulier que, dans les ouvrages dont nous parlons : Magitot, *Traité des anomalies du système dentaire, chez l'homme et chez les mammifères*, Paris, 1877 ; — G. Gaillard, *Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel*, Paris, 1881, — les auteurs, dans les figures qu'ils donnent, ont, comme ils le devaient, du reste, choisi celles de leurs observations qui étaient les plus typiques et les plus probantes, et qui démontraient le mieux ce que chacun d'eux croit être la vérité. Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons dit plus haut, ces deux auteurs ne se sont point préoccupés de l'influence du côté sur la production des anomalies, de telle sorte que, pour les raisons que j'ai données plus haut, il n'est pas possible de faire une statistique.

Dans l'ouvrage de M. Magitot, je signalerai toutefois que la planche relative aux anomalies de forme renferme plus d'exemples appartenant au côté gauche qu'au côté droit.

Pour les anomalies de nombre et de siège, celles appartenant au côté gauche et au côté droit sont à peu près égales. Je ne parle, bien entendu, que des figures.

Dans les anomalies de direction c'est le côté gauche qui l'emporte.

En parcourant le remarquable travail de M. le docteur Gaillard, si riche en documents, on est frappé, par la seule inspection des figures, du nombre considérable des anomalies qui siègent du côté gauche. Parmi les exemples choisis par notre distingué confrère, on en compte deux fois plus appartenant au côté gauche qu'au côté droit, et encore ne savons-nous pas davantage si, parmi les cas observés à droite, il n'y en avait pas appartenant à des gauchers.

Toutefois, en ce qui concerne l'hétérotopie des canines, M. Gaillard signale que presque tous les cas qu'il a observés appartenaient au *côté droit* (*Loc. cit.*, p. 72).

C'est là un fait qui est contraire à l'opinion que je soutiens. De nouvelles observations seraient nécessaires pour l'établir définitivement ou pour l'interpréter. Néanmoins, je dois signaler que, dans mes propres observations d'anomalies appartenant au maxillaire supérieur droit, j'ai sept cas d'hétérotopie appartenant à la canine supérieure droite.

Il semble donc résulter de tout ce qui précède que, chez les droitiers, le maxillaire gauche constitue un lieu d'élection pour les anomalies, tandis que ce serait le maxillaire droit, chez les gauchers, qui présenterait cette particularité.

L'éducation ne suffit pas davantage à faire des gauchers. Les gauchers sont relativement rares. Delaunay donne 1 gaucher sur 40 individus. D'après Lambroso (*Annales de psychiatrie*), sur 671 ouvriers on trouve 27 gauchers et 4,02 p. 100 d'ambidextres. (Sur 100 bersaglieri, 5 p. 100 d'ambidextres.) Sur 238 ouvrières, on trouva 13 gauchères et 1 ambidextre ; soit en tout 5,88 p. 100.

D'après M. Yreland (*Revue d'Hayem*, 1881, t. XVII, p, 233) sur des enfants de pensionnats, on rencontre à peu près 12 p. 100 de gauchers et 88 p. 100 d'ambidextres (1).

Du reste, tous les gauchers ne sont pas connus, parce qu'on ne laisse pas aux enfants généralement ambidextres la liberté de se servir alternativement ou indifféremment de la main droite et de la main gauche ; j'ai protesté ailleurs contre cette tyrannie absolument inintelligente. Il résulte de cette influence de l'éducation, que l'on peut transformer un gaucher en ambidextre artificiel et incomplet, de même que par l'éducation on transforme les ambidextres en droitiers. Je viens de dire que par l'éducation on pouvait transformer un gaucher en ambidextre imparfait ; je m'explique : j'ai sous les yeux un jeune garçon gaucher (mère névropathe). Ses parents, par l'éducation, et ils ont eu raison, en ont fait un ambidextre. Cet enfant dessine, écrit de la main droite, mais vient-il à se battre, se sent-il pressé par son adversaire, immédiatement c'est le bras gauche qui entre en jeu, parce que, en dépit de l'éducation, c'est le bras gauche qui est le plus vigoureux.

De même, s'il s'agit d'atteindre un but à l'aide d'une pierre, l'enfant dont je parle, bien que pouvant lancer un projectile alternativement du bras droit et du bras gauche, est

(1) *Les gauchers comparés aux droitiers*, par M. le docteur Jobert, Lyon, 1885.

plus *adroit* du bras gauche que du droit. Il en est de même à l'escrime.

Tandis que nous avons vu les droitiers avoir des dents plus volumineuses et plus denses à droite qu'à gauche, et avoir plus de dents cariées à gauche qu'à droite et présenter plus d'anomalies à gauche qu'à droite, on observe le contraire chez les gauchers, chez lesquels c'est le côté droit qui est inférieur.

A d'autres points de vue les gauchers sont très particuliers et s'écartent plus ou moins de la généralité des hommes, pour entrer dans cette classe si intéressante, à laquelle Morel et Magnan ont donné le nom de *dégénérés*.

Chaque fois qu'un homme se singularise par un stigmate physique quelconque (strabisme, taches pigmentaires, gaucherie, doigt supplémentaire, bec de lièvre, prognathisme, toute anomalie dans la conformation régulière du corps) il peut également présenter des particularités morales et intellectuelles qui le font rentrer dans la catégorie des dégénérés, sans que pour cela il puisse cesser de jouir du privilège d'une aptitude ou d'une faculté prédominante, malgré la déséquilibration mentale que l'on trouve chez la plupart de ces sujets.

Les gauchers ont fréquemment une hérédité nerveuse lourde à porter. On trouve souvent dans leurs ascendants des névropathies plus ou moins graves.

Beaucoup d'épileptiques sont gauchers.

Ragi (cité par Jobert) a trouvé 6 gauchers sur 103 aliénés et 5 gauchères sur 117 aliénées. Le docteur Amadeï a rencontré 9 gauchers sur 260 aliénés.

On a comme résultats généraux :

Sur 363 aliénés, 4,13 p. 100 de gauchers.

Sur 117 aliénées, 4,27 p. 100 de gauchères.

Au point de vue de la sensibilité, les docteurs Amadeï et Tonini ont trouvé, sur 90 aliénés, 73 individus dont la sensibilité était meilleure à gauche qu'à droite.

De plus, la gaucherie serait très fréquente parmi les criminels. Le docteur Marro a trouvé chez les délinquants nés (hommes) 13,9 p. 100 de gauchers, et chez les femmes 22,7 p. 100 de gauchères. C'est-à-dire que chez les criminels on trouve trois fois plus de gauchers que chez ceux qui n'ont commis aucun crime ni délit. Cette proportion est quadruple pour les femmes. Il en serait de même pour la sensibilité (L. Jobert, *loc. cit.*).

La conclusion que l'on peut tirer de ces documents, c'est que l'on *n'est pas impunément gaucher*.

Aussi ne saurais-je me rallier à la conclusion de M. le docteur L. Jobert, quand il dit que la gaucherie est surtout due à l'habitude et à l'éducation.

Cette conclusion est en contradiction avec les documents et les observations de M. L. Jobert.

Je crois qu'il est plus sage de conclure, en se basant sur les faits et sur les documents qui précèdent, que nous sommes *droitiers par atavisme* et *gauchers par hérédité morbide*.

On ne connaît pas de race primitive qui soit exclusivement droitière ou gauchère.

L'homme doit se servir alternativement ou simultanément de ses deux mains. Il est regrettable qu'il se soit créé par atavisme un homme droit. L'asymétrie, quoi qu'en dise Broca, n'est pas un caractère de supériorité, non plus qu'on ne doit considérer comme un fait favorable à l'homme la disparition des dents de sagesse. Nous sommes d'un avis diamétralement opposé. La civilisation a éloigné l'homme de sa destinée naturelle et c'est en vertu d'une aberration regrettable que l'on a considéré exclusivement son développement cérébral comme la mesure unique de sa supériorité.

Pourra-t-on jamais remonter le courant ? Je ne le crois pas ; l'humanité ne revient pas sur ses pas. Mais s'il est vrai que l'enfant nouveau-né puisse être considéré comme se rapprochant de l'homme primitif, il faut en profiter pour en faire un ambidextre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Origine des kystes alvéolo-dentaires. — M. **Kirmisson**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance, par M. Magitot, déclare ne pouvoir partager son opinion au point de vue de l'origine des kystes alvéolo-dentaires. Il fait tout d'abord observer qu'il est généralement admis qu'il n'y a pas de genèse spontanée d'épithélium, qu'une production épithéliale ne peut provenir du tissu conjonctif, qu'il faut un épithélium préexistant.

En second lieu, M. Kirmisson s'applique à démontrer que, contrairement à l'opinion qui a été défendue autrefois par M. Magitot, il n'y a pas autour de la dent un périoste comparable au périoste osseux, mais qu'il y a ce que M. Malassez a décrit sous le nom de ligament dentaire. Si l'on admettait d'ailleurs l'existence de ce périoste, il faudrait admettre qu'il serait adhérent aussi bien à l'os qu'à la dent. Or, quand on arrache une dent dont la racine présente de ces kystes, on voit que la paroi de ces kystes n'offre aucune adhérence avec l'os. Or, cette indépendance des kystes, par rapport à l'os, s'explique très bien avec la théorie des débris d'épithélium ou du ligament dentaire, si bien démontrée par les recherches de M. Malassez.

En résumé, si M. Kirmisson accepte et loue toute la partie clinique des travaux de M. Magitot relatifs à cette question, il se sépare complètement de lui sur les interprétations anatomiques des faits.

M. **Reclus** croit être le premier à avoir exposé la théorie de l'épithélium paradentaire. Il rappelle qu'on trouve de ces kystes sur les dents saines. C'est d'après l'examen d'une de ces dents, que M. Malassez a pu confirmer cette théorie entrevue par M. Verneuil.

M. **Magitot**. L'argumentation de M. Kirmisson porte sur trois points.

Le *premier* est relatif à l'origine de l'épithélium kystique, et ici M. Kirmisson me reproche de nouveau d'avoir émis naguère cette idée que l'épithélium était le résultat dans ce cas d'une genèse d'emblée. Devant les protestations faites à cette théorie, j'ai cru devoir l'abandonner, trouvant d'ailleurs dans la constitution de l'enveloppe folliculaire, devenue ligament alvéolaire et paroi kystique, tous les éléments nécessaires à expliquer le revêtement épithélial en question. Je pourrais aujourd'hui regretter d'avoir abandonné cette hypothèse, car les idées ont singulièrement changé depuis cette époque. En effet, d'après les doctrines très en faveur aujourd'hui de l'école de Lyon et de M. Renaut, l'épithélium peut se produire aux dépens des éléments du mésoderme et comme dérivation des cellules du tissu conjonctif. Ainsi s'explique la présence de l'endothélium, qui tapisse les bourses séreuses accidentelles, les poches renfermant des corps étrangers, etc. Et l'on ne saurait contester que ce qui est possible pour une bourse séreuse accidentelle ne l'est pas moins pour un kyste périostique dont le revêtement épithélial prend souvent une physionomie analogue.

Sur le *second* point, la nature du périoste alvéolaire, il y a longtemps que j'ai accordé à M. Malassez l'exactitude de ses vues anatomiques ; le prétendu périoste est donc un véritable ligament, et si M. Kirmisson cite un texte déjà ancien, dans lequel je dis que

le périoste alvéolaire est comparable au périoste osseux, il oublie d'ajouter que j'indique cependant certaines différences qui consistent dans la présence d'éléments anatomiques divers, parmi lesquels figurent des éléments épithéliaux eux-mêmes (1).

D'ailleurs, quelle que soit la nature de ce tissu, périoste ou ligament, en quoi cela peut-il changer le mécanisme de production du kyste?

Et maintenant, qu'est-ce donc que M. Malassez a décrit sous le nom de kystes dans l'épaisseur du ligament alvéolaire? Ce sont de simples abcès, des vacuoles intra-ligamenteuses remplies de pus et de cellules épithéliales, c'est-à-dire des accidents qui appartiennent à l'histoire de la périostite ou, si l'on veut, de l'arthrite alvéolaire : ce ne sont pas là des kystes.

Les kystes dits périostiques, et c'est ainsi que nous répondons au *troisième* point de l'argumentation de M. Kirmisson, ces kystes ont un siège, un lieu d'origine précis, invariable, mathématique, l'extrémité du canal radiculaire, c'est-à-dire le sommet même de la racine d'une dent. Or, si le kyste se développait dans l'un des débris épithéliaux de Malassez, on en trouverait parfois occupant l'un des côtés d'une racine, soit son milieu, soit le voisinage du collet, ce qui n'arrive jamais.

M. Kirmisson s'étonne que ces kystes, surtout à leur début, adhèrent fortement à la racine même et peuvent être entraînés sans rupture pendant l'extraction des dents qui les portent. Cette remarque, qui est favorable à la théorie périostique, prouve précisément que c'est par le soulèvement des tissus ligamenteux au sommet radiculaire que se produit la poche initiale. Ces tissus, frappés d'hypertrophie et d'hypergenèse, forment ainsi une paroi épaisse circonscrivant une poche centrale qui a toujours pour centre, la lumière même du canal radiculaire.

Ne sait-on pas, en outre, depuis longtemps, que le ligament alvéolaire adhère bien plus fortement dans l'état normal à la surface radiculaire qu'à la paroi osseuse de l'alvéole?

M. Reclus, rapporte une observation dans laquelle un kyste, occupant d'ailleurs exactement le sommet radiculaire, a été trouvé sur une dent qu'il qualifie de *saine*, interprétation qui n'est point exacte et qui s'applique sans doute à l'absence de carie ou de toute autre lésion appréciable. On a cité d'ailleurs beaucoup d'exemples de dents affectées de kystes, par suite d'un traumatisme connu ou méconnu ou même développés spontanément.

Pyo-salpingite. — **M. POZZI**, à l'occasion du procès-verbal, communique une observation de pyo-salpingite et d'ovarite suppurées doubles post-puerpérales. Il s'agit d'une femme qui avait accouché un an auparavant, et qui présentait des antécédents tuberculeux.

Les deux trompes formaient un sac de pus de chaque côté de l'utérus. M. Pozzi fit la laparotomie, extirpa les deux ovaires et les deux trompes. Il referma le ventre sans faire de drainage. L'examen microscopique ne révèle pas de tubercules, mais de simples lésions inflammatoires d'origine puerpérale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. LE DENTU présente des pièces provenant d'un jeune homme de dix-huit ans, qu'il a opéré le matin même. Il s'agit d'un tératome du scrotum. La tumeur entière pesait 1 220 grammes. Il y avait un vaste kyste. Le testicule était situé à la partie antérieure et supérieure de la tumeur. Il ne put être conservé. On trouve dans cette tumeur des poils, de la substance osseuse, des débris cartilagineux, etc. L'origine fœtale de cette tumeur n'est pas douteuse.

M. DESPRÉS a observé, il y a deux ans, un tératome du scrotum. C'était également un cas d'inclusion fœtale.

La séance est levée.

---

(1) *Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire*. Paris, 1860, pages 4 et 5.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une foule considérable de confrères et d'amis se pressait jeudi à Saint-Thomas d'Aquin, autour du docteur Passant qui venait de perdre son fils, dans les circonstances les plus douloureuses. Puisse cette manifestation de profonde sympathie alléger, dans la mesure du possible, la douleur d'une famille si cruellement éprouvée.

— Par décision ministérielle, en date du 14 octobre 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Schlinder, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Davignon, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Gobillot, pour le 25e d'artillerie; Joly, pour le 8e d'artillerie; Geschwind, pour le 2e tirailleurs algériens; Darricarrère, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Forgues, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Pons, comme médecin-chef de l'hôpital militaire de Briançon; Baudot, pour l'école supérieure de guerre, à Paris; Chevassu, pour le 1er tirailleurs algériens; Cottel, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Fournié, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Carette, pour le 24e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Villedary, pour les dépôts des 1er et 4e zouaves; Dardignac, pour l'hôpital militaire de Belfort; Warnecke, pour le 78e d'infanterie; Barthé, pour le 51e d'infanterie; Petitpoisson, pour le 158e d'infanterie; Comte, pour le 10e hussards; Salle, pour le 1er spahis; Schmitt, pour le 24e escadron du train; Achard, pour le 140e d'infanterie; Guichet, pour le 89e d'infanterie; Sockeel, pour le 2e bataillon d'artillerie de forteresse; Laurent, pour le 1er cuirassiers; Pouchet, pour le 132e d'infanterie; Masson, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; Chupin, pour le 8e chasseurs à cheval; Simon, pour le 31e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, pour le 3e cuirassiers; Boucher, pour le 54e d'infanterie; Béchard, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; Péradon, pour le 18e chasseurs à cheval; Séguin, pour le 2e spahis; Prost-Maréchal, pour la poudrerie du Bouchet; de Vésian, pour le 9e d'artillerie; Brault, pour le 10e d'artillerie; Buy, pour le 102e d'infanterie; Baradat, pour le 17e chasseurs à cheval; Lapasset, pour le 34e d'infanterie; Gauvin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Girardeau, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Artigues, pour le 2e tirailleurs algériens; Tisserant, pour le 4e chasseurs d'Afrique; Vogelin, pour le 5e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Thirion, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Roeser, pour l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Girard, pour l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon; Rougnon, pour l'hôpital militaire de Marseille; Carabin, pour l'hôpital militaire de Bastia; N. Bisserié, pour l'hôpital militaire de Lille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Mardi prochain, 25 octobre 1887, à neuf heures du matin, aura lieu l'ouverture du concours des bourses de doctorat, dont la première épreuve est une composition écrite.

Le jury se composera de MM. les professeurs dont les noms suivent : M. Baillon, président; MM. Dieulafoy, Gariel, Guyon, Jaccoud, Mathias-Duval et Charles Richet.

Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie sera ouvert à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, à partir du mardi, 25 octobre 1887, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de une heure à trois heures de l'après-midi, sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1887-1888, pour tous les étudiants en médecine de troisième année. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

— Le laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Paris a pris aujourd'hui même possession des nouveaux bâtiments construits en bordure de la rue Hautefeuille et du boulevard Saint-Germain.

Les laboratoires des travaux pratiques d'histoire naturelle et d'histologie, ont également pris possession des nouveaux bâtiments qui leur étaient destinés.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21804

N° 128. — MARDI 25 OCTOBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 25 OCTOBRE 1887. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	». — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL

Accidents consécutifs au viol. Un homme seul peut-il violer une femme qui résiste? Une femme peut-elle être violée sans le savoir, notamment dans le sommeil magnétique?

Avant d'arriver à la question importante de cette leçon, terminons l'étude des accidents qui sont la conséquence du viol. Les actes ont été ou répétés ou uniques. Lorsqu'ils ont été répétés, on dit volontiers que l'anémie, la fatigue de la jeune fille prouvent que ces actes ont compromis sa santé. Cet argument est souvent faux et n'a pas d'importance.

Après un attentat unique, la mort peut survenir brusquement sans violence, à la suite d'une syncope produite par l'émotion que provoque, chez certaines jeunes filles innocentes, l'accomplissement d'un acte aussi imprévu. Il y a là, au point de vue de la responsabilité du coupable, quelque chose de très délicat à déterminer. Je dis très délicat, parce que des contusions invisibles (coup sur le creux de l'estomac) ont pu aussi entraîner un arrêt subit de la circulation et la mort.

Peuvent encore succéder à l'attentat unique des convulsions, des accès de délire dans lesquels la femme revoit l'homme qui l'a violée et rétablit des scènes souvent très dramatiques. Mais il ne faudrait pas croire que ces hallucinations aient toujours eu pour point de départ un attentat à la pudeur. J'ai fait, dans une circonstance analogue, une expertise où l'autopsie m'a montré un hymen punctiforme intact, et des ulcérations de l'intestin ne laissant aucun doute sur l'existence méconnue d'une fièvre typhoïde qui s'était manifestée par l'hyperthermie et le délire.

Autres conséquences : l'hystérie, l'épilepsie, la chorée. J'ai souvent dit en plaisantant que le nombre d'individus devenus hystériques ou épileptiques parce qu'ils avaient vu une chèvre, était considérable. Ce fait est exact, mais il est certain que la chèvre n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase (et je ne sais trop pourquoi). Il en est de même pour les attentats à la pudeur. Quoi qu'il en soit, il résulte de ce fait une aggravation à la charge du coupable.

Enfin, des accidents encore plus graves peuvent avoir lieu, par exemple dans le cas où une jeune fille préfère se jeter par la fenêtre plutôt que de se livrer.

Passons maintenant à un autre ordre d'idées. Un homme seul peut-il violer une femme qui résiste ? La réponse est simple pour une des espèces. Lorsqu'une femme est en possession de toutes ses facultés physiques et intellectuelles, je suis convaincu qu'elle est capable d'empêcher l'acte de s'accomplir, ne serait-ce que par un mouvement du bassin. Mais lorsque la victime est une jeune fille plus ou moins ignorante de ce qui va se passer, ou une vieille femme affaiblie par l'âge, ou enfin une infirme (paraplégique citée par Vibert), la résistance est au contraire impossible. Elle l'est également dans deux autres circonstances, soit que la femme ait été trahie par une surprise, soit qu'elle ait été paralysée mécaniquement. Un auteur allemand rapporte un exemple de ce dernier cas. Une jeune fille de ferme jouait avec ses compagnes, lorsque celles-ci l'attachent à une table, comme pour s'amuser ; puis elles font entrer un bouvier qui accomplit sur elle le crime de viol, à la grande satisfaction de ces *Jungfrauen*.

Mais en dehors de ces circonstances, une femme se trouve aux prises avec un individu qui la brutalise ; elle résiste d'abord énergiquement, puis, tout d'un coup, devient inerte et semble se livrer volontairement. Dans la suite, elle dénonce le coupable et l'accuse de l'avoir violée. Le premier mouvement du juge d'instruction est de mettre en suspicion la bonne foi de cette femme. Eh bien ! il ne faut pas, *a priori*, considérer la chose comme inacceptable. Livingstone raconte qu'étant à la chasse au lion, le lion le prit et le secoua « comme un molosse secoue un rat ». Il était anéanti, incapable de faire un mouvement. Il semble y avoir là un état particulier dû à un sentiment de terreur qui se répand dans l'individu et paralyse toutes ses facultés.

Une femme peut-elle être violée sans le savoir ? Oui, dans des circonstances particulières que nous allons passer en revue. Aucun article du code ne vise ces cas où le coupable a, par des moyens artificiels, mis la femme dans un état d'inconscience. Mais ils sont assimilés au viol, et il y a, en effet, une violence morale exercée.

Premièrement, une femme peut-elle être violée dans son sommeil naturel? Je ne crois pas, vu les douleurs provoquées par les premières approches, qu'une jeune fille puisse

être violée sans se réveiller, en dépit du sommeil profond de l'innocence. J'admets qu'une femme mariée, qui a l'habitude de ces sensations, supporte les actes dans une sorte de demi-sommeil, croyant avoir affaire à son mari. Je vous citerai le cas d'une femme d'auberge, qui, ayant passé la nuit précédente, s'était couchée dans l'après-midi : vers quatre heures du soir, elle sent comme un poids sur son corps ; un moment après elle se réveille, et voit son garçon de ferme qui se reboutonnait...

Le viol peut être accompli sur des femmes mises dans un état d'inconscience, à la suite de libations alcooliques. Lorsqu'il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui a consenti à suivre un monsieur dans un cabinet particulier, je ne vois pas qu'on puisse appeler cela une violation morale. Mais, pour une petite fille qu'on a entraînée en flattant sa gourmandise, la question offre une autre gravité.

Une forme beaucoup plus délicate est celle-ci : une jeune fille raconte qu'un individu a mis dans son vin un narcotique quelconque, qui lui a fait perdre connaissance, ce dont il a profité pour abuser d'elle. La chose n'est pas impossible. Mais, nous autres médecins, nous savons que, chez les personnes qui ne sont pas habituées à en prendre, un narcotique n'agit pas subitement et provoque d'ailleurs des nausées et des vomissements. Or, toutes les jeunes filles disent qu'elles ont été immédiatement abasourdies ; puis, au bout d'une demi-heure, elles sont sorties et sont retournées à leurs occupations, sans en être autrement incommodées. En un mot, leurs histoires manquent généralement de vraisemblance.

Quant aux anesthésiques, il n'y a guère que les médecins et les pharmaciens qui puissent s'en servir. Cependant, on a parlé, un moment, d'une certaine association franco-anglaise dont les membres avaient, disait-on, la spécialité de chloroformer les femmes en chemin de fer pour en abuser. Eh bien ! vous savez vous-mêmes la difficulté qu'on éprouve dans les hôpitaux à endormir un malade. D'autre part, M. Dolbeau a fait, dans son service, des expériences sur la possibilité de faire passer un individu du sommeil naturel au sommeil anesthésique (car c'était la seule hypothèse possible). Il n'a pu obtenir ce passage, avec toute son expérience et avec les précautions les plus minutieuses, que pour deux sur dix de ses malades, en vingt minutes. D'où on peut conclure qu'il est à peu près impossible d'administrer le chloroforme par surprise.

Un autre agent qui pourrait être employé est le protoxyde d'azote. L'année dernière, il a été expérimenté dans un but d'attentat, mais non d'attentat à la pudeur, par un monsieur qui, voulant se débarrasser d'un de ses concitoyens, l'avait entraîné dans un voyage, et avait tâché de lui persuader en route qu'il était très agréable de respirer une bouteille de protoxyde d'azote, qu'il avait eu soin d'emporter ; après essai, l'autre a formellement refusé... En somme, c'est un anesthésique qui pourrait être employé dans un but criminel, mais qui exige de la part de celui qui le manie des habitudes de laboratoire ou de dentiste.

Je dois ajouter que rien n'est plus fréquent que les rêves érotiques dans l'anesthésie provoquée par le chloroforme. Ce fait peut avoir des inconvénients dans les maisons particulières, et c'est un des motifs qui doivent faire éloigner toutes les personnes de la maison. Mais il est arrivé aussi que des femmes attribuant à des rapports sexuels leur ardeur génitale au réveil, ont fait des dénonciations fausses, et que des réputations de médecins ont été compromises.

J'aborde l'étude du viol accompli pendant le sommeil magnétique. C'est jusqu'à présent le seul crime qui ait été commis dans cet état particulier. Ici, nous n'avons pas affaire à l'inculpé banal, quelconque, mais à un individu rendu capable de magnétiser par une éducation spéciale : c'est un médecin, un dentiste, un médicastre, un revenant d'arrière-boutique de pharmacie.

Qu'est-ce que la victime ? Je tiens à vous le dire dès le début, il faut considérer les personnes qui peuvent être soumises aux influences magnétiques comme des hystériques ou des névropathes. Ce sont des femmes qui portent toujours, soit en elles-mêmes, soit dans leurs parents, une tare du système nerveux. Je sais que je suis ici en désaccord avec l'école de Nancy (Bernheim et Liégeois). Mais nous devons garder vis-à-vis du magnétisme une attitude réservée. Il ne faut pas oublier que, depuis Mesmer jusqu'à Charcot, ces phénomènes avaient été exploités par le métier, la prestidigitation s'associant pour une bonne part à la réalité. Aujourd'hui, il y a un certain nombre de médecins qui, se basant sur l'unité de l'entendement humain, sur le moi, ont considéré de ce côté les limites du possible comme indéfinies.

Voici comment se passent les choses au point de vue médico-légal. On pose à l'expert cette question : « Est-il possible que les choses se soient passées ainsi ? » Or, l'avocat général doit apporter la preuve de tout ce qu'il avance ; la défense, au contraire, a la liberté d'apporter toute hypothèse favorable à son client. Et, comme vous ne pouvez dire qu'un oui ou un non, votre position est, de ce fait, très délicate, car la question est, vous le verrez, fort complexe.

Néanmoins, grâce à l'école de la Salpêtrière, la médecine légale possède déjà, dans ce domaine, un terrain assez solide. A côté de ce terrain, il y a des états particuliers tels que la suggestion, j'en fais un paquet à part.

Le premier point en fait de règle d'expertise est celui-ci : lorsqu'une femme articule une accusation de viol présumé, analogue à celle qui nous occupe, vous pouvez dire : « C'est une hystérique. » Mais comment démontrerons-nous que cette femme est hystérique ? D'abord, par sa vie antérieure, notamment si elle a eu des attaques de nerfs devant témoins ; ensuite par l'anesthésie, l'analgésie plus ou moins complète, particulièrement sur les muqueuses. Je sais bien que lorsqu'une femme est prévenue ou habituée à ce genre d'examen, elle peut, jusqu'à un certain point, simuler l'anesthésie. Mais il y a des moyens de la dépister. Si vous piquez la peau avec une aiguille, et si elle est vraiment hystérique, la piqûre restera exsangue ; sinon vous verrez sortir une goutte de sang. De plus, chatouillez le voile du palais et l'arrière-bouche, pénétrez même dans le larynx : si la femme est hystérique, vous ne provoquerez aucun réflexe, et dans ces régions, la simulation cesse d'être possible.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Je voudrais aujourd'hui vous parler du traitement des kystes hydatiques du foie, d'autant plus que, dans nombre de cas, la laparotomie est la méthode qui tend actuellement à se substituer aux procédés anciens.

Autrefois on se servait de l'appareil de Dieulafoy, dont l'aiguille était enfoncée dans le point le plus saillant de la tumeur, on vidait le kyste et on entourait le ventre du ma-

lade de ouate et de bandes de flanelle. Dans un certain nombre de cas — je pourrais vous en citer une quinzaine, — cela suffisait pour obtenir la guérison. Mais le plus souvent, au bout de quelque temps, le liquide se reproduisait, et de nouvelles ponctions devenaient nécessaires; on les pratiquait chaque fois que la tuméfaction s'était formée de nouveau, jusqu'au moment où des phénomènes graves apparaissaient, où le liquide devenait purulent. Alors le traitement était modifié sauf par quelques chirurgiens qui s'entêtaient dans la ponction malgré la purulence du kyste. C'est ainsi que, chez certains malades, les ponctions ont été renouvelées vingt fois, trente fois, cinquante fois, voire même plus de trois cents fois dans un cas.

Généralement, la ponction est suivie, au bout de deux ou trois heures, de douleurs dans l'hypochondre, avec tympanisme abdominal, de nausées et de vomissements. Mais ces accidents n'avaient le plus souvent qu'une courte durée, et le mal se jugeait par une urticaire. Cependant, quelquefois ils étaient les premiers symptômes d'une péritonite véritable et rapidement mortelle. Je pourrais vous citer une observation de Moissenet où le malade succomba dans l'espace de dix-huit heures. D'autre part, voici un fait qui m'appartient dans lequel je fais la ponction du kyste. Une heure ou deux heures après, des phénomènes inquiétants se déclarent, et une urticaire généralisée apparaît, mais la malade guérit. Elle ne l'était cependant qu'en partie, car au bout de quatre mois le liquide reproduit nécessitait une nouvelle ponction, faite cette fois à l'hôpital Saint-Louis, laquelle était suivie d'une péritonite suraiguë qui emportait la malade en quelques jours.

La ponction des kystes hydatiques du foie peut donc être parfois suivie de mort. Une statistique anglaise parle d'une mortalité de 15 p. 100; je n'y ai qu'une très médiocre confiance; elle me paraît erronée, d'autant plus qu'elle comprend à la fois les cas véritables de mort dus aux progrès de la maladie kystique qui sont les plus nombreux et ceux qui sont survenus à la suite de la ponction.

La méthode des ponctions permettant à la maladie de récidiver, d'autres méthodes ont été proposées, nous allons les passer successivement en revue. Tout d'abord, c'est la méthode de Récamier, qui consiste dans l'application, sur le point le plus saillant de la tumeur, de la pâte de Canquoin, afin de détruire couche par couche les tissus sous-jacents et déterminer l'adhérence du feuillet pariétal au feuillet viscéral du péritoine, de sorte que le kyste puisse être ouvert comme un abcès, sans crainte que le liquide kystique pénètre dans la cavité péritonéale. Mais cette méthode est lente, infidèle, peu sûre, et, de plus, elle provoque parfois l'ouverture prématurée du kyste, avant que les adhérences des feuillets du péritoine soient assez bien formées pour empêcher le liquide de pénétrer dans la séreuse péritonéale. On a dit que cette méthode entraînait une mortalité de 36 p. 100; le chiffre est certainement exagéré.

Une autre méthode est celle du gros trocart, elle a pour parrain Jobert (de Lamballe), puis Boinet (de Lyon), puis M. Verneuil qui l'a rendue plus facile en la modifiant. Elle consiste à plonger un gros trocart dans la tumeur kystique, à l'évacuer complètement, après quoi on introduit dans la canule une sonde en caoutchouc rouge, de sorte que l'écoulement du contenu du kyste se continue facilement. On a proposé aussi de plonger deux gros trocarts dans la tumeur, et d'inciser ensuite le pont intermédiaire qui les sépare, de façon à avoir une ouverture plus grande pour l'écoulement du liquide. La méthode du gros trocart est bonne, mais elle est encore insuffisante; la statistique que nous en a donnée M. Rendu comprend trente cas, sur lesquels on compte vingt-sept succès et trois morts; une statistique islandaise — vous savez qu'en Islande les kystes hydatiques du foie sont extrêmement fréquents — donne aussi 70 p. 100 de succès; quant aux 30 autres p. 100, ils ne doivent pas être considérés comme le chiffre de la mortalité, mais comme des insuccès sur lesquels on compte seulement quelques morts.

Alors on a cherché à faire mieux, sous le couvert de l'antisepsie, à faire acte de chirurgien, à ne plus traiter les kystes en aveugle, mais bien au grand jour. De là, les deux méthodes: 1° celle de Volkmann-Récamier ou mieux de Récamier-Volkmann, et 2° celle de Lindmann-Landau.

La première consiste à sectionner, au point le plus saillant, la peau, les muscles, les aponévroses et le péritoine, à appliquer un pansement — non antiseptique du temps de Récamier où l'antisepsie n'était pas encore connue, — puis, quand, au bout de quelque temps, on avait obtenu l'adhérence des feuillets péritonéaux, à plonger le trocart dans la tumeur kystique et à l'évacuer. Volkmann n'a fait qu'ajouter l'antisepsie au procédé de Récamier, afin d'éviter l'infection de la plaie. En somme, la méthode est bonne, on a même dit qu'elle donnait des résultats supérieurs à toute autre. La chose est possible, mais il faut reconnaître que le nombre des observations est peu considérable, en raison de ce que cette méthode exige deux opérations, et que, par suite, elle a été peu pratiquée.

C'est alors qu'est intervenue la seconde méthode, celle de Lindmann-Landau, méthode très simple, mais qui doit subir des modifications suivant les variétés anatomiques des kystes du foie. Voyons donc tout d'abord quelles sont ces variétés. La première est la variété postéro-supérieure, elle est très rare, difficile à reconnaître, souvent confondue avec une affection de la plèvre ou des poumons et très difficile aussi à traiter, en raison même de la situation sous le poumon et la plèvre que la tumeur soulève. L'opération qu'elle exige n'a guère été tentée que par les Allemands, toujours audacieux. Jorael l'aurait pratiquée plusieurs fois avec succès. Landau l'a faite aussi en luxant pour ainsi dire le foie, de façon à faire saillir la tumeur d'arrière en avant pour l'ouvrir par la voie abdominale.

J'ai eu, dans les circonstances suivantes, un cas de ce genre à traiter: une jeune fille de dix-huit ans est prise de troubles respiratoires très graves, avec tuméfaction, rougeur et œdème inflammatoire au niveau du dixième espace intercostal. Le médecin qui la soigne pratique une ponction exploratrice, qui donne issue à une certaine quantité de pus, et, diagnostiquant une pleurésie purulente, fait l'empyème. Il voit alors sortir à la fois du pus et des vésicules, et conclut à un kyste hydatique du poumon. L'un des drains qu'il veut placer, tombe dans la tumeur sans qu'il puisse parvenir à le retirer, et la plaie thoracique se ferme. Le kyste est oblitéré. La malade m'est amenée, je reconnais l'existence d'un kyste hydatique du foie, je fais la résection de la dixième côte; le kyste, volumineux, ne me donne pas moins d'un litre et demi de pus, lequel est suivi d'un écoulement de bile qui confirme absolument le diagnostic; je retire le drain tombé dans la tumeur, je fais un nouveau drainage, et un mois plus tard la malade était guérie. Je dois ajouter que, dans ce cas, d'ailleurs, l'opération fut des plus faciles, la nature m'ayant grandement aidé par les adhérences qui

s'étaient faites à la suite du phlegmon observé au début.

Mais je laisse ce fait de côté pour arriver à la variété des kystes antéro-inférieurs qui sont les plus communs. Dans certains cas, ces kystes ont été pris pour des kystes de l'ovaire : ainsi M. Terrier, le 4 janvier 1885, chez une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle il avait cru avoir affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire. Incision sur la ligne médiane, écoulement d'un liquide kystique avec vésicules provenant d'un kyste hydatique adhérent au foie, résection du plus possible des parois kystiques, suture du reste à la paroi abdominale, de façon à avoir une large ouverture comparable à la poche des marsupiaux, guérison rapide.

Au mois de juillet de la même année, M. Lucas-Championnière est appelé à donner ses soins à un malade chez lequel il diagnostiqua une tumeur du rein droit ; incision de la ligne blanche, ponction exploratrice, il s'agissait d'un kyste hydatique adhérent au foie, à la paroi abdominale et à l'épiploon ; opération de résection analogue à celle de M. Terrier. Même succès.

Puis autre cas de M. Terrier : kyste hydatique du foie avec adhérences très nettes à la vessie, à l'épiploon, etc. ; même opération, destruction des adhérences, résection, guérison.

M. Monod a un fait semblable : même opération, même succès.

M. Richelot : kyste du même genre, adhérences telles que la résection des parois n'est pas possible, telles aussi que la cavité péritonéale étant protégée contre toute pénétration du liquide contenu dans la tumeur, M. Richelot peut l'ouvrir comme un abcès. Guérison.

Une troisième variété de kystes hydatiques est celle des kystes intrahépatiques, c'est-à-dire développés dans l'intérieur même du foie. Cette variété présente deux sous-genres : le kyste avec adhérences et le kyste sans adhérences.

Presque toujours, les kystes de la région inférieure tombent en avant et se dirigent vers la ligne médiane, permettant ainsi de faire l'incision sur la ligne blanche, là où les tissus présentent une épaisseur moindre, où les muscles sont plus facilement séparables, c'est là l'incision de choix. Mais dans les kystes intrahépatiques, la saillie de la tumeur s'aperçoit dans l'hypochondre droit, par suite, l'incision se fait sur la partie la plus convexe, incision de dix ou quinze centimètres de longueur, parallèlement aux fausses côtes et à trois ou quatre travers de doigt de celles-ci. S'il existe des adhérences, on se sert du gros trocart, s'il n'y a pas d'adhérences on a recours à une autre opération. Voici, d'ailleurs, celle que j'ai dû pratiquer dans le cas suivant.

Un homme de trente-cinq ans, alcoolique, est pris d'accidents très graves qui font croire tout d'abord à une cirrhose hypertrophique du foie (œdème à peu près généralisé, troubles respiratoires), puis on renonce à ce diagnostic pour celui de kyste hydatique du foie. Appelé à intervenir, je fais une première ponction qui donne un demi-litre de pus, après quoi le jet s'arrête brusquement. Je songe alors à employer un gros trocart, mais les accidents sont si graves, que je me prépare à faire la laparotomie ; j'étais assisté d'un certain nombre de confrères. Au-dessous des fausses côtes et à trois ou quatre travers de doigt, je fais une incision longue de vingt-cinq centimètres, la paroi abdominale est très épaisse, j'arrive sur le foie, nulle adhérence, je retrouve l'ouverture de la première ponction et plonge de nouveau le trocart dans le même point, deux litres de liquide s'écoulent, puis arrêt brusque du jet (le kyste était entré à deux centimètres de profondeur dans le tissu hépatique). Faisant maintenir fermée avec le plus grand soin la cavité péritonéale, par les mains des confrères qui voulaient bien me prêter aide et assistance, en suivant avec attention la rétraction du kyste, je pratique avec le bistouri une large incision. J'obtiens ainsi l'écoulement de *cinq cuvettes* d'un liquide épouvantablement nauséabond (soit neuf litres de pus et d'hydatides). L'opération fut très simple, je réduisis l'ouverture des parois à douze centimètres environ, en suturant la paroi hépatique à la paroi abdominale, de façon à fermer la cavité péritonéale, et je plaçai dans la poche kystique dix tubes qui s'enfoncèrent à trente centimètres. Dès le second jour, toute odeur avait disparu, grâce à la présence de la bile qui est un excellent antiseptique, et dont l'écoulement fût tel (un litre environ par jour) que je redoutais de voir survenir quelque cachexie. Il n'en fut rien. Pendant quinze jours, il sortit encore des vésicules nouvelles, mais nous n'eûmes pas une goutte de pus, la poche revint peu à peu sur elle-même. Deux mois plus tard, le malade quittait la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu, où avait eu lieu l'opération ; au bout de quatre mois, la guérison était parfaite. Tous les accidents anté-opératoires avaient disparu, voire même des phénomènes d'insuffisance aortique, qui étaient dus certainement à des troubles mécaniques.

En résumé donc : quand un kyste hydatique occupe la portion convexe du foie, ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy, qui, dans certains cas, a pu suffire pour amener la guérison, en ayant soin de prendre toutes les précautions antiseptiques, de vider tout à fait la tumeur et d'immobiliser ensuite le ventre avec des bandes de flanelle et de ouate. Si le liquide se reproduit, pratiquer alors l'opération de Lindmann-Landau, par une incision sur le point le plus saillant, et en ayant soin de tenir compte des variétés anatomiques que le kyste peut présenter.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES D'ATHÈNES

Traitement de la bronchopneumonie des enfants par l'iodure de potassium.

Par M. le professeur A. Zinni.

(Traduit par M. le docteur Couréménos, de Paris.)

La remarquable efficacité de l'iodure de potassium pour calmer les paroxysmes dyspnéiques dans l'emphysème pulmonaire avec catarrhe bronchique, nous a donné l'idée d'essayer ce médicament dans la bronchopneumonie des enfants, maladie contre laquelle échouent souvent les moyens thérapeutiques connus, dans les mains même des médecins les plus expérimentés. De là, cette terrible mortalité constatée partout à la suite de cette maladie.

Depuis 1877 jusqu'à ce jour, nous avons donc administré l'iodure de potassium à nombre d'enfants, âgés de six mois à cinq ans, affectés de bronchopneumonie ; voici les conclusions qui résultent de nos observations cliniques sur l'action de ce médicament :

1° L'iodure de potassium s'est montré utile surtout contre la bronchopneumonie primitive, son efficacité est plus marquée lorsqu'il était administré au début de la maladie. Dans la bronchopneumonie survenant pendant la rougeole ou la coqueluche son emploi nous paraît par expérience d'une utilité douteuse.

2° Ce médicament convient particulièrement aux enfants

d'une constitution robuste. Il réussit rarement, au contraire, chez les enfants faibles et cachectiques.

3° Son action est plus rapide et plus sûre dans la forme subaiguë de la bronchopneumonie que dans la forme aiguë.

Les phénomènes cliniques observés à la suite de l'administration de l'iodure de potassium sont les suivants :

Dilué dans trois onces d'eau distillée, à la dose de 10 à 25 grammes (50 centigrammes à 1gr,25) suivant l'âge, dans les vingt-quatre heures. Il abaisse souvent la température, dans l'espace de deux ou trois jours, de 1 à 2 degrés; il diminue sensiblement la fréquence de la respiration, rend la toux plus humide et l'expectoration plus facile. En même temps l'examen stéthoscopique accuse une amélioration marquée, du côté des phénomènes physiques.

Si les bons effets de la médication n'apparaissent pas dans les trois premiers jours, il est parfaitement inutile de la continuer.

La résolution de la bronchopneumonie est bien plus rapide par l'usage de l'iodure de potassium que par les moyens ordinaires, particulièrement lorsque ce médicament est administré dès le début.

Nous devons ajouter, pour être exact, que souvent, surtout au commencement de nos essais, nous avons employé concurremment les ventouses sèches et les vésicatoires volants; mais nous n'attribuons à ces moyens thérapeutiques qu'une action tout à fait secondaire.

Nombre de nos confrères d'Athènes, à qui nous avions conseillé d'essayer ce médicament, nous ont déclaré l'avoir reconnu très utile en bien des circonstances.

Observons, en terminant, que l'iodure de potassium ne peut pas être considéré sans doute comme un médicament spécifique contre la bronchopneumonie des enfants; nous nous bornons à le recommander chaleureusement comme méritant d'être l'objet d'une expérimentation plus étendue.

RECHERCHES SUR LES EFFETS BIOLOGIQUES

DE L'ESSENCE DE TANAISIE ; DE LA RAGE TANACÉTIQUE OU SIMILI-RAGE

Par le M. docteur H. Peyraud (de Libourne), médecin consultant à Vichy.

Au mois de mars 1872, en faisant des recherches biologiques sur des séries d'essences ayant des rapports d'isomérie, j'avais remarqué une essence non annotée, qui ressemblait, comme odeur, à celle d'absinthe. Elle était extraite d'une synanthérée, le *Tanacetum vulgare*, encore appelée *Herbes aux vers, Absinthe de cheval.* Cette essence était fort peu étudiée, chimiquement et biologiquement. Depuis, Bruylants en a retiré le *Camphre de tanaisie* ou *Hydrure de tanacétile* (*Deutsch chem. Gesellsch*, 1878 p. 449) qui, chose curieuse, a la même constitution atomique que l'essence d'absinthe et le camphre du Japon, $C^{20} H^{16} O^2$. Ce sont les propriétés biologiques de ce camphre qu'a étudiées, le premier, Putzeys (de Liège), en 1878, priorité d'étude qu'il a revendiquée et que nous lui accordons volontiers, convaincu que les propriétés du camphre de tanaisie ne sont pas du tout les propriétés de l'essence d'où on le retire.

Or, voici ce que je constatais en 1872 : lorsque j'injectais deux gouttes de cette essence dans les veines d'un lapin de moyenne taille, au bout de 20 secondes, l'animal était pris de convulsions d'une intensité telle qu'il était en quelque sorte sidéré. Il s'élançait en avant, ou reculait par bonds, bondissait même sur place et retombait généralement sur le côté gauche. Là, tous ses muscles étaient pris de mouvements convulsifs d'une extrême violence : les dents craquaient, l'animal se mordait la langue et laissait couler une salive abondante, quelquefois sanguinolente; ses muqueuses étaient décolorées. Les sphincters anal et vésical laissaient échapper l'urine et les matières fécales. La respiration spasmodique, accélérée (115 insp. par minute) était si embarrassée qu'on aurait pu croire à chaque instant que l'animal allait asphyxier. Ces convulsions diminuaient, par moments, d'intensité et reprenaient bientôt avec plus de force que jamais. Un bruit, à côté de l'oreille de l'animal, le faisait tressaillir tout comme dans l'empoisonnement strychnique : évidemment, le sens de l'ouïe était plus excitable. Il ne perdait pas connaissance, car, lorsqu'on approchait un bâton de son museau, il le mordait avec force et on pouvait le soulever sans lui faire lâcher prise. Cette action de mordre était bien volontaire et bien distincte du mouvement convulsif des mâchoires. L'animal mordait le sol et même ses pattes et, lorsqu'on le plaçait sur le côté opposé à celui sur lequel il était tombé, il s'aidait de ses dents pour revenir à sa première position et son corps en opisthotonos décrivait souvent, sous l'influence des secousses convulsives, un véritable demi-cercle.

Cette convulsion tanacétique durait en moyenne de 50 à 60 minutes et se prolongeait même si les doses étaient plus élevées. Si elles étaient trop fortes, l'animal succombait par asphyxie.

La limite de la dose toxique dans les veines ne dépassait guère trois à quatre gouttes.

Puis, à la période convulsive succédait une période comateuse de deux et trois heures pendant laquelle l'animal semblait insensible à toute espèce d'excitation. Enfin, l'état normal revenait et, le lendemain, l'animal ne semblait en rien impressionné par la violente attaque de la veille. Au reste, dès 1872, nous avions constaté que l'essence de tanaisie s'éliminait rapidement en nature par le poumon, ce qui nous avait fait supposer qu'elle était oxygénée.

Signalons un cri rauque presque constant pendant la convulsion tanacétique, cri que nous avons aussi noté dans les convulsions épileptiques de l'essence d'absinthe et du camphre du Japon, son isomère.

Néanmoins, les accès tanacétiques diffèrent notablement de ceux produits par ces substances.

En effet, dans l'accès tanacétique, pas de perte de connaissance, l'accès est unique ainsi que la longue période de coma qui lui succède, action de mordre tout à fait volontaire, les fonctions sensorielles sont plutôt excitées que disparues. En 1876, dans le laboratoire de notre regretté maître, M. le professeur Vulpian, nous avons observé, Bochefontaine et moi, et très manifestement, une exacerbation des convulsions par la présentation d'un miroir.

Dans les phénomènes produits par l'essence d'absinthe et le camphre, c'est une succession d'accès épileptiques chacun avec sa période de coma. Or on sait que, dans l'épilepsie, il y a perte absolue de connaissance.

Les effets de l'essence de tanaisie diffèrent encore, par un côté fort important, de ceux de l'essence d'absinthe et du camphre du Japon. Nous avions remarqué en 1872 que ces deux isomères avaient la propriété bien remarquable, l'un et l'autre, d'arrêter la fonction glycogénique du foie. Nous ne retrouvions presque plus de sucre ni de matière glycogène dans le foie de nos lapins, traités par ces deux substances. Nous avons examiné à plusieurs reprises, M. Falières et moi, le foie de nos lapins tanaisiés, soit immédiatement après la mort, soit vingt-quatre heures après, et nous y avons toujours trouvé de notables proportions de glucose.

De plus, le bromure de potassium, préalablement administré avant les attaques, ne les empêche pas, comme il empêche celles produites par le camphre et l'essence d'absinthe.

L'essence de tanaisie, comme l'essence d'absinthe, élève la température : les oreilles de nos lapins sont chaudes, leurs veines sont gonflées et turgescentes, avant l'expérience nous avons constaté, comme température rectale, 39°9, puis une heure après 40°2.

Comme beaucoup d'essences, celle de tanaisie donnée par les veines pendant quelques jours détermine des marbrures congestives du poumon avec tendance à l'inflammation de la plèvre, des *infarcti* sanguins du foie, de véritables hémorrhagies.

Nous avons trouvé dans la trachée et dans les bronches des ani-

maux morts de convulsions tanacétiques des mucosités spumeuses sanguinolentes comme dans la rage.

Les effets toxiques de l'essence de tanaisie se rapprochent, on le voit, très peu du type épileptique, malgré qu'on en retire un camphre dont la constitution atomique est identique à celle du camphre du Japon et de l'essence d'absinthe.

Le type des convulsions tanacétiques est plutôt un type rabique. Tous les phénomènes de la rage s'y retrouvent : hallucinations, convulsions sans perte de connaissance, opisthotonos, spasmes des muscles du pharynx, du larynx et de tout le thorax, salivation abondante, phénomènes asphyxiques, excitabilité sensorielle, tendance à mordre, cri rauque caractéristique, diminution de la sensibilité et du mouvement, paralysie momentanée, mucosités spumeuses sanguinolentes de la trachée et des bronches, hémorrhagies sous-pleurales, *infarcti* sanguins du foie.

Ils se rapprocheraient plutôt du type tétanique, que du type épileptique, c'est un peu l'effet des strychnées. Du reste la rage ne ressemble-t-elle pas beaucoup au tétanos?

Nous croyons donc être absolument dans la vérité en donnant aux effets tanacétiques le nom de *rage tanacétique, rage artificielle, simili-rage.*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

355. M. GERVAIS. A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde, observées en Nouvelle-Calédonie. — 356. M. HUMBLOT. La variole traitée par la médication éthéro-opiacée à l'hôpital Saint-Antoine, en 1882. — 357. Mme SOLLIER. De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 octobre 1887, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme Vignal (Julie), en religion sœur Julie, de l'ordre des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul; vingt-trois ans de services, une campagne; chargée depuis vingt-trois ans du service des salles militaires de l'hospice de Chateaudun, a fait preuve du plus grand dévouement, pendant la guerre de 1870-1871 et durant plusieurs épidémies.

— Par décret, en date du 17 octobre 1887, ont été promus aux grades de médecin-major de deuxième classe ou de pharmacien-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

Gouvernement militaire de Paris. — MM. les médecins aides-majors de première classe Frédault, Giberton-Dubreuil, Ribard et Éloi.

1er corps d'armée. — M. le professeur Hermann; M. Coppens, chef de clinique.

4e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de première classe Raboudin, Padeloup et Langlebert.

8e corps d'armée. — M. le médecin aide-major de première classe Brulet.

11e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gangolphe, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Lemoine, agrégé.

15e corps d'armée. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Bidon, médecin des hôpitaux civils de Marseille; M. le pharmacien aide-major de première classe Domergue, professeur adjoint à l'École de médecine de Marseille.

16e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Glunier et Diffre, chefs de clinique; Truc, agrégé.

18e corps d'armée. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Dubreuilh, agrégé.

19e corps d'armée. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Arnaud, chef de clinique.

— Par décret, en date du 17 octobre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Genty, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

MM. les docteurs Michelot, Perrin, Loreton-Dumontet, Samson, Tacussel, Laugier, Angelby, Doyen, Auret, Burgé, Le Guével et Delon.

— Par décret, en date du 18 octobre 1887, M. le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 17 juin 1887, la fondation, faite par le sieur Bertrand-Valentin Cazeneuve, d'un capital productif d'une rente annuelle de 100 francs pour la donation d'un prix biennal.

— Par décision ministérielle, en date du 15 octobre 1887, M. Baur, médecin-major de deuxième classe au 150e d'infanterie, a été désigné pour le 155e de même arme, par permutation avec M. Goebel.

— Par décision ministérielle, en date du 16 octobre 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Colin, pour l'état-major de la place de Paris; Gatumeau, pour le 36e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 18 octobre 1887, ont été désignés :

M. le médecin-major de deuxième classe Melnotte, pour le 109e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Mary, pour le 108e d'infanterie; Basin, du 3e spahis, pour le 52e d'infanterie, par permutation avec M. Dupard.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1887, sont nommés membres de la commission d'études instituée par arrêté du 25 janvier 1887, pour l'examen et la revision des programmes de l'enseignement primaire :

MM. les professeurs Berthelot, Bouchard, Brouardel, Lacaze-Duthiers et Proust; Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Maurice Perrin et Rochard de l'Académie de médecine; docteur A. Martin, secrétaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1887, sont nommés membres de la commission chargée de reviser les programmes relatifs à l'enseignement de la gymnastique :

MM. les docteurs Marey (de l'Institut), Paul Chéron, Dally, Franck, A. Martin, Mangenot et Quénu.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le lundi 7 novembre 1887 pour la nomination à trente-cinq places de médecins des bureaux de bienfaisance, sont au nombre de quatre-vingt-dix. Ce sont les docteurs Gougelet, Saison, Roche, Turanville, Genet, Petit-Paul, Marcigney, Savoye, Dusseaud, Decaudin, Planteau, Carret, Barbillion, Alexandre, Vandenabeele, Charles (Paul), Porcher, Le Roy, Lemoine, Fauny, Grange, Viciot, Reteaud, Geneix, Bourdet, Mathieu dit Sicaud, Courtin, Laisné, Viard, Thoumas, Allix, Reuet, Binaut, Marey, Braine, Duron, Bocquet, Veilleau, Weill, Lallemant, Simard, Pastol, Mounet, Parizot, Metzger, Ménetrier, Mérigot de Treigny, Donon, Fleurot, Bœhler, Geny, Decoster, C. de Pradel, Hellen, Yvon, Suss, Charon, Fournel, Reuflet, Dhomont, Goureau, Bernhem, Veil, Peignon, Rollin, Barbe, Jacquemart, Plateau, Liandier, Campart, Laurent, Godet, Peisson, Dubief, Isnard, Bernard, Vergne, Bagnol, Battesti, Benard, Maréchal, Dutremblay, Giroud, Petit (Léon), Rolostein-Orval, Vivien, Thoumas, Legrix, Fleury, Dignat.

Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard et de M. Mourland, chef de la division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Des congés sans traitement sont accordés, sur leur demande, à MM. Bergeron, préparateur de géologie, et Vasseur, préparateur-adjoint de géologie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Suzanne est maintenu dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Forgue, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Laulanié, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'un cours de physiologie, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Toussaint.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Duhem, agrégé, est nommé maître de conférences de physique.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Landes, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques de botanique, en remplacement de M. Péchoutre, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Floquet, médecin du Palais de Justice de Paris, vient de prêter le serment d'avocat devant la première chambre de la Cour d'appel.

— La Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, est ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte, du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à neuf heures : leçon ; à dix heures : consultation.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21824.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'important et beau rapport sur la prophylaxie publique de la syphilis, lu par M. Fournier dans les séances du 7 et du 14 juin dernier (voir *Gazette des hôpitaux* des 9, 14 et 16 juin), qui attend encore, par parenthèse, sa mise à l'ordre du jour des discussions, demandait un supplément. C'était la réfutation d'un préjugé beaucoup trop répandu dans le monde et qui serait gravement préjudiciable aux intérêts de la santé publique, s'il n'était énergiquement combattu. Ce n'est pas une réfutation complète de ce préjugé que M. Fournier est venu faire dans la note supplémentaire qu'il a lue hier à l'Académie, bien que personne n'en eût mieux que lui les moyens, mais un document statistique des plus intéressants au point de vue de la nécessité de la prophylaxie syphilitique publique, qu'il a mis sous les yeux de ses collègues. Il s'agit des résultats des recherches auxquelles il s'est livré pour une période de vingt-sept ans, sur les sources de la syphilis chez la femme. Il a recherché combien, sur un nombre donné de syphilis féminines, il en est qui ont eu pour source la contamination sexuelle dans les conditions moralement irrégulières, qu'on a l'habitude de considérer comme les origines exclusives de la maladie; et combien ont été *imméritées*, c'est-à-dire contractées honnêtement dans les conditions matrimoniales régulières ou d'une manière accidentelle.

Ce relevé, fait dans sa clientèle et sa consultation privée — le problème étant insoluble à l'hôpital — lui a donné les résultats les plus inattendus et les plus curieux. On le trouvera énoncé dans l'analyse que nous avons faite de cette lecture dans le compte rendu. On y verra surtout les motifs, on ne peut plus clairement déduits, de la réfutation en règle des objections soulevées par les conclusions de son rapport et de la nécessité d'étendre surtout la protection prophylactique aux victimes innocentes de la contagion, particulièrement aux deux catégories les plus intéressantes de ces victimes, aux femmes honnêtes et aux enfants.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Hernie de l'ovaire.

Il y a un mois environ, entrait dans la salle Sainte-Catherine, au n° 28 *bis*, la nommée A... (Mélanie), exerçant la profession de fleuriste; cette femme, de bonne apparence et bien constituée, avait été réglée tardivement : elle avait eu ses règles, pour la première fois, à l'âge de dix-sept ans.

Aujourd'hui, âgée de quarante-sept ans, elle n'en est pas encore à la ménopause, mais ses règles sont, depuis deux ans environ, moins abondantes qu'autrefois et, de plus, un peu douloureuses, quoique toujours régulières. Elle n'a jamais eu d'enfants. Comme antécédents morbides, nous trouvons, il y a cinq ans, une perte en rouge, une métrorrhagie qui a duré pendant tout un long mois, mais qui, depuis lors, ne s'est jamais renouvelée, c'est la seule hémorrhagie génitale qu'elle ait eue jusqu'à ce jour. Nous devons aussi signaler, bien que cela soit en dehors de l'affection pour laquelle cette femme est entrée à l'hôpital, ce fait que, depuis plusieurs années, elle est sujette à des douleurs néphrétiques et que ses urines contiennent des graviers en quantité plus ou moins considérable.

Enfin, en 1870, à la suite d'un effort, la malade a vu se former, dans la grande lèvre du côté droit, une tumeur dont le volume était, nous a-t-elle dit, comparable à celui d'une noix ordinaire. Elle alla, à cette époque, consulter une sage-femme, laquelle lui prescrivit de porter un bandage herniaire. Ce bandage, elle l'a porté très régulièrement jusqu'à il y a dix-huit mois.

De plus, depuis quatre années déjà, elle sentait des douleurs dans l'aine et elle avait remarqué le développement graduel et très lent, dans l'aine, de la petite tumeur actuelle, sans y attacher cependant une très grande importance. Quand elle s'en est aperçue, sa tumeur avait le volume qu'elle présente aujourd'hui et était bien différente de sa hernie qui depuis longtemps ne sort plus.

Quant aux douleurs ressenties par la malade, elles sont assez irrégulières. Pendant dix ou douze jours, elle ne souffre pas; puis tout à coup la douleur se fait sentir au niveau de l'aine droite en irradiant sur la grande lèvre et la moitié supérieure et interne de la cuisse. La malade remarque que sa tumeur grossit au moment des accès et, dit-elle, aussi au moment des règles. Pourtant, ces modifications dans son volume se verraient aussi en dehors des époques menstruelles.

Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel la malade se trouve aujourd'hui, état analogue à celui dans lequel elle est entrée à l'hôpital.

Actuellement on constate, à la partie supérieure de la grande lèvre droite, une tumeur offrant le volume d'une petite amande verte, allongée dans le sens même de la grande lèvre. Cette tumeur est lisse, unie, de consistance fibreuse; elle est sans aucune adhérence à la peau et tout à fait mobile sur les parties profondes.

En dehors des douleurs spontanées intermittentes, auxquelles elle donne lieu, ainsi que nous l'avons rapporté tout à l'heure, cette tumeur est toujours douloureuse à la pression et, depuis l'arrivée de la malade dans nos salles, elle était devenue, à la suite de manipulations répétées, tellement irritable, que le plus léger attouchement faisait pousser des cris à la malade.

L'examen de l'utérus nous fournit les renseignements suivants :

1° Le toucher vaginal permet de constater que cet organe est en antéflexion et libre de toutes adhérences;

2° L'hystéromètre nous donne une profondeur de 95 millimètres;

3° Au palper abdominal, on sent l'utérus remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, très hypertrophié, et contenant manifestement des corps fibreux interstitiels. Sa corne droite n'est pas très éloignée de l'orifice inguinal, ce qui nous a conduit à penser que nous étions peut-être en présence d'un ovaire hernié, sans que cependant notre diagnostic pût être plus précis, car nous avions dû songer également à l'existence de quelque pseudo-névrome.

Bref, il y a quinze jours, je me suis décidé à opérer cette malade de la manière suivante : j'ai incisé la peau et disséqué les tissus environnant la tumeur, puis, en arrivant au niveau de celle-ci, j'ai pu constater qu'elle se prolongeait du côté du canal inguinal où j'ai rencontré un pédicule très net et assez volumineux. Une ligature a été immédiatement appliquée et j'ai opéré la section. Pansement à l'iodoforme, suture et drain.

Aujourd'hui, trois semaines après l'opération, la malade va très bien.

Voici maintenant ce que nous a donné l'examen macroscopique de la tumeur : la tumeur est allongée, légèrement aplatie; elle est terminée par un pédicule sur la partie latérale duquel on remarque une petite *cupule* que l'on pourrait prendre pour un cul-de-sac du péritoine sectionné, par suite de l'aspect luisant de sa surface. Si l'on vient à diviser ladite tumeur, on aperçoit, dans son intérieur, au milieu d'un tissu compact, des tractus blanchâtres, rayonnant vers la périphérie, ainsi que des cavités variables de forme et de volume.

Quant à l'examen histologique fait au laboratoire par M. le docteur Latteux, il nous fournit des détails intéressants sur la tumeur proprement dite, sur son pédicule et sur la petite cupule dont je viens de vous parler.

1° Dans la tumeur proprement dite, nous apercevons, à l'aide d'un faible objectif, les dispositions suivantes :

a. Des cavités arrondies ou ovalaires, de forme et de volume très variables, présentant un revêtement épithélial ;

b. D'autres cavités, dans l'intérieur desquelles on voit faire saillie des bourgeonnements du tissu conjonctif périphérique ;

c. Enfin des fentes linéaires, simples ou ramifiées, provenant de l'accolement des parois opposées des cavités primitives, dont la lumière tend à disparaître, par suite de la poussée du stroma fibreux de la région.

On constate dans ces points l'existence de masses pelotonnées de fibres élastiques fines, entourant ces fentes et présentant le même aspect que celui qu'on observe habituellement dans les tissus cicatriciels. Notons, enfin, la présence, au milieu du tissu de la tumeur, de granulations colorées en brun et provenant d'épanchements sanguins dont les éléments sont plus ou moins altérés.

Si maintenant on examine la tumeur à l'aide d'un grossissement supérieur, on remarque que ses cavités sont tapissées d'un épithélium cubique ou cylindrique, qui manque en certains points. Cet épithélium présente également plusieurs couches de cellules.

Un détail important à noter, c'est l'atrophie graduelle des cavités dont on peut observer toutes les nuances depuis l'état normal jusqu'à la simple fente linéaire entre les lèvres de laquelle on rencontre encore quelques débris de cellules.

Quant aux lignes rayonnées que nous avons remarquées sur la coupe de la tumeur à l'examen macroscopique, elles n'étaient autre chose que les amas de fibres élastiques que nous avons mentionnés tout à l'heure.

En résumé, on voit donc, par cette description, que nous avons eu affaire à une masse fibreuse contenant des cavités à épithélium cylindrique, telles qu'on en rencontre dans l'ovaire. De plus, ce qui enlève toute incertitude sur la nature de cet organe, c'est la présence de ce tissu cicatriciel, joint à l'existence de produits colorants hématiques, qui a pris naissance à la suite des chutes périodiques d'ovules.

2° Le pédicule de la tumeur est formé de tissu fibreux contenant quelques fibres musculaires lisses, et un tissu adipeux abondant. En somme, il ne nous offre rien de bien particulier.

3° En étudiant la petite cupule que nous avions remarquée lors de l'examen macroscopique de la tumeur, nous voyons que ce qui avait été pris pour un repli du péritoine, n'est autre chose qu'une section d'une des grandes cavités kystiques dont il ne reste que la moitié. Au-dessous d'elle et immédiatement accolées, on trouve d'autres cavités semblables et encore revêtues de leur épithélium.

Mais ce qui est important surtout à signaler en ce point, c'est la présence d'un gros paquet de fibres nerveuses hypertrophiées, lequel nous donne l'explication du phénomène douleur que nous avons signalé au commencement de cette leçon, de cette irritabilité de la tumeur telle, dans les derniers jours qui précédèrent l'opération, que le plus léger attouchement de ladite tumeur faisait pousser des cris à la malade.

En résumé, nous voyons donc, par les détails que nous venons de donner, que l'examen histologique, fait avec le plus grand soin par M. le docteur Latteux, est venu confirmer absolument le diagnostic que nous avions porté, comme à peu près probable, de hernie de l'ovaire.

D'autre part, je dois ajouter que l'idée de fibro-névrome possible était aussi parfaitement justifiée par l'existence des éléments nerveux, constatés par M. Latteux sous le champ du microscope, et dont le volume réellement considérable, explique parfaitement les violentes douleurs éprouvées par la malade, surtout à la suite de manipulations répétées.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

Pleurésie aiguë, épanchement considérable, indications et contre-indications de la thoracentèse.

Au n° 1 de notre salle des femmes, nous avons une malade atteinte de pleurésie du côté gauche avec épanchement considérable tel que la première question que nous avons à nous poser est celle-ci : Faut-il ponctionner la poitrine ? Faut-il faire la thoracentèse ? Mais auparavant, je vais donner la parole à mon chef de clinique, M. le docteur Siredey, pour vous faire connaître le début de la pleurésie et l'état dans lequel se trouvait la malade lorsqu'elle est entrée dans nos salles.

« La maladie a débuté il y a vingt jours, le 31 du mois dernier, par un point de côté situé à gauche au-dessous du sein. Dès le lendemain appelé auprès d'elle, je l'examinais, et, malgré la persistance de la douleur de côté, je n'observais dans la poitrine aucun signe, aucun phénomène anomal, ni dyspnée, ni fièvre.

Cet état dura sans aucun changement pendant trois ou quatre jours, après lesquels la douleur augmenta et la fièvre apparut. Enfin, c'est seulement quelques jours plus tard, le 9 de ce mois, soit dix jours après le début des premiers accidents, que la malade fut amenée à l'hôpital avec un épanchement dans la plèvre du côté gauche. A ce moment, la matité de la poitrine s'étendait, en arrière, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine ; en avant, depuis le mamelon jusqu'à la partie inférieure du poumon. Ce même jour, 9, un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine ; l'épanchement continua à se produire, s'étendant bientôt en arrière comme en avant, au-dessus des points que nous venons d'indiquer. Le cœur, par suite, fut repoussé sous le sternum. Un nouveau vésicatoire fut appliqué en arrière, dans le dos, du côté gauche, en même temps que nous prescrivions l'eau-de-vie allemande.

C'est à la suite de cette médication que l'épanchement s'arrêta dans sa marche progressive, affectant même une certaine tendance à diminuer ; par suite, le déplacement du cœur n'augmenta pas. Depuis trois jours aussi la dyspnée a perdu de son intensité, et le liquide épanché dans la cavité pleurale est en voie de décroissance. »

Vous venez d'entendre la description des phénomènes morbides que M. Siredey avait observés. Voici maintenant ce qui a eu lieu depuis lors.

Il existait, comme il vient de le dire, une légère déviation de la partie droite du cœur, repoussé par le fait de l'épanchement pleural. La matité s'est étendue en avant, jusqu'au deuxième espace intercostal, ce qui est parfaitement significatif de la quantité considérable de liquide épanché. En arrière, cette matité s'élevait plus haut encore, mais elle n'était pas partout aussi absolue. En effet, ici, elle reconnaissait une double cause : 1° l'épanchement liquide ; 2° la formation d'un exsudat visqueux, adhérent. J'ajoute, autre signe important à constater, car il démontre aussi que l'épanchement pleural est énorme, que lorsque nous avons fait asseoir la malade, elle n'a pas toussé comme elle l'aurait fait si la quantité de liquide épanché avait été médiocre. En effet, lorsque l'épanchement est peu abondant, la malade étant couchée, le liquide se tasse dans la gouttière costo-vertébrale, tandis que, si on la fait mettre sur son séant, le liquide descend à la partie inférieure de la cavité pleurale, et vient ainsi chatouiller, exciter la partie antérieure et la partie inférieure des poumons. De là, des accès de toux comme phénomène réflexe, résultant du contact du parenchyme pulmonaire avec un corps étranger, c'est-à-dire avec le liquide épanché.

Or, si, dans le cas d'un épanchement considérable, la toux n'a pas lieu, cela tient à ce que, par suite de la présence du liquide pleural, le poumon se trouve comprimé, refoulé en haut, et, dans toutes les positions qu'il occupe dans la poitrine par suite des diverses attitudes du malade, il est constamment en rapport par sa base avec le liquide.

Ainsi rappelez-vous que, dans tout épanchement considérable, les différences d'attitude du malade ne déterminent pas le phénomène réflexe de la toux.

En résumé donc, épanchement pleurétique gauche considérable, pas de souffle, abolition du murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine du côté gauche, sauf en haut dans la fosse sus-épineuse ; égophonie légère typique quand la malade parle.

M. Aran a dit, d'après de nombreuses statistiques, que les épanchements pleurétiques du côté droit étaient plus graves que ceux qui siégeaient à gauche, parce qu'ils reconnaissaient une origine tuberculeuse. Cela est parfaitement vrai, et il est curieux de voir qu'Hippocrate, qui représente la synthèse des observateurs en médecine, a dit aussi que l'empyème qui siégeait du côté droit était plus grave que celui du côté gauche. Chez notre malade, l'épanchement est à gauche, ce que je préfère pour elle. D'ailleurs, cette femme est forte et sa pleurésie, survenue à la suite d'un refroidissement, n'est donc qu'une pleurésie *a frigore*.

J'arrive maintenant à la question que j'ai posée en commençant cette leçon : Faut-il faire la ponction d'un épanchement que nous pouvons évaluer approximativement à un litre et demi ou deux litres, épanchement séreux qui n'a aucune tendance à devenir purulent chez une femme qui présente encore de la fièvre. Les trois premiers jours la température s'était élevée à 38°8, puis à la suite d'un vésicatoire, elle était retombée à 38 degrés, pour remonter le 16 et le 17 à 39 degrés, le 18 à 40 degrés le soir et redescendre de nouveau et rapidement aujourd'hui, dix-neuvième jour de la maladie, à 37 degrés.

Or, le dix-neuvième jour est très près du vingt et unième, c'est-à-dire de la fin du troisième septénaire, et vous savez que dans la pleurésie il faut tenir un certain compte des septénaires. De plus, vous savez aussi que l'on ne doit pas intervenir chirurgicalement dans cette affection tant que la fièvre persiste, car qui dit fièvre, dit maladie aiguë. Par conséquent, il ne faut pas chercher, en pareils cas, à soustraire un liquide qui se reproduirait aussitôt et fatalement, car, tant que la fièvre existe, la maladie est en pleine activité. Les seuls cas où parfois on doit intervenir sont ceux où l'épanchement est tellement considérable et la dyspnée tellement intense, qu'il y a véritablement péril pour le malade.

Mais est-ce là ce que nous trouvons chez notre femme ? Non, car elle respire à peu près comme vous et moi, elle ne présente pas de troubles de l'hématose, en apparence du moins, et le cœur n'est que peu dévié de sa position normale. D'où je suis en droit de conclure à une non-intervention chirurgicale.

De plus, j'ajoute que, quand on ponctionne la poitrine chez un malade dont la pleurésie est à l'état aigu et s'accompagne de fièvre, non seulement le liquide se reproduit rapidement, mais encore il peut avoir quelque tendance

à se transformer, à devenir séro-purulent ou même purulent.

A l'époque où l'on faisait, pour ainsi dire sans rime ni raison, d'une façon exagérée, la thoracentèse, j'ai entrepris une campagne contre la ponction de la pleurésie aiguë, et les deux maîtres en chirurgie, que je consultai séparément sur ce sujet, me répondirent avec le plus parfait accord qu'avant d'être professeurs à la Faculté, ils n'avaient jamais fait l'opération de l'empyème, mais que, depuis le jour où la mode avait été de ponctionner jusqu'aux épanchements pleurétiques aigus, il ne se passait pas d'année qu'ils n'eussent à faire trois ou quatre fois l'opération de l'empyème. — Et que deviennent les opérés? leur demandai-je. — Ils succombent presque toujours, me répondirent-ils.

En résumé, si, dans certains cas, nous nous trouvons forcés par l'état du malade de ponctionner un épanchement pleurétique aigu, nous ne devons pas oublier que cette opération peut avoir des conséquences fâcheuses et que l'épanchement séreux peut se transformer en un épanchement séro-purulent ou purulent. C'est pourquoi nous faisons suivre ces ponctions forcées de l'application de vésicatoires sur la poitrine, afin de combattre la reproduction du liquide épanché.

J'ai dit que notre malade était arrivée, ce matin, au dix-neuvième jour de sa pleurésie, que la température était tombée chez elle à 37 degrés, et qu'il était admis qu'au troisième septénaire, la pleurésie était bien près de la guérison. Cela est vrai pour la pleurésie simple.

Je vous citerai, à ce propos, le fait suivant qui m'est arrivé à l'hôpital de la Pitié. Le jour où je prenais possession d'un nouveau service de médecine, les malades de mes salles m'étaient tout naturellement inconnus. Parmi eux se trouvait un individu atteint de pleurésie avec épanchement considérable. L'interne, que j'interrogeais à son égard, me fit connaître que mon prédécesseur avait eu l'intention, la veille même, de faire la thoracentèse, et que s'il n'avait pas pratiqué cette opération, cela tenait à ce que l'appareil était en si mauvais état qu'on avait dû le porter immédiatement à réparer. Pendant trois jours, je réclamai en vain l'instrument, il ne fut rapporté que le cinquième jour, c'est-à-dire au moment où l'épanchement venait de disparaître. Le malade en était au vingt-troisième jour de sa pleurésie.

Le fait, vous le voyez, était intéressant, et si j'avais voulu pratiquer la thoracentèse, c'était uniquement à cause de l'abondance du liquide épanché et des dangers qu'il paraissait devoir faire courir au malade par suite même de son abondance.

En effet, quand un épanchement est très considérable, il supprime, il annihile pour ainsi dire le poumon du côté correspondant, et par suite devient un danger imminent de mort subite. Pourquoi? parce qu'il entrave la circulation dans la branche artérielle pulmonaire du côté supprimé, qu'il tend à déterminer des coagulations fibrineuses dans cette branche, quelque thrombose, pouvant gagner le tronc commun des deux artères pulmonaires, et donner lieu, par suite, à une syncope mortelle.

C'est là l'une des causes de la mort subite dans les épanchements pleurétiques abondants.

En résumé, l'on peut ponctionner la poitrine lorsque la pleurésie a dépassé le vingt et unième, le vingt-septième, le vingt-huitième, le trentième jour, c'est-à-dire quand la fièvre a cessé, quand il ne reste plus de la pleurésie que l'épanchement séreux.

Or, notre malade en est aujourd'hui, je le répète encore une fois, au dix-neuvième jour de sa pleurésie, la fièvre a disparu, la température est tombée à 37 degrés, d'où je suis en droit d'espérer voir, d'ici à un, deux ou trois jours, l'épanchement liquide se résorber; d'ailleurs nous aiderons à cette résorption par une nouvelle application de vésicatoires.

THÉRAPEUTIQUE

La diète animale en thérapeutique

Par M. le docteur Sirvan.

La déchéance organique menace la génération présente; elle ne prend pas sa source, ainsi qu'on pourrait le croire *à priori*, dans une alimentation insuffisante, car les classes aisées semblent être les plus menacées. L'observateur attentif trouverait plus volontiers la cause de cette déchéance dans la dépense nerveuse qui s'impose aujourd'hui. En effet, le cerveau, toujours en travail, contribue au progrès, ou jouit des surprises et des satisfactions que lui procure une civilisation avancée; il dépense ainsi la plus grande partie des forces destinées aux fonctions organiques et à la digestion, en particulier. Nous ne pourrions plus utiliser la lourde et frugale alimentation des ancêtres; elle réclame un déploiement de force trop considérable et l'usage de la nourriture animale s'impose à nous, parce qu'elle présente sous un petit volume une richesse nutritive incomparable. Le tube intestinal travaille beaucoup moins, mais il perd de sa vigueur, et son affaiblissement retentit sur la constitution générale; si à ce moment un nouvel effort est demandé à l'organisme; si un accident survient, la viande elle-même n'est plus digérée; la nutrition devient insuffisante, la chute est prochaine. Dans une telle conjoncture, le médecin pouvait autrefois recourir au régime animalisé qui soulageait l'estomac et relevait rapidement les forces. Cette ressource lui fait aujourd'hui défaut et il serait désarmé s'il n'avait, comme auxiliaire, la viande peptonisée en dehors de l'individu; celle-ci m'a été d'un puissant secours dans les circonstances suivantes :

J'ai pour ami et client M. M..., homme instruit, d'une excellente constitution, mais doué d'une activité dévorante.

Pendant dix années, il travailla dix-huit heures par jour, surmenant à l'envi son cerveau et son corps. A trente-huit ans, il eut à soutenir un procès dans lequel sa fortune était en jeu; il n'en fallait pas tant pour faire déborder le vase.

Dès la deuxième année de lutte, M. M... devint misanthrope; ses jeunes enfants qu'il adorait, lui pesaient comme un remords; son esprit se traînait péniblement dans les travaux et les expériences qu'il avait à suivre; lui, qui avait tant voulu, se sentait las de vouloir. Un besoin infini d'anéantissement l'envahissait comme on ressent parfois un besoin invincible de dormir. Son goût s'était émoussé; l'appétit était nul. Afin de faire face à un travail écrasant, à une lutte difficile, il mangeait par raison, mais sans profit. Les nuits étaient mauvaises; le matin, un léger sommeil réparateur était troublé par une sueur profuse; il perdait du poids tous les jours, et ses traits s'altéraient visiblement.

Confident de ses pensées secrètes, j'étais effrayé de cet épuisement nerveux; le repos, l'oubli, eussent, j'en suis convaincu, sauvé cette vaillante nature sur le penchant de la ruine; mais il portait seul le poids des affaires, et il était inopportun de lui conseiller le repos.

Je lui fis prendre de la viande en poudre à haute dose; les selles devinrent odorantes et l'on y rencontrait au microscope des fibres striées; je pensais que le lait serait mieux assimilé; il n'en fut rien. J'engageai alors M. M... à prendre, un quart d'heure avant chaque repas, deux cuillerées à bouche de Peptone Defresne, dans un peu de bouillon ou d'eau tiède et salée. Après quinze jours de ce régime, l'alimentation ordinaire n'était encore qu'imparfaitement utilisée; mais la Peptone commençait à relever les forces; l'acca-

blement intellectuel perdait de son intensité et les sueurs nocturne devenaient moins fréquentes.

Bientôt le goût se réveilla, les aliments furent mieux utilisés; le sentiment de fatigue infinie disparut et, dès ce moment, M. M... puisa une force nouvelle dans la vue de ses enfants. Il continua la Peptone Defresne pendant une année et reprit un peu d'embonpoint.

Sur ces entrefaites, il gagna son procès; cette heureuse issue compléta la cure commencée avec la Peptone Defresne. L'esprit reste encore assombri par un souvenir pénible; mais le travail est redevenu aisé et fécond.

Dans cette observation, la peptone a fait ce que l'on ne pouvait plus espérer d'un régime alimentaire quelconque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Danion protestant contre la lettre de M. le docteur Vigouroux qui a été lue dans la précédente séance, relativement à la non-polarisation des tissus (renvoyée à une commission composée de MM. Gavarret, Gariel et Constantin Paul);

2° Une lettre de M. Chèdevergne demandant à être inscrit comme candidat au titre de correspondant pour la première section;

3° Une lettre de M. Leloir accompagnant le dépôt d'un pli cacheté (le dépôt est accepté);

4° Une lettre de M. le docteur Carry (de Lyon) relative aux vaccinations et revaccinations pratiquées dans les écoles municipales de cette ville (comm. de vaccine);

5° Une lettre de M. le docteur Dechaux communiquant une nouvelle observation de croup pour faire suite à l'histoire de l'épidémie de croup qui règne en ce moment à Montluçon (comm. des épidémies);

6° Une note de M. le docteur Gayral (de Carignan) sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement du choléra;

7° Une lettre de M. le docteur Terrier se portant candidat pour la section de pathologie chirurgicale.

RAPPORT

Eaux minérales. — **M. PROUST** lit, au nom de la commission permanente des Eaux minérales, un rapport officiel dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— M. le président informe l'Académie que, d'après l'avis du conseil d'administration, vu la surcharge des travaux de l'Académie, la prochaine séance aura lieu samedi prochain 29, mardi prochain étant le jour de la Toussaint.

LECTURES

Quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne. — **M. BOURRU**, médecin de l'hôpital maritime de Rochefort, donne lecture d'une note sur quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne, dont il déduit les conclusions suivantes :

1° L'infection paludéenne peut déterminer, dans les centres nerveux, des lésions congestives ou inflammatoires;

2° Ces lésions, à leur début, sont justiciables du traitement spécifique de l'infection et peuvent guérir avec elle;

3° Dans d'autres cas, soit que le traitement ait été appliqué trop tard, soit que les accidents aient été trop violents dès le début, ils peuvent persister malgré le traitement spécifique et évoluer indépendamment de leur cause infectieuse.

Documents statistiques sur les sources de la syphilis chez la femme. — **M. ALF. FOURNIER** lit, sous ce titre, une note dont voici le dispositif principal :

Dans un rapport récent, j'ai été amené, dit-il, d'une façon incidente, à signaler un préjugé vulgaire, fait pour nuire à la prophylaxie publique de la syphilis.

Ce préjugé est le suivant : nombre de personnes, parmi les gens du monde, se représentent la syphilis comme une maladie dérivant exclusivement de la débauche, exclusivement dangereuse pour ceux-là seuls qui s'y exposent.

Partant de ces prémisses, on se désintéresse volontiers de toute tentative de prophylaxie publique.

Un tel préjugé mériterait tout au plus une simple mention s'il restait inoffensif comme résultat pratique. Mais comme il est de nature à desservir gravement les intérêts de la santé publique, il doit être dénoncé à l'attention et énergiquement combattu.

M. Fournier, dans ce travail, s'est proposé principalement d'étudier ce point de la question : sur un nombre donné de syphilitiques féminines, observées dans un certain milieu, combien en est-il qui dérivent d'une contagion *imméritée*? Ou bien, sur un nombre donné de syphilis féminines, combien est-il de femmes qui aient contracté la syphilis dans les conditions moralement et socialement irrégulières? et combien en est-il, d'autre part, ayant reçu la syphilis, dans les conditions précisément opposées, c'est-à-dire honnêtement, irréprochablement?

Depuis son doctorat, c'est-à-dire depuis vingt-sept ans, M. Fournier a reçu, dans son cabinet, 887 femmes affectées de syphilis. Défalcation faite d'un certain nombre de cas où le diagnostic est resté entaché d'incertitude, ces 887 cas ont pu être catégorisés ainsi :

Cas de syphilis d'origine sexuelle	842
— non vénérienne	45
	887

Ce second groupe est composé de cas très variés, n'ayant de commun entre eux que ce fait d'une origine non vénérienne. On y trouve : 7 cas de syphilis d'origine héréditaire; 4 cas de syphilis accidentelle, contractée dans l'enfance; 8 cas d'infection transmise à des nourrices par des nourrissons héréditairement syphilitiques; 5 cas relatifs à des sages-femmes infectées aux doigts ou à la main dans l'exercice de leurs fonctions; 22 cas de contagion domestique dérivant de nourrissons, d'enfants, de nourrices ou de bonnes en état de syphilis; 2 cas de syphilis vaccinale; 2 cas de syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; 1 cas consécutif à un viol; 4 cas d'origine restée inconnue, mais certainement étrangère à toute contamination d'ordre vénérien; total : 45.

Reprenant le groupe des syphilis dérivant de la contamination sexuelle, M. Fournier a recherché quels étaient la situation sociale, l'état civil des 842 femmes qui constituent ce groupe :

Il résulte de cette recherche que ces 842 femmes peuvent être distribuées en trois catégories :

1° Femmes appartenant au monde galant (irrégulières de tout genre)	366
2° Femmes mariées	220
3° Femmes de conditions sociales restées inconnues	256
	842

Des supputations et explications auxquelles se livre M. Fournier sur ces chiffres, il en ressort un total de 164 femmes mariées ayant reçu la syphilis de leurs maris.

De l'analyse de ces divers groupes de faits, M. Fournier tire un argument puissant contre les adversaires de la prophylaxie publique, qui fondent leur fin de non-recevoir sur une assimilation de tous les syphilitiques, quelle que soit l'origine de leur syphilis.

Cette doctrine qui confondrait tous les groupes, dit-il, je ne saurais la juger et la condamner assez sévèrement, au nom de l'expérience que j'ai acquise. Elle est cruelle d'abord parce qu'elle assimile les malheureux syphilitiques à des coupables, tout au moins à des débauchés; en ce qu'elle confond avec un délit ou une honte, ce qui n'est le plus souvent le résultat que d'une malechance, d'une erreur ou d'un péché de jeunesse.

D'autre part cette doctrine n'est pas seulement cruelle, elle est absurde en ce qu'elle méconnaît ce grand fait que la syphilis vit et s'entretient de ricochets, de contagions qui irradient de n'importe qui sur n'importe qui; en ce qu'elle méconnaît toute la

classe nombreuse, plus nombreuse qu'on ne le croit généralement, des syphilis issues de toute autre source que la débauche.

Donc, en l'espèce, un peu plus d'indulgence et de charité serait bien de circonstance.

Donc — et telle est la conclusion que vise cet exposé — une prophylaxie publique de la syphilis ne ferait pas assurément que servir les intérêts de ce qu'on appelle le public « peu intéressant » de la débauche. Elle ferait autre chose qu'on oublie ou qu'on affecte de ne pas voir. En attaquant, en diminuant la syphilis dans ses origines les plus communes, elle diminuerait du même coup le nombre de cas de syphilis imméritées.

Bref, instituer une prophylaxie publique de la syphilis, ce n'est pas seulement travailler pour le débauché; ce n'est pas seulement protéger ceux-là qui auraient un moyen plus efficace de se sauvegarder eux-mêmes; c'est de plus protéger les femmes honnêtes et les enfants, victimes innocentes du redoutable fléau. C'est entreprendre une croisade d'utilité publique; c'est, en un mot, assainir d'une façon générale et dans un intérêt général. (*Vifs applaudissements.*)

Diarrhée verte chez les enfants du premier âge. — M. HAYEM lit, pour M. Lesage, interne des hôpitaux, une note sur ce sujet. Il y a, dit l'auteur de cette note, deux sortes de diarrhée verte, l'une bilieuse, sans microbe pathogène, l'autre produite par un microbe pathogène et qui mérite seule le nom de diarrhée verte microbienne.

Ce bacille, dont l'auteur indique la morphologie et les procédés de culture, est-il cause ou effet de la diarrhée verte? Cette question est résolue affirmativement par l'expérimentation.

Le mode de contagion se fait surtout par l'air.

Quant au traitement, l'acide lactique paraît, jusqu'à présent, avoir agi comme spécifique contre la diarrhée verte microbienne. Après l'acide lactique viendrait en deuxième ligne le calomel.

M. GUÉNIOT demande à M. Hayem dans quelle proportion il a rencontré les deux variétés. Quant à lui, c'est la diarrhée bilieuse qu'il a observée le plus souvent. Il ne nie pas la diarrhée verte microbienne, mais il la croit rare.

MM. BLOT et BERGERON appuient ce que vient de dire M. Guéniot.

M. HAYEM n'a pas prétendu dire que diarrhée verte voulût signifier toujours diarrhée microbienne. Il n'ignore pas que, dans les premiers jours de la naissance, c'est la forme bilieuse qui domine, mais à partir de six mois la diarrhée microbienne domine à son tour.

PRÉSENTATION

Excision d'un spina-bifida lombaire et réduction dans le canal rachidien de la portion herniée de la moelle et de ses enveloppes chez un enfant de deux mois. — M. CH. PERIER présente à l'Académie un enfant qu'il a opéré d'un spina-bifida lombaire, le 18 septembre dernier, alors qu'il n'était âgé que de deux mois. L'enfant et le moule de la tumeur enlevée sont placés sous les yeux des assistants.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 octobre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Carrade, Perrin de la Touche, Julia, Colonna, Durand, Laurent, Delalande, Bombart, Paterne, Assada, Honnorat.

— Par décret, en date du 23 octobre 1887, ont été nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM, les docteurs Renard, Bourdel, Brunon, Lemarignier, Vallin, Cayla, Dubief, Bertrand, Bonnet, Bonnel, Godet, Masingue.

— Par décision ministérielle, en date du 21 octobre 1887, M. Schoull, médecin aide-major de première classe au 91e d'infanterie, a été désigné pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 octobre 1887, un concours s'ouvrira, le 4 mai 1888, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 octobre 1887, un concours s'ouvrira le 1er juin 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Par arrêté ministériel, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1887, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1888.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle, commenceront le mardi 3 novembre 1887. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1887-1888, aux jours et heures ci-après désignés :

1° *Physique* : Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre à six heures du soir, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guebhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 26 octobre au samedi 5 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie* : Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 26 octobre au samedi 5 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle* : Le lundi et le jeudi pour la première série et le mardi et le vendredi pour la deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures et demie à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 5 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils seront prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

— M. le docteur Moricourt, ancien chef de clinique du docteur Burq, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallothérapie, le dimanche 30 octobre à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure, 9, rue de Chanaleilles.

— MM. Boissard, chef de clinique adjoint d'accouchements, et P. Berthod, ancien interne à la Maternité, recommenceront leurs cours d'accouchements, le lundi 7 novembre, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare; à M. Berthod, 17, place de la République.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21830

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le viol dans le sommeil hypnotique.

En terminant la dernière leçon, j'avais commencé à vous expliquer comment on peut constater et démontrer qu'une femme est hystérique et, partant, hypnotisable. Le signe le plus probant résulte des expériences de Galezowski, Landolt et Charcot. Briquet, le premier, a constaté l'amblyopie hystérique ; Galezowski a découvert le manque de notion des couleurs : les hystériques cessent peu à peu de distinguer les couleurs ; Landolt a signalé le rétrécissement du champ visuel. Enfin Charcot a repris l'étude de la question et a montré qu'au lieu de voir les couleurs complémentaires comme les daltonistes (vert au lieu de rouge, bleu au lieu de jaune), les hystériques ne reçoivent plus, devant certaines couleurs, que la sensation de gris ; ils sont achromatopsiques. La vision des couleurs suit des lignes concentriques qui ne sont pas absolument circulaires autour du centre optique. Lorsqu'elle disparaît, c'est dans un ordre constant : violet, vert, rouge, orange, jaune, bleu. Quelquefois, au lieu du bleu, c'est le rouge qui persiste le dernier.

Il n'est pas difficile de constater l'achromatopsie : il suffit de présenter à la malade des cartons colorés, et de lui demander quelle couleur elle voit sur chacun d'eux.

Pour vérifier le rétrécissement du champ visuel, il existe un instrument spécial, formé d'un demi-cercle en carton noir, sorte de croissant, portant à son milieu un bouton de cuivre brillant. On fait placer le menton de la malade sur un support placé entre les bras du croissant, et on lui ordonne de fixer le bouton de cuivre ; puis, on prend un carton coloré, visible pour elle, et on l'éloigne lentement du bouton de cuivre qu'elle regarde toujours, en lui demandant de dire quand elle cessera de voir le carton coloré. A ce moment, on lit, à l'endroit du croissant où se trouve le carton, une graduation qui permet d'apprécier l'étendue du champ visuel de la malade.

Vous avez constaté qu'elle est hystérique ; est-elle réellement hypnotisable ? Pour répondre, il est essentiel que l'expert sache le procédé habituel dont se servait son magnétiseur. C'est, en effet, par ce procédé qu'elle s'endormira le plus facilement, même avec un autre opérateur. Il y a des femmes, — ceci est une incidente, — qui s'endorment rien qu'en voyant endormir les autres. De là, le danger très réel des séances publiques. M. Damaschino vient de m'écrire pour me le signaler encore. Une de ses clientes et amies a été prise d'attaques d'hystérie convulsive, à la suite de ces représentations qui sont maintenant interdites en Allemagne, en Autriche et en Italie.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire du magnétisme. Qu'il me suffise de vous rappeler qu'après le baquet de Mesmer, après les passes et la théorie du fluide, le magnétisme est entré dans une phase plus scientifique, avec Braid qui a provoqué le sommeil par la fixation d'un objet brillant, placé à quelques centimètres des yeux, et un peu au-dessus. L'exemple d'aveugles qu'on a pu endormir ainsi, prouve bien que le sommeil magnétique résulte du fait que l'attention est vivement portée sur un objet plus ou moins imaginaire. Lasègue l'a provoqué ensuite par la simple occlusion des yeux, en appuyant avec les doigts sur les paupières. Broca, Verneuil, Follin, ont fait des amputations pendant le sommeil hypnotique, sans que l'opéré se réveillât. Il entraîne donc l'anesthésie.

Il existe chez certaines femmes des *zones hypnogènes*, parties déterminées du corps, qu'il suffit de presser pour provoquer le sommeil : par exemple, le lobule de l'oreille, le pouce gauche, la région des coudes. En sorte qu'il est arrivé que des individus, prenant une femme par les coudes, l'ont endormie aussitôt, sans le savoir et sans le vouloir.

Ce n'est pas tout d'endormir ; il faut réveiller. Puységur, qui a été longtemps le grand-prêtre du magnétisme, frottait les paupières de ses patients, au point d'amener parfois des ecchymoses. Aujourd'hui, on ouvre les yeux et on souffle dessus.

Voici quels sont les phénomènes précurseurs du sommeil : les paupières se mettent à battre, les yeux sont en convergence vers le haut, il se produit un mouvement de déglutition, deux ou trois soupirs et c'est tout.

Nous allons suivre maintenant les diverses phases de ce sommeil, et vous verrez que, s'il est très facile de violer une femme dans certaines phases, c'est impossible dans d'autres. La première phase est l'état *léthargique*. La femme tombe tout d'un coup, absolument inerte ; c'est l'image de la mort, moins la rigidité cadavérique. Il y a une anesthésie, une analgésie absolues. Mais le phénomène sur lequel j'insiste, parce qu'il est capable de dépister la ruse et la simulation, est celui-ci : si vous prenez un muscle quelconque, il est

atteint d'hyperexcitabilité musculaire, et il entre en contracture ; cette contracture, vous ne la ferez cesser qu'en prenant les muscles antagonistes. De même, si vous appuyez avec la pointe d'un crayon sur le trajet du facial, tous les muscles de la face entrent en contracture.

Lorsqu'une femme est en léthargie, si on lui ouvre les paupières, elle entre tout de suite en *catalepsie*. Elle reste alors, comme un mannequin, dans la position que vous lui imprimez. Les paupières, notamment, restent fermées. Il y a, comme toujours, un diagnostic à faire entre le fait réel et le fait simulé. Si vous lui étendez le bras, la véritable hystérique gardera cette position presque indéfiniment, ou, du moins, ne l'abaissera que très lentement, obéissant aux lois de la pesanteur ; la simulatrice fera des efforts qui se traduiront par un rythme anomal de la main, et, au bout d'un certain temps, elle sera baignée de sueur.

Il y a encore quelque chose de très particulier à noter. Lorsqu'on imprime à la femme un geste quelconque, sa physionomie prend immédiatement l'expression correspondante à ce geste. C'est ainsi que si vous lui rapprochez les mains de la figure, elle a l'air de désirer vous envoyer un baiser. De même, si on faradise les muscles du rire, de l'extase, de la colère, du mépris, le geste correspondant à chacun de ces sentiments se produit aussitôt. Cette espèce de suggestion est très intéressante au point de vue philosophique, mais ce qu'il nous importe, à nous, de remarquer, c'est qu'il est à peu près impossible à une femme, à moins qu'elle ne soit une anatomiste très distinguée, de savoir quels sont les muscles qu'il faut faradiser pour obtenir le rire, la colère, etc., et pour jouer une comédie aussi minutieuse.

Je dois ajouter que les sujets accidentels ne présentent pas ces différents caractères aussi nettement et aussi rapidement que les sujets habituels de la Salpêtrière.

Lorsqu'on prend une femme en léthargie, elle entre en catalepsie, si on ne lui ouvre qu'un œil, du côté seulement où l'œil est ouvert.

Si vous frottez légèrement sur le front d'une femme en catalepsie, elle passe dans la phase du *somnambulisme provoqué*. Ici les phénomènes sont tout différents. La volonté de la femme semble abolie dans une certaine mesure, et remplacée par celle de l'hypnotiseur qui fait faire tout ce qu'il veut, ou à peu près, à la patiente. Celle-ci aura oublié, à son réveil, tout ce qui s'est passé. En attendant, elle va et vient comme tout le monde, a les yeux perçants et doués d'hyperesthésie, au point de pouvoir lire facilement dans une demi-obscurité. On peut aussi sembler la faire lire les yeux fermés, parce qu'il suffit que ses paupières soient à peine entr'ouvertes, pour qu'elle y voie très nettement. Il y a chez elle une exaltation de la force musculaire qui lui fait repousser vigoureusement toutes les personnes qui se mettent sur son passage. Enfin, l'hyperesthésie de tous les sens est telle, qu'il suffit de souffler sur le revers de la main pour amener sa contracture, et sur la paume pour faire cesser cette même contracture.

Je voudrais maintenant faire l'application de ces états aux différents cas médico-légaux.

Le premier fait qui se soit présenté date de l'année 1878. Il y avait à Rouen un dentiste ambulant, ayant une clientèle féminine, très nombreuse et très distinguée. La dame B... accusait L... d'avoir engrossé sa fille âgée de vingt ans, dans l'exercice de sa profession. En entrant dans le cabinet du juge d'instruction, où étaient ces deux femmes L... eut une phrase malheureuse : « Je vous en supplie, dit-il à la jeune fille, ne me perdez pas ; vous étiez pure, tout ce que j'ai vous appartient, mais ne me perdez pas ! » Il nia ensuite énergiquement tout ce qu'on lui reprochait, après s'être ainsi compromis. Or, voici ce qui s'était passé. Il avait accepté les conditions précaires de la mère à une condition : « Il est essentiel, avait-il dit, que je constate si Mlle B... est vierge, avant de commencer le traitement. » Les deux femmes avaient consenti ! Puis les séances de une demi-heure ou une heure s'étaient renouvelées plusieurs fois, toujours en présence de la dame B... Je me suis rendu sur les lieux et j'ai constaté d'abord que la salle où opérait le dentiste L... était longue de plusieurs mètres, de sorte qu'il installait la mère devant le feu à un bout pendant qu'il soignait la fille à l'autre. D'autre part, j'ai mis la jeune fille en état léthargique rien qu'en lui fermant les paupières et j'en ai conclu que c'était une hystérique hypnotisable. Ce qui aggravait les charges, c'est que L... avait été associé avec un magnétiseur de foires. Enfin, il a été condamné à dix ans de travaux forcés, à la grande satisfaction des Rouennais, dont plusieurs étaient fort inquiets et exaspérés. La fille B... avait dû être violée en léthargie, c'est-à-dire dans l'état de mollesse, d'abandon le plus complet.

Je vous ai fait tout à l'heure l'histoire des états francs, mais vous ne les trouverez pas toujours tels, car il y a entre eux des nuances multiples. Je vous rappelle à ce propos l'état de terreur que je vous ai décrit en le comparant au récit de Livingstone qui avait été secoué par un lion « comme un molosse secoue un rat ». Je ne connais pas sur ce point d'expertise bien conduite. Je pourrais vous rapporter cependant une expertise du docteur Ladame (de Neufchâteau) et une autre de Lorain qui ignorait les faits que nous connaissons aujourd'hui, au sujet de ces états indéfinissables et incomplets.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Diagnostic et pronostic du sarcocèle syphilitique.

I

Il faut passer en revue, pour établir le diagnostic, non pas seulement les formes principales de la syphilose testiculaire, mais aussi ses variétés, ses complications, ses anomalies et les changements de physionomie qu'elle présente aux diverses périodes de son évolution. On trouve, en général, dans ses caractères intrinsèques, des traits de spécificité très suffisants pour empêcher toute confusion avec les nombreuses maladies de la glande séminale qui se rapprochent le plus de sa syphilose. Mais quelquefois, par un concours de circonstances dont il est malaisé de démêler les causes complexes, l'affection perd sa physionomie ordinaire et ne permet plus de trouver en elle-même une base sûre pour le diagnostic. On doit alors le chercher en dehors de la tumeur. Il est presque toujours possible de l'y trouver. Le testicule, en effet, ne devient jamais malade primitivement. Toutes ses affections dépendent, sans parler des causes traumatiques, soit de la propagation d'un autre processus génito-urinaire voisin, soit d'un état général constitutionnel. Il est donc indispensable d'étudier avec soin tout ce qui est en dehors de lui, mais peut s'y rattacher par les liens d'une causalité prochaine ou éloignée.

Ce qui aide puissamment au diagnostic, dans les cas où la tumeur ne l'impose pas par ses symptômes et le laisse incertain, c'est qu'il existe habituellement sur d'autres parties du corps des lésions contemporaines ou de date récente, dont la spécificité est incontestable. Dans la grande majorité des cas, le sarcocèle se développe à une période de la syphilis où les accidents abondent. Leur coexistence est une ressource précieuse pour le diagnostic ; aussi faut-il la rechercher avec soin. Il est nécessaire aussi de se rendre un compte exact de l'état des voies génito-urinaires et de s'assurer que, avec ou sans la syphilis, il n'existe pas d'autres maladies générales susceptibles de se déterminer sur les testicules, telles que la tuberculose, la diathèse cancéreuse, l'arthritisme, les oreillons, les fièvres graves, etc.

Dans la tuberculose et les écoulements blennorrhagiques ou autres maladies génito-urinaires capables d'affecter le testicule, cet organe n'est jamais attaqué seul ni primitivement. L'action morbide se porte d'abord sur l'épididyme et en fait le foyer principal de sa détermination. Le testicule n'est attaqué que consécutivement. Et puis l'affection épididymo-testiculaire reste en pareil cas rarement circonscrite. Dans la tuberculose, par exemple, le cordon, les vésicules séminales et la prostate se prennent successivement. C'est là un fait d'une grande importance pour le diagnostic ; car une des particularités de la syphilose testiculaire, c'est de laisser intacts le cordon, les vésicules et la prostate. La syphilis n'est pas la seule à agir ainsi. Le rhumatisme, les oreillons, les fièvres graves, les violences extérieures se déterminent d'emblée sur la glande séminale ; dans les cas où l'épididyme n'échappe pas au processus, il ne se tuméfie que plus tard.

Enfin un moyen de diagnostic dont la valeur est encore plus grande que les précédents, c'est l'influence qu'exerce sur une tumeur testiculaire douteuse le traitement hydrargyrique et ioduré. Aujourd'hui on a pris l'habitude d'y recourir toujours en pareille occurrence. Aussi voit-on beaucoup moins de ces méprises chirurgicales si communes autrefois, qui faisaient amputer comme atteints de sarcome des sarcocèles syphilitiques.

Ces généralités posées, venons aux détails et à l'analyse comparative qu'exige la question du diagnostic.

1. *La forme scléro-gommeuse* ordinaire, non suppurée, se reconnaît avec la plus grande facilité lorsqu'elle se présente avec le cortège de ses caractères habituels. La glande tuméfiée a la grosseur d'un petit œuf de poule ; elle est régulièrement ovoïde ou en poire et en galet, d'une consistance très dure et uniforme, lourde, lisse à sa surface ou parsemée de rugosités peu saillantes. Les bourses intactes glissent sur elle comme sur un testicule normal. Le cordon a conservé son volume et sa souplesse. Il semble s'implanter directement sur la tumeur, car l'épididyme a disparu ; on ne le sent que très peu ou plus du tout. Le testicule et lui semblent fusionnés intimement. La lésion est bilatérale. La glande, devenue comme ligneuse, a perdu sa sensibilité ordinaire ; on peut la manier et la presser sans exciter aucune douleur.

Tel est le tableau classique de cette forme si commune de la syphilose testiculaire. S'il vient s'y joindre quelques coïncidences syphilitiques sur d'autres parties du corps, si les antécédents sont incontestablement spécifiques et remontent à une époque peu éloignée, l'erreur n'est pas possible.

On ne pourrait songer à la tuberculose testiculaire que si les épididymes étaient tuméfiés en même temps que le testicule. Mais l'induration spécifique de ces organes diffère beaucoup, comme on l'a vu plus haut, de celle qu'y produit la tuberculose, même avant la formation des fistules si caractéristiques dans l'affection tuberculeuse. Et puis, dans la syphilose testiculaire, les vésicules et la prostate ne sont jamais engagées dans le processus, ce qui arrive presque toujours dans la tuberculose. Les fonctions génitales sont moins compromises, la dureté est plus ligneuse et plus uniformément répartie. Enfin le traitement antisyphilitique agit puissamment et vite sur la syphilose, tandis qu'il ne produit aucun effet curatif dans la tuberculose testiculaire.

Le diagnostic le plus difficile de cette forme scléro-gommeuse n'est pas là, mais bien avec le sarcocèle cancéreux. On disait autrefois que le cancer ne frappait jamais qu'un seul testicule. C'est vrai dans la plupart des cas, mais il y a des exceptions. Est-ce que la bilatéralité existe toujours dans le sarcocèle syphilitique ? Le lymphadénome testiculaire, dont la détermination histologique a été faite par M. Malassez et l'étude clinique par MM. Monod et Terrillon, peut infiltrer à la fois ou séparément les deux glandes spermatiques. Il frappe le testicule et épargne l'épididyme. Il présente donc souvent la plus grande ressemblance avec le sarcocèle syphilitique. Il s'en distingue par sa dureté moins grande, par l'état plus lisse de l'albuginée, par une indolence moins prononcée. En outre, les accidents syphilitiques font défaut sur d'autres parties du corps, les commémoratifs sont muets, l'iodure est inefficace. Enfin, outre la tumeur du testicule, le malade présente souvent, sur un point quelconque du corps, une autre tumeur lymphadénique. Malgré toutes ces particularités différentielles, il y a encore nombre de cas où le diagnostic offre les plus grandes difficultés. Il faut attendre pour se prononcer, quand on ne peut pas le faire sur l'heure, et administrer le traitement spécifique à haute dose. — On trouvera plus tard des éléments de diagnostic ; ainsi, la vaginale et les autres enveloppes des bourses se prennent fréquemment dans le sarcocèle syphilitique, et la tumeur se couvre de plaques ou de petites rugosités. Dans les tumeurs malignes, la surface reste plus longtemps lisse et les enveloppes intactes. Quand il y a enchondrome, à côté de parties dures, on en trouve de molles. — Le processus du cancer est beaucoup plus rapide que celui du sarcocèle syphilitique. Les douleurs locales et les irradiations réflexes sont bien plus prononcées dans le premier que dans le second, et des signes non équivoques de cachexie cancéreuse ne tardent pas à se montrer.

Les formes multiples et les nombreuses variétés de l'hématocèle la font confondre parfois avec les affections du testicule qui, par leur nature, s'en éloignent le plus. Le sarcocèle syphilitique n'échappe pas à la possibilité de cette confusion. Il y a des cas où on est obligé de recourir à une ponction ou une incision exploratrices.

Si la présence d'un épanchement dans la tunique vaginale gênait le diagnostic, il faudrait l'évacuer. Maintes fois, l'iodure de potassium décide seul la question du diagnostic.

Dans la forme aiguë du sarcocèle scléro-gommeux, le diagnostic se fait presque toujours par exclusion. Si le malade n'a pas reçu de coup sur la glande, s'il n'a ni blennorrhagie, ni une lésion quelconque des voies urinaires, s'il n'y a chez lui ni tuberculose, ni arthritisme, ni oreillons, etc., il faudra bien songer à la possibilité d'une orchite syphilitique aiguë, bien que l'appareil symptomatique contraste avec la physionomie et les allures ordinaires du sarcocèle. Au surplus, le doute ne serait jamais de longue durée, car,

la fluxion aiguë passée, la tumeur testiculaire reprend son aspect ordinaire. Dans le sarcocèle syphilitique aigu, il y a des particularités qui le distinguent de tout un groupe d'orchites inflammatoires. La détermination, en effet, s'effectue sur le testicule lui-même, tandis que, dans les orchi-épididymites uréthrales et tuberculeuses, c'est d'abord et surtout l'épididyme qui est attaqué. Les orchites goutteuses et rhumatismales se rapprocheraient plus du sarcocèle aigu, mais il y a les antécédents et les coexistences pathologiques qui servent de guide, et la syphilose testiculaire quitte vite sa forme aiguë pour prendre sa forme scléro-gommeuse ordinaire.

2. *La forme gommo-scléreuse* du sarcocèle a été si complètement étudiée dans ces derniers temps, qu'on ne la confond plus, comme on le faisait autrefois, avec la tuberculose du testicule. N'a-t-elle pas une physionomie caractéristique ? Une bosselure plus ou moins douloureuse se forme sur la partie antérieure d'un testicule tuméfié et indolent. Elle adhère aux téguments, les enflamme, les rougit, les amincit, les perfore et donne lieu à une ulcération cratériforme par laquelle s'échappent une sérosité poisseuse, des matières puriformes, puis des masses d'un jaune grisâtre semblables à de la filasse mouillée, à de la chair de morue ou au bourbillon de l'anthrax. Comment méconnaître une tumeur aussi spécifique ? Ajoutez à cela les commémoratifs et les coïncidences syphilitiques, etc.

Dans le sarcocèle gommeux, l'épididyme est ordinairement respecté, ou, s'il est infiltré, il ne suppure pas. Dans la tuberculose, au contraire, le principal foyer a pour siège l'épididyme. C'est là que se fait d'abord la suppuration et que s'établissent les fistules multiples qui lui donnent passage. Les gommes testiculaires s'ouvrent au contraire en avant. — La matière puriforme du testicule tuberculeux est séro-purulente et grumeleuse. Elle ne ressemble en rien à l'enchevêtrement des tractus fibreux sphacélés de la gomme. On peut y découvrir les bacilles de Koch. La gomme reste confinée dans le testicule et les bourses ; la tuberculose envahit le cordon, les vésicules et la prostate. Enfin il y a l'état général si différent dans les deux affections. — La fistule gommeuse s'ouvre en avant du testicule, elle est ordinairement unique, tandis que les fistules tuberculeuses sont multiples et s'ouvrent en arrière ; de plus, elles déversent au dehors une suppuration plus abondante et cette suppuration est entremêlée de grumeaux puriformes.

II

La syphilose du testicule et de ses annexes est la moins dangereuse des déterminations viscérales de la syphilis. Alors même qu'elle est très grave, elle ne porte aucune atteinte à la santé générale. De plus, elle n'abolit que très rarement les fonctions génitales. Enfin, bien qu'elle se développe en général dans les syphilis sévères, elle n'est point l'indice d'une tendance de la diathèse à produire sans cesse et partout des accidents d'ordre tertiaire. Dans aucun cas, elle n'implique la malignité, et elle ne conduit jamais à la cachexie. Elle est susceptible de récidives.

Le sarcocèle syphilitique ne prédispose point au cancer ni à la tuberculose du testicule. Sans doute ces affections peuvent lui succéder. On a rapporté des cas où le cancer a envahi la glande séminale que la syphilis venait de quitter ; mais n'est-ce pas là un effet du hasard ? Tout au plus pourrait-on dire de la syphilose testiculaire que, comme toute autre affection, elle diminue la résistance organique et crée un terrain plus vaste à l'éclosion d'autres germes morbides.

La bilatéralité habituelle du sarcocèle est évidemment une circonstance fâcheuse. Cependant il est rare que le syphilome aboutisse dans les deux testicules à ses conséquences extrêmes, c'est-à-dire à la destruction complète des tubes séminifères. En général, un des organes est moins atteint que l'autre ou ne l'est pas du tout et supplée à l'insuffisance de son congénère.

Il est même étonnant de voir qu'une lésion qui s'infiltre si profondément dans le parenchyme séminal, qui comprime et sclérose un si grand nombre de canalicules, aplatit et fait disparaître l'épididyme, trouble aussi peu qu'elle le fait les fonctions génésiques et n'altère qu'à un très faible degré l'appétence sexuelle, l'énergie virile et la fécondité.

Le sarcocèle scléro-gommeux est moins grave que le sarcocèle gommo-scléreux, qui se fond, suppure et s'ouvre. L'organe peut recouvrer son intégrité complète soit spontanément, ce qui est rare, soit sous l'influence d'un traitement spécifique. Il n'existe presque jamais une infiltration totale ; d'ordinaire plusieurs lobules de canalicules spermatiques sains sont disséminés au milieu du tissu morbide et suffisent pour conserver la spermatogenèse. On voit des malades qui ont leurs deux testicules sclérosés par la syphilis depuis fort longtemps et qui n'en continuent pas moins de posséder toutes leurs facultés viriles. L'éventualité la plus fâcheuse dans cette forme, c'est l'atrophie progressive de la glande séminale, quand elle a lieu des deux côtés. Le traitement spécifique ne l'empêche pas toujours de se produire. Aucun signe ne permet de prévoir cette dégénérescence fibreuse irrémédiable qui entraîne toujours une impuissance et une infécondité absolues.

Les gommes du parenchyme testiculaire compromettent beaucoup plus son intégrité que l'infiltration scléreuse. Le pronostic dépend du nombre et du volume de ces tumeurs et peut-être encore plus des tendances de leur processus. Les syphilomes gommeux à marche relativement rapide et qui aboutissent promptement à la nécrobiose, sont plus dangereux que ceux dont l'évolution très lente désorganise moins vite le tissu, et laisse au traitement spécifique le temps de réparer le mal déjà fait et de conjurer celui qui pourrait se produire. Dans la forme gommo-scléreuse, la glande séminale ne récupère pas complètement son intégrité normale ; mais il est possible qu'elle ne soit détruite que partiellement et, dans ce cas, la spermatogenèse continue et les animalcules se forment dans les tubes séminifères conservés.

Le fongus n'a aucune signification mauvaise au point de vue de la spermatogenèse. Quand il survient, le syphilome a produit tout son effet. L'exubérance du bourgeonnement intrakystique, sa hernie au dehors sous forme de champignon peuvent retarder la cicatrisation ; mais elles ne compromettent pas ce qui reste de canalicules sains dans la coque de l'albuginée.

Dans les deux formes du sarcocèle syphilitique l'aspermie est l'exception, surtout aujourd'hui qu'on connaît bien et qu'on traite de bonne heure le sarcocèle. Pour qu'elle fût absolue, il faudrait que les deux testicules fussent radicalement détruits, soit par la dégénérescence fibreuse, soit par la fonte gommeuse de tout leur parenchyme ; on peut affirmer que ces graves terminaisons deviennent tous les jours de plus en plus rares.

Mais si la spermatogenèse n'est qu'exceptionnellement abolie, ne subit-elle pas de sérieuses altérations ? M. Virchow cite des observations de Lewin, où, malgré l'intégrité appa-

rente d'une portion du parenchyme, il n'y avait pas d'animalcules. Trois fois sur six cette absence a été constatée. L'évolution des spermatozoïdes peut se trouver arrêtée dans des tubes séminifères en apparence sains par un trouble fonctionnel profond.

Le syphilome testiculaire peut aussi entraver l'excrétion du sperme. Il est même étonnant qu'il ne le fasse pas plus fréquemment. Qu'il existe, comme cela peut arriver, un dépôt gommeux dans le *rete testis*, au niveau des cônes, une infiltration très dense autour du canal tortueux de l'épididyme, et le sperme ne contiendra pas d'animalcules, bien que de grandes portions du parenchyme aient été respectées.

S'il y a quelques côtés très sérieux dans le pronostic du sarcocèle syphilitique, il y en a un qui diminue de beaucoup sa gravité : c'est la possibilité de rendre par un traitement spécifique la puissance et la fécondité que la syphilose testiculaire avait fait perdre. Vidal, Gosselin, Reclus, etc., ont rapporté des cas où, sous l'influence de l'iodure de potassium à haute dose, les érections, les éjaculations, les propriétés fécondantes du sperme sont revenues, après avoir été détruites par des sarcocèles syphilitiques doubles.

Il ne faut cependant pas toujours compter sur une guérison parfaite. Malgré les apparences, il arrive parfois que le retour complet à l'intégrité primitive n'a pas lieu. Sans doute il n'y a pas atrophie, mais l'épithélium des tubes conservés ne donne plus naissance aux animalcules ; il a perdu sa faculté spermatogenésique et l'iodure de potassium ne peut pas la lui rendre. Enfin, il est possible que, dans des testicules qui paraissaient guéris, les voies spermatiques soient obstruées par quelque néoformation mal placée et définitivement fibreuse, contre laquelle échouent les spécifiques. Aussi, afin que le pronostic fût précis, faudrait-il faire l'analyse histologique du sperme à toutes les phases de la maladie.

ANOMALIES MUSCULAIRES

ENTRECROISEMENT SURNUMÉRAIRE DES RADIAUX EXTERNES

Par M. le docteur P. Louge,

Prosecteur à l'École de médecine de Marseille, lauréat de la Faculté de Paris.

Parmi les muscles de la région anti-brachiale externe, les radiaux externes présentent le plus fréquemment certaines anomalies, dont les diverses variétés sont intéressantes à connaître, en raison même des faits physiologiques et pathologiques qui s'attachent à leur étude.

A. Normalement situés à la région radiale de l'avant-bras, ils sont distingués en premier ou long radial externe et en second ou court radial externe.

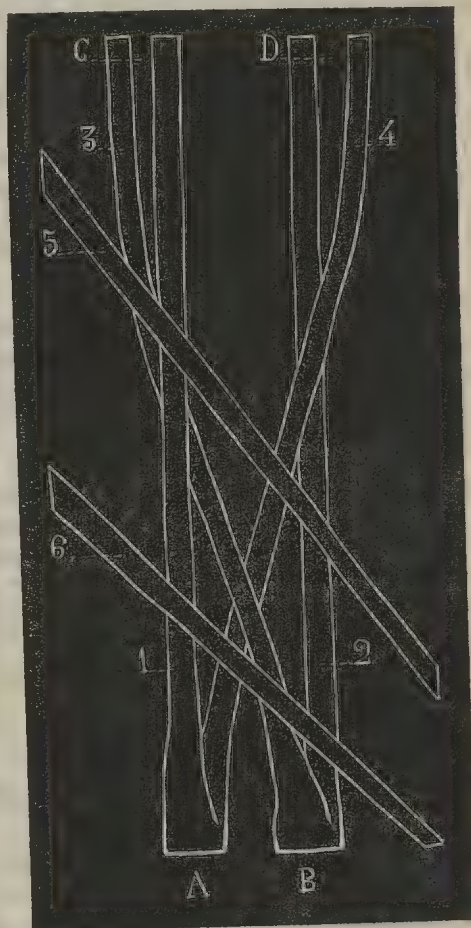
Le premier radial externe étendu de l'extrémité inférieure de l'humérus au second métacarpien, charnu supérieurement est terminé dans ses deux tiers inférieurs par un tendon qui va s'insérer en arrière de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien au côté externe de l'axe de cet os.

Le second radial externe, situé au-dessous du précédent, est étendu de la tubérosité externe de l'humérus au troisième métacarpien. Ce muscle charnu dans son tiers supérieur est terminé inférieurement par un tendon qui va s'insérer en arrière de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien en dehors de l'axe de cet os, ou plutôt, suivant Cruveilhier (1), à l'angle de réunion de la facette postérieure de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien avec sa facette externe.

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie descriptive*, Paris, 1877, 5e édit., t. I, 2e part., p. 681.

B. Les anomalies de ces deux muscles, bien décrites par Wood (1), se réduisent toutes, suivant Testut (2), « soit à une fusion plus ou moins complète des deux corps musculaires, soit à des insertions inférieures sur des métacarpiens autres que le deuxième et le troisième ».

C. L'observation suivante recueillie sur un homme de trente-



Région du poignet droit, face externe. — Entrecroisement des tendons. — A. Insertion commune à l'extrémité supérieure et postérieure du troisième métacarpien. — B. Insertion commune à l'extrémité supérieure et postérieure du deuxième métacarpien. — C. Tendons réunis du second radial externe. — D. Tendons réunis du premier radial externe. — 1. Tendon normal du deuxième radial externe. — 2. Tendon normal du premier radial externe. — 3. Tendon surnuméraire du second radial externe. — 4. Tendon surnuméraire du premier radial externe. — 5. Long abducteur et court extenseur du pouce. — 6. Long extenseur du pouce.

cinq ans, dont la musculature était bien développée, se rapporte à cette deuxième variété.

Simple et distinct dans la partie charnue, chaque muscle radial externe donne naissance à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs à deux tendons. Les quatre tendons ainsi formés présentent la disposition suivante (Voy. la fig.).

1° Le tendon normal du premier radial externe (2 *fig.*) qui va s'insérer en arrière de l'extrémité supérieure et postérieure du deuxième métacarpien (B *fig.*).

2° Un tendon surnuméraire du premier radial externe (4 *fig.*) passe au-dessus d'un tendon surnuméraire du second radial externe et va s'insérer en arrière de l'extrémité supérieure et postérieure du troisième métacarpien (A *fig.*).

3° Le tendon normal du second radial externe (1 *fig.*) passant au-dessus de son tendon surnuméraire va confondre son insertion

(1) J. Wood, On variations in human myology, in *Proceedings of the Royal Society of London*. Vol. XV, 1866-1867, p. 236.

(2) L. Testut, *Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée, leur importance en anthropologie*. Paris, G. Masson, 1884, p. 520.

avec celle du tendon surnuméraire du premier radial externe, mais en se plaçant au-dessus (A *fig.*).

4° Un tendon surnuméraire du second radial externe (3 *fig.*) qui, se plaçant au-dessous du précédent puis au-dessus du tendon surnuméraire du premier radial externe, va confondre son insertion avec celle du tendon normal du premier radial externe, mais en se plaçant au-dessus par rapport à l'axe du membre (B *fig.*).

Il résulte de cette disposition que les tendons surnuméraires subissent un entrecroisement dont il est facile de se rendre compte sur la figure.

Le volume des tendons normaux, ainsi que celui des tendons surnuméraires, est sensiblement le même et tous les quatre sont en rapport en arrière avec le long abducteur et le court extenseur du pouce (5 *fig.*) ainsi qu'avec le long extenseur du pouce qui les croisent obliquement.

Pareille anomalie se rencontre du côté opposé.

D. Cette variété d'anomalie fait partie de la classe des anomalies dites par dédoublement partiel, attendu que le corps charnu reste indivis, les tendons seuls participant à la bifidité.

Elle est donc caractérisée par un *entrecroisement tendineux surnuméraire des radiaux externes.*

Cette anomalie est conforme à la loi indiquée par Testut (1) d'après laquelle « l'insertion du tendon surnuméraire se fait généralement sur le troisième métacarpien quand il provient du premier radial externe, sur le deuxième métacarpien quand il est fourni par le deuxième radial ».

Il n'est pas sans intérêt, enfin, de rapprocher le cas précédent des faits mentionnés par certains auteurs et en particulier par Albinus (2), Meckel (3), Theile (4), Beaunis et Bouchard (5), Pozzi (6), et plus récemment par Testut (7).

(1) L. Testut, *loc. cit.*, p. 523.

(2) B.-S. Albinus, *Historia musculorum hominis*, in-4°, Lgd. Bat. 1734.

(3) J.-F. Meckel, *Manuel d'anatomie générale descriptive et pathologique*, trad. par Jourdan et Breschet. Paris, J.-B. Baillière, 1825, t. II, p. 163.

(4) F.-C. Theile, *Traité de myologie et d'angéiologie*, trad. par Jourdan, Paris, J.-B. Baillière, 1843, t. III, p. 226.

(5) H. Beaunis et A. Bouchard, *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie*, Paris, 1873, 2e édit., p. 360.

(6) S. Pozzi, Art. RADIAUX (muscles) in *Dict. encycl. des sciences médicales*, 3e série, t. II, p. 1.

(7) L. Testut, *loc. cit.*, p. 523.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 octobre 1887, ont été nommés dans le corps de santé militaire, pour prendre rang dudit jour, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, les médecins et pharmaciens stagiaires, sortant de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Marcus, désigné pour le 27e d'infanterie; Simonin, pour le 16e d'infanterie; Bérard, pour le 122e d'infanterie; Renard, pour le 37e d'infanterie; Ruotte, pour le 132e d'infanterie; Ecot, pour le 63e d'infanterie; Licht, pour le 14e chasseurs à cheval; Renaud, pour le 79e d'infanterie; Maison, pour le 66e d'infanterie; Zipfel, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied; Robelin, pour le 24e d'infanterie; Jantet, pour le 23e d'infanterie; Griffe, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied; Jaubert, pour le 141e d'infanterie; Spillmann, pour le 106e d'infanterie; Keim, pour le 2e d'artillerie; de Burine, pour le 13e d'infanterie; Cahen, pour le 51e d'infanterie; Castelli, pour le 38e d'artillerie; Viéla, pour le 24e d'artillerie; Venner, pour le 31e d'artillerie; Cardot, pour le 60e d'infanterie; Delporte, pour le 119e d'infanterie; Bayle, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied; Piquot, pour le 142e d'infanterie; Rivière, pour le 15e dragons; Tersen, pour le 22e dragons; Méchin, pour le 32e d'artillerie; Launois, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; Sudre, pour le 18e d'infanterie; Foy, pour le 104e d'infanterie; Frache, pour le 34e d'artillerie; Papon, pour le 21e d'artillerie; Poujol, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Messerer, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied; Étienne, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; Ferrand, pour le 12e hussards; Batut, pour le 8e cuirassiers; Chevassu-Périgny, pour le 153e d'infanterie; Leymarie, pour le 80e d'infanterie; Campos-Hugueny, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied; Leclerc, pour le 18e dragons; Baillé, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied; Lafforgue, pour le 107e d'infanterie; Arnaud, pour le 136e d'infanterie; Fuzerot, pour le 4e d'infanterie; Courtois, pour le 5e cuirassiers; Galzin, pour le 62e d'infanterie; Goulon, pour le 87e d'infanterie; Benoît, pour le 6e d'infanterie; Collet, pour le 8e dragons; Bouchet, pour le 6e dragons; Augry, pour le 93e d'infanterie; Wenzinger, pour le 11e bataillon de chasseurs à pied; de Montéty, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; Peyret, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied; Pierron, pour le 6e chasseurs à cheval; Manon, pour le 70e d'infanterie; Riche, pour le 133e d'infanterie; Martin, pour le 42e d'infanterie; Cuvier, pour le 11e chasseurs à cheval; Apard, pour le 33e d'infanterie; Jouet, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied; Lévy, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied; Barrière, pour le 105e d'infanterie; Valette, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied; Marion, pour le 158e d'infanterie; Beno, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; Barbière, pour le 1er chasseurs à cheval, et Chabrol, pour le 35e d'artillerie.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Bodard, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Courtot et Beaudouin, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Thubert, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Licardy et Leclerc, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Charpin, pour l'hôpital de Belfort.

— Par décret, en date du 25 octobre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Guimberteau, médecin-major de première classe.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les professeurs Tourneux et Moniez.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Looten, médecin des hôpitaux de Lille; Derville, médecin des hôpitaux de Roubaix; Wertheimer, chirurgien des hôpitaux de Lille; Brun, Pouchet et Quenu, agrégés; Cochet, chef de clinique.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. Thibaut, agrégé, et Ozil.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Netter et Siredey, chefs de clinique.

— Par décret, en date du 29 octobre 1887, M. le docteur Lisnard, maire de Vallauris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat vient de se terminer. Ont été proclamés, par ordre de mérite :

1° *Externes titulaires* : MM. Chatin, Guillermet, Morand, Nicolas, Pezerat, Artaud, Durbesson, Brosset, Coignet, Vivien, Duval, Tézenas du Moncel et Layral.

2° *Suppléants* : MM. Humbert, Caillet, Martel, Charmensat, Pauly, Pignal, Bonnet, Foillard, Malafosse, Payerne, Baissas, Bouchacourt, Faure (Michel), Bonan, Faure (Louis), Choupin, Bertrand, Paviot, Berthaud, Bouilloud, Siraud et Liaudet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Poirier, agrégé, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

M. le docteur Carron de la Carrière est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Martinet, appelé à d'autres fonctions.

M. Cazin, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Beurnier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Guibert est maintenu

dans les fonctions de préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie.

M. Guy est maintenu dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Glangeaud, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et de minéralogie, en remplacement de M. Robinet, démissionnaire.

— Les docteurs Fontaine et Sainton sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Bar-sur-Seine.

— Le cours de médecine pratique commencera, à la Morgue, le vendredi 4 novembre 1887, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Les mercredis, M. le professeur Brouardel. — Les vendredis, M. le docteur Descoust. — Les lundis, M. le docteur Vibert.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) : les jeudis, à quatre heures, M. le docteur Descoust; les mardis, à trois heures, M. le docteur Vibert; les samedis, à trois heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Sont seuls admis à suivre le cours de médecine légale et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le docteur Le Dentu commencera le mercredi 9 novembre, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, des conférences de clinique chirurgicale qu'il continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21850

29

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

77

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

25

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

139

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

21

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

32

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

21

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennemen 40, rue des lancs-Manteaux).

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« Vous marchez d'un tel pas qu'on a peine à vous suivre »; pourrions-nous dire à l'Académie. Communications originales, thérapeutique et médications nouvelles, études de grandes endémies ou endémo-épidémies, questions de contagions et de prophylaxie, tous sujets qui vont semant sur leur chemin autant de textes à discussions qui engagent terriblement, ce nous semble, son avenir. Il est d'autant plus difficile de prévoir comment elle pourra faire face à toutes ces échéances, qu'elle entre en ce moment même dans la période de ses travaux intérieurs les plus pressants : rapports de prix, rapports généraux de fin d'année, candidatures et élections prochaines.

Il est digne de remarque que, depuis quelque temps, les questions de thérapeutique nouvelle, tant en médecine qu'en chirurgie, ont une prépondérance notable dans les communications qui affluent à la tribune de la rue des Saints-Pères. Hier encore, dans le peu de temps que la lecture des rapports officiels a laissé à la disposition des personnes étrangères à l'Académie, on y a entendu trois communications qui ont trait à des méthodes de traitement ou nouvelles ou empruntant des éléments nouveaux d'applications à l'antisepsie. Telles sont celles de M. le docteur Heryng (de Varsovie) sur le traitement chirurgical des ulcérations tuberculeuses du larynx, de M. Lavaud, interne des hôpitaux, sur le traitement antiseptique des rétrécissements de l'urèthre, et de M. Onimus sur l'oxydation médicamenteuse par la mousse de platine comme moyen thérapeutique.

Si, du reste, franchissant l'enceinte de l'Académie de médecine, nous regardons par-dessus les murs ce qui se passe au-dessus ou à côté, dans les sociétés savantes ses voisines, nous ne serons pas moins frappés d'une égale activité développée dans la même direction. Il nous suffira de citer, par exemple, pour l'Académie des sciences, l'importante communication de M. Bouchard sur le naphtol comme médicament antiseptique médical ou interne; celle de M. Charrin, son élève et collaborateur, sur la résistance de l'organisme à l'action des microbes et les moyens d'augmenter cette résistance; la note de M. le docteur Peyraud sur l'action préventive de l'hydrate de chloral contre la rage tanacétique ou simili-rage et contre la vraie rage. Pour la Société de biologie, les études de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval sur l'influence des mélanges d'oxygène et d'acide carbonique sur les phthisiques; les recherches expérimentales de M. Pilliet sur les lésions des centres nerveux à la suite de l'intoxication morphinique, auxquelles la récente communication de M. Ball à l'Académie de médecine, sur la présence de la morphine dans les viscères à la suite de cette intoxication accidentelle, est venue donner une confirmation clinique; les communications de MM. Laborde et Chouppe sur l'action toxique de la cocaïne, les variétés de son action et ses dangers dans certaines de ses applications pratiques les plus usuelles, etc. Nous pourrions signaler encore, comme étant l'un des objets les plus constants de nos préoccupations actuelles, la discussion qui s'est engagée dans la dernière séance de la Société de thérapeutique sur les effets des inhalations sulfureuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

Un cultivateur béarnais a débarqué à Paris, samedi soir, affolé, dans un état d'anxiété extrême, se trouvant depuis trois jours dans l'impossibilité d'avaler par suite de l'obstruction de la cavité buccale par le développement rapide, presque subit, d'une tumeur qui refoulait la langue contre le pharynx et le voile du palais.

Cet homme, venu immédiatement à l'hôpital, n'était pas pour moi un inconnu : au mois de septembre dernier, tandis que j'étais dans son pays, il était venu me consulter pour une tumeur du plancher de la bouche, dont le début remontait à trois années, il avait alors vingt-sept ans. Tout d'abord, grosse comme une petite bille et mobile sous la peau, cette tumeur, au bout de deux ans, avait le volume d'un œuf; au bout de trois ans, celui d'une petite orange et au jour de son arrivée à Paris, elle offrait la dimension du poing d'un adulte.

Elle proéminait à la fois dans la cavité buccale et dans la région sus-hyoïdienne où elle semblait continuer la face, elle était souple, lisse, régulière, et la peau qui la recouvrait était normale, sans aucune adhérence avec la tumeur, tandis que, du côté de la bouche, celle-ci soulevait le plan-

cher buccal, refoulait la langue en arrière contre la voûte palatine. Lisse également en ce point, on sentait, à la palpation, une fluctuation très évidente dans toute son étendue. Les troubles fonctionnels étaient encore minimes — je parle du mois de septembre dernier — la déglutition était parfaite encore, la respiration aussi ; la mastication était un peu gênée et la voix un peu altérée.

Le diagnostic ne pouvait être hésitant entre les quatre maladies auxquelles nous pouvions avoir affaire : grenouillette sus-hyoïdienne, lipome du plancher buccal, tumeur érectile, kyste dermoïde, et c'est à cette dernière seule que nous devions songer sérieusement. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde développé dans le plancher buccal, malgré l'âge du malade (vingt-sept ans) auquel il était apparu pour la première fois. D'ailleurs, si à cette époque de la vie le fait n'est pas commun, cependant nous en connaissons déjà plusieurs observations.

Ce diagnostic fut bientôt vérifié par la petite opération que je fis là-bas, la seule qui m'était possible vu l'absence des instruments nécessaires. Je fendis la tumeur, je vidai son contenu formé par une matière analogue à du bouillon de semoule, comme cela a lieu en pareils cas, et je plaçai un tube à demeure pour faciliter l'écoulement de la sécrétion. Pendant un certain temps, tout alla parfaitement, mais, le tube étant tombé, l'orifice se cicatrisa et la tumeur se développa de nouveau. Néanmoins, le malade n'en était pas gêné outre mesure, lorsque, jeudi dernier, il éprouva subitement, à son niveau, de très vives douleurs en même temps que la tuméfaction augmentait, et devenait rapidement telle que toute déglutition était impossible. C'est dans ces conditions que, affolé, il quittait en hâte son pays pour venir me trouver à Paris et entrer à l'Hôtel-Dieu.

Son état était donc très aggravé, la langue n'était plus visible, à peine en apercevait-on la pointe, la cavité buccale était agrandie, les arcades dentaires écartées de 2 centimètres, bref il était urgent d'intervenir immédiatement. Le contenu de la tumeur était différent de la première fois : beaucoup plus fluide et mêlé de pus ; les parois de la poche étaient épaisses de 2 à 3 millimètres, celle-ci avait une teinte blanc bleuâtre analogue à la sclérotique. Sa surface interne avait l'aspect d'une peau chagrinée, macérée, molle et modifiée par la poussée inflammatoire survenue subitement les jours précédents.

M. Gérard Marchand, dans l'excellent mémoire qu'il a publié sur ces kystes dermoïdes, nous a parfaitement montré et décrit les deux couches qui forment les parois de ces kystes ; une couche épidermique et une couche dermique. La première est constituée par quatre couches de cellules : une couche superficielle de cellules cornées ; une deuxième couche de cellules à granulations d'éléidine ; une couche de cellules polygonales dentelées et une couche de cellules cylindriques qui s'appliquent immédiatement contre la couche dermique. Celle-ci est formée de faisceaux conjonctifs abondants, de fibres élastiques, et renferme des artères et des veines, ainsi que quelques glandes sébacées.

Un grand nombre de mécanismes ont été invoqués pour expliquer la formation de ces kystes dermoïdes. La seule théorie que j'accepte réellement est celle que M. Verneuil a très justement proposée, c'est-à-dire celle de l'enclavement, de l'enclavement d'un sac cutané sous une influence que nous ne connaissons pas, au niveau des fentes branchiales ; à une certaine époque de la vie embryonnaire, les deux bourgeons qui par leur rencontre, par leur coalescence, vont former le maxillaire inférieur laissant en arrière un petit sac cutané qui, plus tard, à une période quelconque de la vie, prendra un certain développement et formera ce qu'on appelle un kyste dermoïde.

J'ajoute que la tumeur tenait par un petit pédicule, par une bande fibreuse à la face postérieure du maxillaire inférieur remontant au-dessus des apophyses géni.

Il est important de savoir où cette insertion du pédicule a lieu, si sur le maxillaire inférieur, si sur l'os hyoïde comme cela se présente aussi quelquefois. S'appuyant même sur ce point d'insertion du pédicule, M. Gérard Marchand a classé les kystes dermoïdes en kystes adgéniens, c'est-à-dire s'insérant aux apophyses géni, et en kystes adhyoïdiens, c'est-à-dire s'insérant à l'os hyoïde. Jusque-là je suis parfaitement d'accord avec lui, mais où je diffère d'opinion, c'est en ce qu'il prétend que certains signes permettent, avant toute opération, de diagnostiquer ces kystes les uns des autres, d'après les mouvements de la tumeur en rapport avec ceux de la déglutition c'est-à-dire s'élevant pendant la déglutition. Je crois que c'est là un pur hasard, car les kystes étant situés au-dessus des muscles génio-hyoïdiens et de la sangle musculaire du mylo-hyoïdien, suivent forcément les mouvements de la déglutition, ainsi que je l'ai constaté dans les deux faits que j'ai observés.

Le cas du malade qui est actuellement dans nos salles diffère par plusieurs points des observations connues aujourd'hui :

1° Par l'âge. Notre homme a vingt-sept ans, et sur une trentaine de faits observés, je n'en trouve que trois où cet âge ait été atteint ou dépassé ; mais cela est de peu d'importance ;

2° Par le volume de la tumeur. En effet, je ne connais aucun cas de kyste aussi considérable que celui que j'ai opéré avant-hier ; et ses énormes dimensions nous expliquent les troubles fonctionnels survenus dès jeudi dernier, la dysphagie absolue, l'impossibilité d'alimenter le malade autrement qu'avec la sonde œsophagienne introduite par les fosses nasales ;

3° Par la fluctuation des plus remarquables que nous rencontrons ici et qui fait assez souvent défaut, étant alors remplacée par une certaine mollesse qui fait que la tumeur ressemble à une motte de beurre dans la plupart des cas.

Quant au traitement, je dirai tout d'abord et sans autrement m'y arrêter qu'une simple ponction, en aucun cas, ne saurait convenir ; car, ou l'orifice ne se fermerait pas et le malade serait exposé à l'écoulement d'une sécrétion continue, ou bien l'orifice se fermerait et la tumeur reprendrait bientôt le volume qu'elle avait avant la ponction.

La seule opération convenable est l'extirpation du kyste, non par la voie buccale comme on l'a conseillé, la tumeur étant plus près du doigt de l'opérateur, et comme on l'a pratiqué 19 fois sur 21 cas, mais par la voie sus-hyoïdienne.

Tout d'abord, je dirai que la question de la cicatrice n'a aucune importance, celle-ci étant de peu d'étendue et devant se trouver cachée par la pointe du menton ; cette voie hyoïdienne est préférable pour qu'on ne risque pas d'ouvrir les canaux de Wharton, enfin parce que, en somme, l'opération est plus facile.

C'est cette opération que j'ai faite dimanche, par une incision étendue du bord inférieur de la mâchoire à l'os hyoïde ; incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, écartement des muscles génio-hyoïdiens, section de la sangle du mylo-hyoïdien, ponction du kyste pour l'écoulement partiel

de son contenu, occlusion de cet orifice et traction de la tumeur au-dehors, afin de chercher le point d'insertion au tissu osseux pour le sectionner, et enlèvement de la tumeur.

Les premiers temps opératoires se sont passés comme je l'avais prévu, mais lorsque j'ai voulu attirer la poche au-dehors, elle s'est déchirée, le kyste s'est vidé, ses parois dégénérées étant ramollies et devenues friables. J'ai pu néanmoins rattraper un lambeau non dégénéré et terminer l'opération sans autre incident; large lavage de la cavité, dans laquelle j'ai placé un tube, suture au crin de Florence et pansement à l'iodoforme. Le malade va bien et j'espère que tout se passera normalement.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.

Un certain nombre de maladies peuvent, au début, être confondues avec la méningite tuberculeuse chez les enfants, je voudrais dans cette leçon les passer en revue, afin d'établir bien nettement les symptômes, les signes qui peuvent simuler cette dernière et ceux qui permettent de la différencier.

Ces diverses maladies sont :

1° *La fièvre typhoïde.* — Cette affection, chez les enfants, peut ressembler, au début, à la méningite tuberculeuse, par une symptomatologie quelque peu analogue, c'est-à-dire par un certain degré de congestion cérébrale, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, etc.; mais elle s'en distinguera bientôt par des phénomènes morbides inhérents à la méningite, c'est-à-dire par le strabisme, par l'inégalité des pupilles, par des alternatives de pâleur et de coloration plus ou moins vive de la face, par une hémiplégie faciale, par des perturbations du rythme respiratoire, qui le rendent très irrégulier, par une intermittence et des inégalités du pouls, lesquelles se produisent de très bonne heure dans la méningite tuberculeuse et ne sont nullement en rapport avec la température du petit malade. Dans la fièvre typhoïde, le matin, nous constatons une chute du mouvement fébrile, tandis que, le soir, vous voyez la fièvre et la température s'exaspérer, et chaque jour cette courbe est la même du matin au soir. Dans la méningite, la marche des phénomènes est sournoise; dans la fièvre typhoïde la marche est lente mais régulièrement progressive dès le début. Enfin, le huitième jour arrive et le ballonnement du ventre, joint à l'apparition des taches rosées lenticulaires, viennent éclairer le diagnostic, dans le cas où, jusque-là, vous auriez eu quelque hésitation à vous prononcer, et vous permettent de dire qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde; tandis que dans la méningite le ventre est en bateau et il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

2° *La pneumonie.* — La maladie est quelquefois si étrange chez l'enfant, tout d'abord, que le premier jour elle peut être confondue avec la méningite. J'ajouterai que non seulement cette confusion est possible, mais même qu'elle n'est point rare.

Dans les deux maladies, en effet, — la méningite tuberculeuse et la pneumonie des enfants, — vous observerez, au début, de la céphalalgie, de l'agitation nocturne, quelquefois si ce n'est de véritables convulsions, tout au moins quelques mouvements convulsifs, des soubresauts des tendons, une grande prostration, un abattement plus ou moins profond, des vomissements. Mais au bout de douze à vingt-quatre heures et parfois même plus tôt vous serez frappés, dans la pneumonie, de constater une respiration plus rapide, de voir la poitrine, dans les mouvements respiratoires, s'élever surtout des épaules; en même temps vous entendrez une petite toux sèche, vous remarquerez un point particulier de la poitrine qui n'est pas aussi sonore que le reste, un murmure respiratoire tendant à s'effacer. J'ajoute que, dès ce moment, en même temps que la température s'élèvera très vite à 39°2 ou 39°4, le pouls marquera 140 et 160 pulsations à la minute.

Dans la méningite, non seulement vous n'aurez aucun de ces phénomènes, mais la marche de la maladie vous offrira des allures lentes, une température à 38 degrés, sans aucun rapport avec l'état du pouls.

Certains médecins ont rapporté des cas de guérison de méningite. Pour moi la méningite tuberculeuse ne guérit pas, et les cas que l'on a considérés comme tels n'étaient que des faits de congestion cérébrale, de cette congestion qui n'est pas encore bien décrite jusqu'à présent, congestion à début brusque, rapide, se produisant sous l'influence d'une impression subite de froid, d'une indigestion, etc., et qui donne lieu assez souvent à des phénomènes morbides analogues à ceux d'une méningite au début. Vous pouvez observer ainsi, en pareils cas, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, voire même des cris, une certaine raideur du cou, des inégalités de coloration des pommettes, un pouls fréquent, une température assez élevée.

3° *Fièvres éruptives.* — Ces différents symptômes, qui se rattachent à la congestion cérébrale, vous pouvez les rencontrer aussi au début d'une fièvre éruptive, de telle sorte que si, au moment où ils éclatent, l'enfant est déjà un peu souffrant depuis quelques jours, le diagnostic peut être fort difficile. Je ne saurais donc trop vous recommander une grande réserve dans vos réponses aux parents inquiets, anxieux de savoir de quelle affection leur enfant est atteint. Mais s'il s'agit de quelque scarlatine ou de quelque rougeole, au bout de vingt-quatre heures, l'angine scarlatineuse ou celle de la rougeole vous permettra d'écarter l'idée d'une affection des méninges.

Mais s'il ne survient aucune éruption, s'il n'existe ni angine, ni otite, le diagnostic peut être des plus difficiles pendant plusieurs jours, aucune différence n'existant au début entre la congestion cérébrale de l'enfant et la méningite. Le fait se comprend d'autant mieux que, en somme, cette dernière débute, dans presque tous les cas, par de la congestion cérébrale.

Cependant, je dirai qu'un début brusque des phénomènes congestifs, comme celui que je vous indiquais tout à l'heure, n'est pas celui de la méningite, et j'ajoute que l'élévation subite de la température, qui appartient à la congestion cérébrale, n'est pas le fait de la méningite. D'ailleurs, bientôt, au bout de deux ou trois jours, le pouls, la température et le rythme respiratoire ne sont pas les mêmes. Le pouls est irrégulier, inégal, intermittent dans la méningite et comme je vous l'ai déjà dit tout à l'heure, à plusieurs reprises, il n'est point en rapport comme fréquence avec la température. Enfin, au bout de peu de temps, viennent les phénomènes de la méningite qui tranchent le diagnostic; tandis que, dans la congestion cérébrale, tous les accidents cèdent généralement au bout de huit jours. Tels sont les cas de guérison de prétendues méningites tuberculeuses, qui ne sont purement et simplement que des cas de congestion cérébrale.

4° *La fièvre intermittente.* — La fièvre intermittente à forme pernicieuse est rare chez les enfants. Dans certains pays à fièvre, vous entendrez parler d'enfants ayant succombé à un deuxième ou un troisième accès de méningite. Ce sont là des cas de congestion cérébrale à poussées intermittentes, et vous les observerez chez des enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de deux ans ou de deux ans et demi.

5° *La sclérose cérébrale* à poussées congestives ressemble aussi beaucoup à la méningite tuberculeuse. Au début, en effet, chez les petits enfants de neuf à dix mois ou de un à deux ans, il existera des douleurs de tête, de l'insomnie, une certaine chaleur des tempes, des vomissements, c'est-à-dire tous phénomènes de congestion cérébrale survenant par poussées congestives, avec agitation nocturne, cris de l'enfant, avec ou sans mouvements convulsifs. Le tout dure un ou deux jours, après lesquels les choses rentrent dans l'ordre. Mais, au bout de quelques mois, les mêmes accidents se reproduisent avec une durée, une persistance plus grandes, pendant plusieurs jours avec fièvre, agitation nocturne, douleurs de tête, cris aigus; puis les vomissements s'accusent, l'intolérance de l'estomac est manifeste; l'enfant vomit spontanément avec une sorte de hoquet comme dans la méningite. En même temps il existe un état saburral de la langue, de la constipation. Mais vous vous souviendrez que déjà l'enfant a eu plusieurs attaques antérieures. Cependant, au bout de huit à dix jours, vous constaterez cette fois du strabisme, de l'inégalité des pupilles et déjà vous prononcerez le mot de méningite et vous vous attendrez à des accidents comateux et à une mort prochaine, tandis qu'il n'en sera rien.

C'est ainsi que, dernièrement, j'étais mandé à Levallois, auprès d'un enfant à la mamelle, présentant des phénomènes semblables. Ne pouvant me rendre le jour même auprès de lui, on revenait dans la soirée me dire de ne pas me déranger, l'enfant étant sur le point de trépasser: on le considérait déjà comme mort. C'était un samedi. Or, le surlendemain lundi, le petit malade n'ayant pas succombé, on me priait de nouveau de l'aller voir. J'arrive et je trouve l'enfant dans un état pitoyable, mais avec tous les phénomènes d'une congestion cérébrale et non pas d'une méningite tuberculeuse. Je fis part de mes impressions au confrère qui soignait cet enfant et nous nous demandâmes s'il ne s'agissait pas chez lui de quelque syphilis. Interrogeant aussitôt le père, nous apprîmes qu'il avait eu la vérole cinq ou six ans auparavant, vérole, disait-il, dont il avait été parfaitement guéri. Nous prescrivions immédiatement le sirop de Gibert et des frictions mercurielles. Le petit malade, sous l'influence du traitement, est aujourd'hui très bien guéri; momentanément du moins. D'ailleurs, l'enfant n'avait présenté aucun accident convulsif ni paralytique.

J'ajouterai, pour terminer ce qui a trait au diagnostic différentiel, qu'un certain nombre d'enfants, filles et garçons, présentent souvent des céphalées plus ou moins intenses, et très préoccupantes à l'époque de leur éducation, à la suite d'un travail intellectuel exagéré, surtout dans les grandes villes. Ce sont là des céphalées de croissance qui bien des fois ont fait craindre un début d'accidents méningitiques. Il y a, dans ce fait, une question de surmenage intellectuel chez des enfants qui ne sortent pas suffisamment. Ces céphalées de croissance, qui s'accompagnent quelquefois de vomissements, présentent ce caractère de cesser le soir par le sommeil de l'enfant. Elles déterminent quelquefois un certain amaigrissement; elles ne sont pas intermittentes, mais persistent sans discontinuer, pendant des mois, voire même des années, si les conditions hygiéniques, dans lesquelles elles sont survenues, ne sont pas modifiées. Elles disparaissent généralement avec la cessation de tout travail, par la vie au grand air, etc. Ces céphalées s'observent chez les enfants âgés de sept à quinze ans.

Je citerai aussi, sans y insister, comme pouvant, pendant quelques jours, simuler la méningite, les douleurs de tête de certains petits migraineux, fils ou filles de parents goutteux ou rhumatisants, douleurs de tête qui prennent parfois une très grande intensité et s'accompagnent de nausées, vomissements, constipation, raideur du cou, etc. Enfin, vous savez que parfois aussi des accidents, méningitiques en apparence seulement, peuvent n'être autre chose que des phénomènes réflexes, dans certaines otites suppurantes, par exemple.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance manuscrite comprend :

1° L'envoi d'un travail de M. le docteur Langlois intitulé : *Nouvelles considérations sur les conditions typhogènes de la ville de Joigny ;*

2° Un relevé des vaccinations faites au courant d'une épidémie de variole qui a sévi à Liévin (Pas-de-Calais), en 1886 et 1887, par M. le docteur Biat;

3° Un travail de M. le docteur George, de Cernay (Hautes-Alpes), sur le traitement de la congestion hépatique par le benzoate de soude (pour le prix Desportes);

4° Les titres scientifiques de M. le professeur Renaut (de Lyon).

LECTURES

Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. — M. T. Heryng, médecin des hôpitaux de Varsovie, donne lecture d'un travail sur le traitement chirurgical de la phthisie laryngée ou des ulcérations tuberculeuses du larynx.

L'objet de ce travail est de démontrer, contrairement à l'opinion courante, que les ulcérations tuberculeuses du larynx ne sont pas absolument incurables. Elles peuvent céder à l'intervention chirurgicale et à l'action de certains agents thérapeutiques, elles peuvent même guérir spontanément, ainsi qu'il en a constaté lui-même un exemple chez une femme âgée, morte de tuberculose pulmonaire, et dont le larynx présenta à l'autopsie des cicatrices qui se rattachaient incontestablement à une ancienne ulcération tuberculeuse.

Le traitement de la tuberculose laryngée, auquel l'auteur a eu recours, comprend deux parties. La première a pour but de supprimer l'infiltration tuberculeuse et ses conséquences. Tout ce qui est pathologique et dégénéré doit être enlevé. Il faut transformer les ulcérations malignes en ulcérations bénignes, faire disparaître l'inflammation. La seconde consiste à fortifier l'organisme et à le placer dans de bonnes conditions.

Dans le traitement chirurgical entrent les cautérisations avec l'acide lactique. Sur 15 malades traités par ce moyen, M. Héryng a obtenu 11 fois la cicatrisation définitive des ulcérations avec une amélioration considérable de l'état général. Dans les cas où cette médication échoue ou n'est pas supportée, il pense qu'on peut utilement recourir à l'injection sous-muqueuse d'acide lactique étendu (dans la proportion de 10 à 20 p. 100), d'une émulsion aseptique d'iodoforme et le grattage, ainsi qu'il l'a expérimenté avec avantage.

Les injections d'iodoforme, précédées d'injections de cocaïne, lui ont donné de bons résultats dans les infiltrations récentes.

Le curage lui a paru trouver ses indications principales dans les excroissances ou tumeurs de l'espace inter-aryténoïdien et dans les infiltrations proéminentes des cordes vocales supérieures. Après le grattage les plaies sont rendues aseptiques à l'aide de badigeonnages par l'émulsion d'iodoforme.

Sur 20 cas de grattage, il a obtenu 15 fois une cicatrisation complète, qui persiste depuis six mois à un an.

En somme, sur 38 cas d'ulcération tuberculeuse du larynx qu'il a eu à traiter, M. Héryng dit avoir obtenu 27 fois une cicatrisation persistante.

Le travail de M. Héryng est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cornil, Cusco et Dujardin-Beaumetz.

Traitement antiseptique des rétrécissements de l'urèthre. — M. **LAVAUD**, interne de l'hôpital de la Pitié, lit un travail sur un mode d'antisepsie de l'urèthre et de la vessie, son application au traitement des rétrécissements uréthraux.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intra-vésicales sans sonde constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie ;

2° Le moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux ;

3° Grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares ;

4° Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire, lente, qui n'a plus guère sa raison d'être ;

5° Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté ;

6° Les indications de l'uréthrotomie interne deviennent extrêmement restreintes ;

7° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales sans sonde, en permettant de faire une antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la divulsion et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guyon, Le Fort et Trélat.)

RAPPORTS

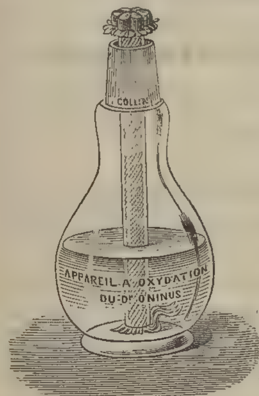
Eaux minérales. — M. **FÉRÉOL**, au nom de la commission permanente des eaux minérales, lit le rapport officiel sur l'exercice médical des eaux minérales en France, pendant l'année 1885.

Prix Daudet. — M. **SIREDEY** donne lecture du rapport sur le concours du prix Daudet.

Les conclusions de ce rapport, ainsi que celles du rapport général sur l'exercice des eaux minérales pour l'année 1885, seront lues et votées en comité secret.

PRÉSENTATION

Oxydation médicamenteuse par la mousse de platine comme moyen thérapeutique. — M. **ONIMUS** présente à l'Académie un appareil qui permet de répandre dans l'air les substances médicamenteuses et de leur donner en même temps par oxydation une action plus énergique.



« Sans entrer dans les détails d'origine et de construction, nous dirons seulement que cet appareil, que nous avons fait construire par M. Collin, se compose essentiellement de mousse de platine maintenue incandescente par des vapeurs d'alcool, d'éther ou d'essence. Il fonctionne dès que la flamme est éteinte et que le foyer formé par la mousse de platine reste rouge.

Dans ces conditions il y a oxydation des substances mises en contact avec ce foyer et il se forme de l'ozone et des produits éthérés. L'expérience est concluante avec les papiers ozonométriques et l'analyse chimique indique également que l'alcool pur, par exemple, donne naissance à des corps suroxydés. Nous ne voulons actuellement que signaler quelques-unes des applications thérapeutiques de cet appareil.

En employant des teintures alcooliques, des teintures éthérées, ou en faisant dissoudre les substances dans l'essence minérale on obtient des effets très rapides, uniquement en laissant fonctionner l'appareil dans un appartement.

L'action la plus certaine de ce moyen thérapeutique est de dessécher les muqueuses.

Aussi dans le coryza, dans la bronchite avec catarrhe, dans certaines irritations des fosses nasales ou de la gorge, dans la fièvre des foins, nous avons obtenu des résultats remarquables. Au bout de fort peu d'heures, en mélangeant à l'alcool de la terpine, du térébène, de l'eucalyptol ou de la teinture d'aconit, nous avons arrêté l'écoulement muqueux.

Nous nous hâtons d'ajouter cependant que, dans les cas de ce genre, où il existe en même temps de la fièvre, les symptômes généraux ont persisté et que l'écoulement local seul a cessé. Chez deux personnes atteintes de phthisie pulmonaire en ajoutant à la teinture de terpine un millième de sublimé et en employant en même temps de l'essence minérale et de l'essence de thym, nous avons assuré un soulagement réel.

Cette forme médicamenteuse est également remarquable par la facilité qu'elle imprime aux mouvements de la respiration. Dans l'asthme nous avons vu une personne s'en trouver très soulagée. Mais c'est principalement chez des cardiaques avec symptômes de suffocation que le fonctionnement de cet appareil avec un mélange de teinture de belladone, nous a rendu de grands services.

La respiration devient aussitôt plus aisée et le malade se sent, suivant l'expression de l'un d'eux, dans un air léger et agréable.

Nous n'avons nullement la prétention de donner ce moyen comme amenant la guérison de toutes ces affections, mais nous sommes persuadé qu'il peut être très utile et c'est pour cela que nous le signalons dès à présent afin que d'autres médecins puissent corroborer nos recherches.

Dans tous les cas, les expériences physiologiques que nous avons faites prouvent, d'une façon incontestable, que ce mode d'emploi a une action rapide et énergique.

En plongeant la mèche dans l'éther sulfurique et en plaçant dans une cloche où entre de l'air ordinaire l'appareil et des animaux, tels que des rats ou des cochons d'Inde, ceux-ci sont endormis au bout de deux ou trois minutes. De même si l'on emploie de l'alcool pur, les symptômes de l'ivresse se produisent après quelques instants, et sous ce rapport il n'y a aucune comparaison à faire avec les effets que l'on obtient en évaporant de l'alcool, d'après les procédés ordinaires.

Si l'on mélange de la strychnine ou de la morphine, l'action de ces substances est toujours très manifeste. Il est donc évident que les substances sont absorbées par ce procédé et qu'elles conservent leur propriété spéciale.

Mais à côté de cette action médicatrice selon les corps que l'on incorpore dans le liquide qu'actionne le foyer, cet appareil, comme d'ailleurs tous ceux qui sont fondés sur le même principe, possède une action assainissante considérable.

Très rapidement une odeur quelconque est détruite ; à plusieurs reprises nous avons mis dans cette atmosphère des viandes altérées ou des liquides organiques décomposés et l'odeur fétide disparaissait.

Mais le fait le plus important et qui montre combien dans un grand nombre de maladies on pourra utiliser ce procédé, c'est le résultat des expériences suivantes, faites au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine.

En prenant du sang frais, que l'on place dans les conditions ordinaires, pour qu'il demeure septicémique, celui qui est en contact avec l'atmosphère dans laquelle se dégagent les produits d'oxydation ne s'altère que très lentement, et les globules du sang s'y distinguent encore le troisième jour, tandis qu'on n'en trouve plus trace dans le sang qui était à l'air ordinaire.

Dans le premier, des micro-organismes s'y développent en même temps lentement et en très petite quantité.

Enfin, en injectant sur des lapins ou des cobayes ces différents sangs, celui qui a été dans les conditions ordinaires détermina la mort en deux ou trois jours, tandis qu'il y a plus de deux mois que, sur des animaux semblables, nous avons injecté la même quantité de sang, provenant du même animal, mais qui avait été placé à côté d'un de ces appareils, actionné par un mélange d'alcool, d'essence minérale et d'un millième de sublimé ; et ces animaux vivent encore et se portent très bien.

Ces faits sont assez concluants, il nous semble, pour qu'il soit inutile d'insister sur les conclusions qu'ils imposent. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre des rapports de M. Charpentier pour le prix Capuron et de M. Leroy de Méricourt pour le prix Barbier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1887. — Présidence de M. Féréol

COMMUNICATIONS

De l'origine des vergetures. — M. TROISIER présente la photographie d'un jeune phthisique, qui offre, au-dessous de la région de l'aisselle du côté droit, des vergetures violacées en grand nombre ; il y en avait aussi au genou.

Cet homme mourut après un an et demi de maladie. On peut supposer qu'il y a une relation entre la phthisie et ces vergetures. A l'autopsie on trouva, aux poumons, les lésions banales de la tuberculose chronique. Il n'y avait pas de distension de la peau du thorax, ni d'un côté ni de l'autre. Peut-on admettre qu'il s'agisse de lésions trophiques consécutives à une altération du système nerveux, ainsi que l'a signalé M. Thaon ? Il n'y avait aucun trouble nerveux chez le malade. M. Troisier a fait avec M. Ménétrier l'examen histologique de la peau ; le tissu fibreux du derme au niveau des vergetures présente un étirement des fibres lamineuses. Le réseau élastique du derme présente la même disposition. Il n'y a plus de papilles. En somme la peau est amincie parce qu'elle est étirée, mais il n'y a pas de lésion appréciable même au microscope dans sa structure. MM. Thaon et Gimbert ont signalé des faits analogues, ainsi que M. Gilbert, interne de M. Brouardel.

M. DUCASTEL dit qu'il est regrettable qu'on ne sache pas quand se sont produites ces vergetures. On sait qu'il suffit de maigrir, après avoir été très gras, pour avoir des vergetures.

M. TROISIER répond que, dans une observation de M. Thaon, il a été constaté que c'était bien dans le cours de la maladie thoracique que s'étaient produites ces vergetures.

M. DUCASTEL insiste sur l'importance qu'il y aurait à bien fixer l'époque de la production de leur apparition.

Vergetures consécutives à des syphilides secondaires. — M. F. BALZER dit que les vergetures sont rares dans la syphilis. Pourtant elles ont été déjà signalées, notamment par M. Fournier, qui en a fait reproduire un spécimen assez remarquable qu'on peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis. En voici deux observations nouvelles :

La première concerne une jeune fille de dix-sept ans, domestique, enceinte de quelques mois et qui avait contracté en même temps la syphilis. Au bout de cinq mois, elle fit une fausse couche. La malade, qui avait eu une éruption papuleuse, remarqua que des vergetures se formaient au siège des papules. On les voit sur le dos, aux lombes, au creux du jarret, sur les épaules, sur la poitrine, la nuque, le cou. Il est facile de distinguer ces vergetures *d'origine éruptive* des *vergetures linéaires* de la grossesse qui occupent leur siège habituel.

Le second cas est plus net encore, en ce sens que les vergetures consécutives aux syphilides se sont produites en dehors de la grossesse.

Comme dans le cas précédent, il y avait eu des syphilides papuleuses dures à la suite desquelles on observa des vergetures arrondies et disséminées, légèrement pigmentées. Ces vergetures existent sur le dos, au niveau de la ceinture principalement, sur la poitrine, sur le cou, à la face même, sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses et sur les genoux. Leur forme, à peu près circulaire, permet de les distinguer facilement des vergetures de la grossesse. Leur dissémination éruptive est caractéristique. Il y a donc lieu de distinguer deux espèces de vergetures :

1° Les vergetures d'origine mécanique où intervient la distension de la peau ;

2° Les vergetures consécutives à des altérations de la trame conjonctivo-élastique du derme. C'est à cette variété qu'appartiennent les vergetures qui succèdent à des syphilides. Toutefois même pour les premières, il est rationnel d'admettre les modifications de la trame conjonctivo-élastique prédisposant aux éraillures du derme.

M. MILLARD considère ces traces consécutives à des syphilides comme des cicatrices et non comme des vergetures.

M. LAILLER dit qu'il faut d'abord s'entendre sur le mot vergeture. Les traces des éruptions papuleuses ou papulo-squameuses de la syphilis disparaissent généralement après quelques mois.

M. TROISIER croit qu'on peut définir histologiquement la vergeture ainsi : étirement des fibres élastiques.

M. FÉRÉOL fait observer que les lésions indiquées par M. Balzer diffèrent cliniquement des vergetures, en ce sens qu'elles sont punctiformes tandis que les vergetures sont allongées.

M. BALZER ajoute que ce ne sont pas des cicatrices puisqu'il n'y a pas de tissu de nouvelle formation. Ce sont bien des vergetures.

Épidémie locale de fièvre typhoïde. — M. FERNEY signale une petite épidémie locale de fièvre typhoïde à l'hôpital Beaujon. Il s'agit de cinq cas intérieurs de fièvre typhoïde contractés dans l'hôpital. M. Ferney a recherché la cause de cette épidémie. Les salles de l'hôpital sont alimentées par de l'eau de Seine et de l'eau de la Vanne. L'eau de Seine est insuffisamment filtrée ; la filtration est tout à fait illusoire au point de vue des microbes. Il est incontestable, que cette eau de Seine a été donnée en boisson aux malades et aux employés de l'hôpital. Il est donc probable que c'est elle qui a été la cause de cette petite épidémie locale. Il faudrait donc ou défendre l'usage de l'eau de Seine dans les hôpitaux, ou la filtrer suffisamment.

M. MILLARD dit que la filtration des eaux est une question très difficile et très coûteuse, toutefois l'attention de l'administration est éveillée sur ce point et l'on ne manquera pas de prendre des mesures.

M. LAILLER fait observer que la suppression de l'eau de Seine serait la meilleure mesure ; quand on ne peut en avoir d'autre, il propose de la faire bouillir.

M. LABBÉ dit que M. Terrier, à l'hôpital Bichat, a fait installer un appareil filtreur qui lui donne de l'eau très purifiée et qui est très peu coûteux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 octobre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Baquié.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Leclerc et Grall.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Mathé, Landouar et Roux.

— Par décret, en date du 30 octobre 1887, M. Papin, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Garcin, licencié ès sciences

naturelles, est maintenu dans les fontions de préparateur de botanique.

— Un concours pour la nomination à sept places d'externe en médecine et en chirurgie dans les hospices de Montpellier, s'ouvrira le lundi 5 décembre 1887, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Éloi. Le registre d'inscription sera ouvert au bureau du secrétariat des hospices jusqu'au samedi 3 décembre à cinq heures du soir.

— La commission de l'Académie de médecine, désignée pour le choix de la question à proposer pour le prix Pourat (900 francs), a posé pour 1888 la question suivante : « Physiologie du muscle cardiaque. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1888.

— Les élèves et amis de M. le professeur Charles Richet lui offriront, le mardi 15 novembre, à l'Hôtel Continental, à sept heures, un banquet pour fêter sa nomination à la Faculté de médecine.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhésions doivent être envoyées avant le mercredi 9 novembre, à l'une des adresses suivantes : M. H. Ferrari, 6, rue du Pont-de-Lodi; M. R. Moutard-Martin, 52, rue de Lille; M. L. Olivier, 56, rue Gay-Lussac; MM. Gley et Rondeau, au laboratoire de physiologie, 2, rue Vauquelin.

— M. le professeur Grancher commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, samedi prochain 5 novembre 1887, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

Le mardi : leçon clinique dans les salles; le jeudi : leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; le samedi : leçon à l'amphithéâtre. Les lundis, mercredis et vendredis sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles; le mercredi à l'électrothérapie; le vendredi, aux maladies de la peau.

— MM. les docteurs Michaux et Ricard, anciens prosecteurs, commenceront, le lundi 21 novembre, un cours *gratuit* de pathologie externe.

Ce cours aura lieu tous les jours de quatre à cinq heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Un programme manuscrit indiquera l'ordre et le sujet des leçons.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21858

N° 133. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 5 NOVEMBRE 1887. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Fractures et massage.

Par M. le docteur F. VERCHÈRE
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Le traitement des fractures semblait depuis longtemps être indiscutable ; les indications paraissaient formelles, et les moyens pour les remplir étaient plus ou moins jugés parfaits et définitivement acquis. L'immobilisation absolue du membre et du foyer de la fracture, la contention et les appareils pour l'obtenir, après réduction faite suivant certaines règles variant suivant le siège, la forme, la variété de la fracture, étaient, de l'avis unanime de tous les chirurgiens, indispensables pour traiter une fracture. Il n'en était rien, paraît-il, l'immobilisation est un danger, la contention inutile.

M. Lucas-Championnière, dans plusieurs communications à la Société de chirurgie, quelques chirurgiens qui prirent part aux discussions qui suivirent ces communications, vinrent défendre le traitement des fractures par la mobilisation et le massage.

Ainsi formulé le traitement est dangereux, et c'est pour mettre en garde contre les excès auxquels un pareil titre pourrait entraîner les praticiens toujours à l'affût des choses nouvelles et confiants dans la haute autorité de tout ce qui sort de la Société de chirurgie, que j'ai entrepris d'écrire cette Revue. Les arguments pour et contre la nouvelle méthode, les dangers et les avantages de l'ancienne, j'examinerai tout ce qui peut entraîner la conviction et déterminer le chirurgien à employer, suivant les cas, l'une ou l'autre méthode, comment il doit l'employer, et enfin les avantages qu'il pourra, dans certains cas, en obtenir ou les dangers que dans d'autres il pourrait encourir.

I

Une fracture, quelle qu'elle soit, où qu'elle soit placée, est constituée par un ensemble de lésions. La solution de continuité du squelette en est le point essentiel, prédominant ; c'est elle qui présente le plus grand danger, c'est elle qui, au point de vue fonctionnel, attire l'attention et la retient à son profit. La mauvaise réparation de la solution de continuité osseuse rend le malade infirme, un membre devient inutile si la consolidation osseuse ne se fait pas ; il fonctionne mal ou ne fonctionne plus si elle est imparfaite. Il est donc certain que la fracture, en tant que suppression du levier osseux, présente une grande importance, et loin de nous l'idée de la regarder comme une quantité négligeable pour ne traiter que les lésions qui *inévitablement* accompagnent le brisement osseux.

Dans la question que je traite actuellement, il est évident que je ne veux nullement m'occuper des fractures compliquées, c'est-à-dire de celles dont le foyer communique avec l'air extérieur, par une plaie plus ou moins large, par une destruction plus ou moins étendue de la peau. Je n'entends et ne veux parler que des fractures sous-cutanées, pour ne pas être entraîné à trop de développements.

L'état des tissus qui forment les parois du foyer de la fracture, l'état des parties molles parfois assez loin placées de la fracture, l'état des articulations en connexité fonctionnelle, parfois pathologique, avec le lieu de la fracture ou l'os fracturé, sont autant de questions desquelles le chirurgien ne doit pas se désintéresser.

Les muscles au niveau d'une fracture sont déchirés, rompus. Les fragments osseux ont plus ou moins labouré le tissu musculaire, les aponévroses sont parfois déchirées, en tous cas les gaines celluleuses qui entourent et séparent les muscles sont largement contuses et déchirées ; les vaisseaux du voisinage, sans parler ici des grosses artères et des artères moyennes (poplitée, fémorale, artères tibiales qui réclameraient un traitement spécial et dont l'histoire a été faite par Nepveu), les capillaires, les veines, les artérioles, sont ouvertes et laissent écouler une quantité de sang en rapport avec le délabrement des parties formant une cavité à remplir plus ou moins grande. Qu'en résulte-t-il? Un épanchement de sang *inévitable?* Cet épanchement peut rester localisé au niveau du foyer de la fracture, les extrémités des fragments peuvent être seuls à fournir du sang, mais toujours il existe un épanchement sanguin, variable de volume. Le gonflement qui survient après toute fracture en est une preuve indéniable, l'ecchymose sous-cutanée, locale ou éloignée du foyer, la présence des phlyctènes sont autant de preuves de l'existence de cette véritable infiltration.

Que la fracture soit voisine d'une articulation para-articulaire, ainsi qu'on l'a appelée ; les lésions vont être d'un autre ordre et l'épanchement sanguin, quoique encore abondant dans certains cas, passera quelquefois au second rang

devant d'autres lésions à résultats plus ou moins funestes.

Les troubles articulaires sont de deux ordres dans les fractures : ou ils se produisent dans une articulation non en communication directe avec la fracture (hydarthrose du genou dans la fracture du fémur), ou la fracture est intra ou para-articulaire. Dans le premier cas, ce sont des accidents consécutifs à la fracture et j'en parlerai lorsque je rechercherai les lésions et les accidents tardifs, secondaires si l'on veut, des fractures; dans le second cas, au contraire, ce sont des accidents immédiats et, dans certaines circonstances, ce sont les accidents principaux, prédominants, ce sont eux qui constituent à proprement parler la véritable lésion.

Pour bien faire comprendre ma pensée, je vais prendre, comme exemple de ces fractures, celle qui peut en être considérée comme le type et qui en est la plus fréquente, la fracture du péroné. C'est une fracture non seulement para, mais encore intra-articulaire. Je n'ai pas à revenir sur la structure même de l'articulation au niveau de laquelle elle se produit. Cette anatomie est trop connue pour que je m'y arrête. Mais son mécanisme, les lésions articulaires, aussi bien ligamenteuses que synoviales, sont plus intéressants et doivent être examinés.

C'est toujours une fracture indirecte. Le pied dans un mouvement forcé s'incline soit dans l'adduction, soit dans l'abduction, ou bien subit un mouvement de rotation exagéré, peu importe. L'astragale, solidement enfermé dans la mortaise tibio-péronière, tend à sortir par une de ses faces de la mortaise, ou s'appuie sur un des bords de la mortaise ; ceux-ci sont entraînés par les ligaments puissants qui viennent s'insérer au sommet ou à la face profonde des extrémités de malléoles placées en leviers latéraux, ou bien sont écrasés par le poids qu'ils sont forcés de supporter. Le résultat définitif est un arrachement ou un écrasement d'une ou des deux malléoles; fracture du péroné ou fracture bimalléolaire, le mécanisme est toujours le même : distorsion, mouvement poussé à l'extrême d'une articulation, arrachement ou écrasement d'une apophyse para-articulaire. Les lésions principales sont articulaires, c'est l'entorse qui prédomine ; l'arrachement osseux n'est qu'une lésion surajoutée à celle de l'entorse classique ; le petit fragment osseux est un peu plus volumineux, mais il n'en est pas moins secondaire. La fracture peut être bimalléolaire, on n'a pas affaire là à une fracture de jambe. La fracture d'un membre, jambe, bras, avant-bras, consiste dans la fracture du squelette de ce membre, déterminant la suppression du levier osseux de résistance du membre, ici il n'en est rien. Le levier osseux persiste, en tant que puissance, les os sont respectés, il n'y a d'autres troubles que ceux d'une plaie osseuse sans modifications fonctionnelles.

L'arrachement de l'épitrochlée dans une entorse du coude, la fracture du radius dans une entorse du poignet, l'arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus, l'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia, des insertions du ligament croisé et d'un éclat du plateau tibial dans l'entorse du genou (Segond) ne sont pas des fractures, ce sont des plaies osseuses par arrachement dans une entorse.

Appeler ces fractures des fractures para-articulaires et généraliser ce qui leur est spécial à toutes les fractures, est un danger et j'y insisterai. L'entorse s'accompagne de lésions particulières et nous les trouvons dans toutes ces prétendues fractures. Ce sont des douleurs vives aux mouvements articulaires, ce sont des épanchements sanguins intra-articulaires et péri-articulaires, ce sont des luxations de tendons, des hernies de la synoviale, des ruptures ligamenteuses, etc., etc. Je ne veux pas faire toute l'anatomie pathologique des entorses, qu'il me suffise de faire remarquer combien la symptomatologie de l'entorse avec fracture para-articulaire diffère de la description d'une vraie fracture. Dans celle-ci, impotence fonctionnelle du membre, il est inerte et ne peut ni se soulever, ni supporter (mécaniquement parlant, s'entend), les fragments sont mobiles l'un sur l'autre et le membre semble être divisé en un segment de plus, la douleur n'existe que lorsque les fragments viennent se heurter l'un contre l'autre ou viennent léser, irriter les tissus voisins; mobilité anomale, crépitation : tels sont les deux grands symptômes. Dans celle-là au contraire, le squelette forme un tout complet, en tant que levier, en tant que soutien, il garde toutes ses propriétés. Pas de mobilité anomale, le fragment minime est maintenu par les liens solides qui le rattachent encore aux os articulaires voisins ; pas de douleur aux mouvements totaux du membre, mais douleur articulaire, c'est-à-dire aux seuls mouvements qui se passent du côté de l'articulation. Tous les symptômes, tous les phénomènes anomaux tiennent à l'articulation, c'est la lésion articulaire qui est la vraie lésion.

Dans un cas, on a une fracture; dans l'autre, on a une entorse.

II

Que si on examine l'évolution de ces fractures et les troubles ultérieurs qui vont se produire, on verra les différences s'accentuer.

Si j'insiste autant sur tous ces points, c'est que de l'étude même des lésions, de l'analyse même de chacun des symptômes, je pourrai étudier et synthétiser le traitement et le juger en connaissance de cause.

Parmi les phénomènes qui accompagnent la guérison ou viennent compliquer la marche ordinaire d'une fracture simple, les uns sont inévitables et tiennent à la nature même de la lésion, les autres sont inconstants et peuvent aider ou entraver, suivant ce qu'ils sont, la réparation définitive. Enfin, le traitement employé aurait une grande importance pour les parties voisines.

Le premier fait qui doive occuper le chirurgien en présence d'une fracture (au sens même du mot que nous avons cherché à spécifier), c'est la consolidation du squelette brisé, C'est un ensemble de phénomènes physiologiques, constants, bien connus, et qui constitue ce que tout le monde connaît bien : l'évolution du cal. Je ne peux, il est certain, faire l'histoire du cal et décrire la manière dont se fait le cal; mais je n'insisterai que sur un point diversement interprété. C'est l'utilité ou la nocivité (suivant les auteurs) de l'épanchement sanguin qui se fait entre les fragments. Élément de consolidation pour les uns, pour d'autres cet épanchement sanguin devrait être résorbé avant que commence tout travail de consolidation; de là l'indication pour ces derniers de le faire disparaître le plus rapidement possible par les moyens thérapeutiques qu'on peut avoir à sa disposition.

Mais supposons que la consolidation de la fracture elle-même se fasse sans encombre et que les os se soudent peu à peu l'un à l'autre. Divers phénomènes auxquels il faut apporter grande attention ne vont pas moins se produire.

Le membre va subir diverses modifications. Les muscles vont présenter une tendance notable à l'atrophie, privés de leurs leviers, ils sont voués à une inactivité fonctionnelle

forcée; or, toute fibre musculaire qui n'agit point diminue progressivement, et, si l'inactivité se prolonge, elle se modifiera dans sa structure intime, pourra subir la transformation graisseuse, pourra même en arriver à disparaître complètement. Ce phénomène presque constant jouera un rôle considérable au point de vue du retour des fonctions du membre, lorsque celui-ci sera de nouveau en possession de son squelette.

Il est à remarquer, du reste, qu'une fracture apporte toujours avec elle, pour le membre qui en est atteint, toute une série de troubles trophiques plus ou moins sérieux. C'est ainsi que, du côté de la peau surtout, si le membre a été enfermé dans un appareil imperméable à l'air, se produira une sorte de desquamation furfuracée plus ou moins marquée, qu'elle deviendra sèche icthyosique dans certains cas, humide eczémateuse dans d'autres. L'épiderme se trouvera soulevé par des phlyctènes plus ou moins volumineuses et au-dessous le derme pourra lui-même présenter des altérations : petits points de sphacèle très superficiels, quelquefois étendus, si la moindre compression vient s'y ajouter. A quoi tiennent tous ces troubles, est-ce à la rupture des vaisseaux sanguins profonds, est-ce à une modification mécanique de la circulation, est-ce à l'épanchement sanguin abondant, est-ce à des lésions nerveuses plus ou moins marquées, est-ce à une immobilité prolongée? Il est difficile de faire un choix parmi toutes ces causes et il est plus simple de croire que c'est à leur réunion sur un même membre, à leur combinaison, qu'il faut attribuer toutes ces complications presque constantes qui indiquent nettement un trouble profond dans la vitalité du membre atteint.

Les lésions articulaires qui suivent les fractures en général ne sont pas moins intéressantes; nous avons vu les lésions immédiates, il en existe d'autres qui ne se produisent qu'au bout d'un certain temps. Lorsque la fracture est une fracture d'un membre, l'articulation la plus voisine est souvent le siège d'un épanchement, celui-ci est généralement séreux. C'est ainsi qu'après une fracture de cuisse se produit souvent une hydarthrose du genou (Berger), qui peut se dissiper assez rapidement, mais aussi peut durer plus longtemps que la fracture et, par suite, retarder le moment où le malade pourra reprendre complet l'usage de son membre.

Mais d'autres lésions sont d'une bien plus grande importance, ce sont les raideurs articulaires. Celles-ci, que l'on a attribuées à l'immobilisation prolongée, se montrent surtout sur les petites articulations; celles des doigts, du poignet en particulier. Lorsqu'un membre a été tenu immobile pendant un temps plus ou moins prolongé; lorsque la main a été maintenue étendue sur une palette; au bout de trois semaines, un mois, quelquefois moins, on voit apparaître tous les phénomènes atrophiques dont j'ai parlé; les doigts s'amaigrissent, la peau s'amincit, l'épiderme perd son aspect vivant, les doigts deviennent fuselés, effilés, les ongles sont longs, cassants, jaunâtres parfois, et, si on essaie de fléchir un de ces doigts, la douleur est extraordinairement vive; aucun mouvement n'est possible dans les articulations des phalanges entre elles, à peine quelques mouvements de flexion des métacarpo-phalangiennes. Les extrémités osseuses réagissent comme elles le font toujours, lorsqu'elles subissent un trouble trophique quelconque, comme elles le font dans l'arthrite sèche, dans l'ataxie locomotrice, elles augmentent de volume, elles se déforment et perdent ou plutôt transforment leur cartilage.

Ce tableau des troubles articulaires, à la suite de fractures dans les membres immobilisés, ne se retrouve pas dans tous les cas, il est plus ou moins atténué, et on peut plus ou moins y remédier. Mais il faut savoir que, s'il tient non seulement à l'immobilité prolongée, à l'état d'infériorité vitale dans laquelle se trouve placé un membre sur lequel siège une fracture, il peut subir une grande influence du sujet lui-même. Immobilisez un jeune homme à articulations saines, le trouble trophique ne sera pas suffisant pour déterminer des lésions aussi marquées; mais prenez un vieillard, presque toujours arthritique, et surtout s'il a déjà quelques nodosités articulaires, c'est-à-dire un début de lésions osseuses du rhumatisme chronique, et vous verrez survenir en quelques jours des raideurs articulaires qui, en un temps à peine sensible, entraîneront une ankylose et une ankylose irrémédiable. En résumé, trouble trophique tenant à la fracture elle-même, immobilisation d'une jointure vivant mal et prédisposée, enfin arthritisme, telles sont les trois grandes raisons qui expliquent et amènent ces troubles graves des petites articulations surtout, mais des grandes aussi, auxquels sont dues les ankyloses irrémédiables et les infirmités définitives survenues pour une lésion en apparence peu grave, et pour laquelle on avait porté un pronostic bénin.

Je ne parle pas, bien entendu, ici, des troubles fonctionnels d'une articulation et pouvant tenir à une saillie osseuse vicieusement consolidée et qui, venant heurter l'os congénère, empêche le mouvement de se produire, en interposant un obstacle mécanique à l'achèvement du mouvement lui-même, ceci est d'ordre différent.

Enfin, il est un dernier point de vue auquel il faut nous placer, peut-être moins intéressant quant à l'utilité fonctionnelle, mais auquel les malades attachent une importance peut-être plus grande encore, et qu'ils rapportent toujours au traitement du chirurgien qui les a soignés. Je veux parler du point de vue morphologique. Les femmes surtout ne pardonneront jamais à un chirurgien qui aura abandonné leur poignet déformé après une fracture du radius. Je ne veux dire qu'un mot à cet égard, les déformations sont très inconstantes. Telle fracture en présentera une très marquée, difficile à corriger, difficile à maintenir; telle autre, au contraire, ne demandera pas de réduction, les os resteront facilement en regard les uns des autres, sans tendance au chevauchement; le chirurgien n'a donc d'autre rôle que de constater cette déformation, puis d'y remédier si elle existe, de l'empêcher de se produire si elle n'existe pas. Or, je ne dirai que ceci : *les os se consolident toujours dans la position fixe qu'ils ont prise ou qu'on leur a donnée.*

Pour résumer cette première partie de notre travail, nous dirons : il existe deux sortes de lésions traumatiques des os que l'on a réunies sous le nom de fractures : les fractures proprement dites, fractures des membres, et les entorses avec arrachement d'un fragment osseux plus ou moins volumineux.

Les premières sont caractérisées par la mobilité anomale plus ou moins grande, avec possibilité pour les fragments de prendre des positions plus ou moins vicieuses, l'un par rapport à l'autre.

Les secondes sont caractérisées par des lésions articulaires qui ressortissent toutes de l'entorse, la solution de continuité osseuse n'étant qu'accessoire au point de vue fonctionnel.

Les premières donnent lieu à des modifications dans la forme des membres qui ont sans cesse tendance à se repro-

duire, et qui se reproduisent par ce fait même, que le membre a perdu son soutien solide, son squelette osseux. Les secondes ne donnent pas lieu à des déformations, ou si celles-ci existent, elles n'ont pas de tendance à se reproduire, sauf certains cas où alors elles devront être maintenues comme dans les premières.

Enfin, dans les unes comme dans les autres, il existe toute une série de troubles trophiques dus à plusieurs causes et dont les principales sont une tendance à l'atrophie musculaire, à l'arthrite traumatique ou de voisinage, aux épanchements sanguins plus ou moins abondants, aux lésions nerveuses, aux modifications du côté du tégument.

Ces accidents peuvent être immédiats ou consécutifs, ils peuvent être plus ou moins graves, entraîner des conséquences souvent assez sérieuses pour compromettre le résultat définitif après consolidation osseuse complète, et réclament de la part du chirurgien une attention au moins égale à celle qu'il a apportée pour obtenir la formation du cal, dans une bonne position des fragments osseux.

III

Avant de voir dans quels cas le massage appliqué aux fractures peut rendre des services, voyons quelle est son action en général.

Les manipulations thérapeutiques, pour employer une expression plus noble qu'a choisie Dally (1) pour désigner le massage, constituaient autrefois une grande partie de la chirurgie qui n'était, comme le dit Ambroise Paré, qu' « une habileté et industrieux mouvement d'une main assurée avec expérience ou une action de main industrieuse, tendante à quelque bonne opération de médecine ». Malgré la grande autorité du Père de la chirurgie, le massage n'en a pas moins pendant longtemps été abandonné aux empiriques et aux rebouteurs et, si l'on peut citer quelques noms tels que Mercuriali, Faber, Krause, Dally, Richter, Durand-Fardel, Bouvier, Bonnet et, plus récemment, Neumann, Behrend, C. Dally, Estradère, Phélippeaux, Bourguet d'Aix, Norström, Mosinger, Mëtzger, il n'en est pas moins certain que ce furent presque toujours les rebouteurs qui obtinrent des succès et causèrent des désastres avec cette arme puissante dont les auteurs dont nous venons de citer les noms ont cherché à régler l'emploi et dont ils ont fait une étude véritablement scientifique.

Les différentes formes de manipulations sont généralement combinées entre elles, mais on a cherché à en faire un classement qui en permet l'analyse. — En voici l'énumération, je ne puis m'engager dans la description de chacune de ces manœuvres, que l'on trouvera exposée dans les divers traités de massage multipliés depuis quelque temps. Je prends le classement qu'en donne E. Dally : 1° l'application simple de la main ou de l'extrémité des doigts sur la peau; 2° les frôlements ou effleurements des extrémités digitales (passe en contact des magnétiseurs); 3° les frictions plus ou moins fortes mais sans pression; 4° les nombreuses variétés de pressions, continues ou intermittentes, fixes ou mobiles, lentes ou rapides, uniformes ou variables et, quant à la main de l'opérateur, digitales ou palmaires, à main ouverte ou fermée ou demi-fermée, mais conservant toujours la même attitude; 5° les pétrissages, malaxations, pincements, c'est-à-dire les manipulations qui résultent des pressions successives dans le mouvement d'opposition de la main et du pouce; 6° les percussions qui se pratiquent soit avec l'extrémité des doigts, leur face palmaire (tapotements de Laisné) ou avec le bord ulnaire de la main (hâchures, *Hackingens* de Neumann). Les auteurs allemands et Estradère y ajoutent les claquements et les percussions à poings fermés qui semblent avoir des indications qui ne ressortissent pas précisément de l'art de guérir; 7° les vibrations; 8° enfin les mouvements articulaires communiqués ou artificiels.

Les désignations mêmes sous lesquelles sont désignées chacune de ces manœuvres nous dispensent de toute description, et il sera facile au médecin de les exécuter lui-même, sans apprentissage spécial et sans grande difficulté.

Un point plus important nous intéresse; c'est l'effet que peuvent produire ces manipulations.

Il n'est pas de résultat merveilleux qu'on ne leur ait attribué et, à entendre certains pratiquants, *tout* est susceptible de guérir par le massage, celui-ci remplace toute thérapeutique : les tumeurs, les affections du système nerveux, les arthrites fongueuses, aiguës, chroniques, sèches, avec épanchements, etc. etc., sont justiciables de ce moyen thérapeutique. C'est là le danger, c'est contre ces assertions qu'il faut s'élever; le massage est une excellente chose mais il faut ne l'appliquer que quand il en est besoin et non pas indistinctement. C'est là le danger que craignait M. Marc Sée, lorsqu'il pensait que la communication de M. Lucas-Championnière donnerait une notoriété trop grande aux rebouteurs et les ferait rechercher plutôt que les chirurgiens, dont le traitement moins prompt jusqu'alors était néanmoins plus sûr que celui qu'ils appliquaient et qui fut si souvent l'origine de véritables désastres. S'ils ont eu quelques succès, si M. Lucas-Championnière a pu en relater quelques-uns, c'est qu'ils ont trouvé dans le nombre de ceux qu'ils soignaient des cas favorables au massage et ils ont rendu service sans savoir ce qu'ils faisaient, comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir.

Les avantages que l'on peut retirer du massage sont nombreux et pour savoir dans quels cas il faudra l'appliquer, nous devons nous demander d'abord quel est son mode d'action. Nous envisagerons surtout son mode d'action en rapport avec les lésions qui nous occupent actuellement, laissant de côté les effets qu'on a voulu lui prêter dans certains cas de maladies nerveuses. C'est surtout le contact, l'application simple de la main ou de l'extrémité des doigts sur la peau qui a donné lieu aux exagérations les plus violentes. On fait un agréable mélange de massage et de magnétisme, et on a pu ainsi entraîner le public à bien des erreurs. Il en est de même des frictions faites pour les affections paralytiques, telles que coxalgies hystériques, monoplégies traumatiques. On a cherché à ramener la sensibilité et la mobilité, par les frictions (nous en trouvons des observations dans Charcot) (1), mais en vain, ou bien il s'agissait de phénomènes analogues à ceux qui sont du ressort de l'hypnotisme et de la suggestion, ou bien l'on n'obtenait aucun résultat satisfaisant.

C'est qu'en effet le massage n'a qu'une action absolument mécanique; c'est cette action qu'il nous faut étudier. Que ses résultats soient plus complets ou qu'ils semblent au premier abord surprenants, nous verrons que cette action se réduit à deux choses : 1° à des effets de compression douce, répétée, modifiée suivant les manœuvres employées; 2° à des excitations traumatiques de la fibre musculaire.

(1) *Dict. Dechambre*, 2e série, t. IV, p. 565.

(1) *Maladies du système nerveux*, t. III, p. 395.

Sans aller aussi loin que Cl. Bernard qui a dit que « le mouvement musculaire constitue la principale fonction animale, et, par suite, que le système musculaire est le centre des phénomènes manifestés par les êtres vivants, » il est certain que c'est à lui qu'est due en grande partie la vitalité de tout le système musculaire. Deux ordres de preuves le démontrent surabondamment : d'une part l'atrophie et la disparition de la fibre musculaire inactive ou rendue inactive par une lésion de voisinage ; d'autre part, l'hypertrophie et la multiplication des fibres par l'exercice, le travail, le fonctionnement exagéré de l'organe. D'où les muscles énormes, les biceps considérables des lutteurs, des athlètes, des gymnastes, et les muscles grêles, flasques et ramollis des inactifs, des sédentaires, des inutiles. Lorsqu'un membre est immobilisé par une fracture, lorsque le point d'insertion du muscle lui fait défaut et ne maintient pas sa tonicité, qu'il se trouve livré à lui-même (fracture de rotule), l'atrophie se produit et se produit très rapidement. C'est le mouvement apparent ou latent, les mouvements d'assimilation et de désassimilation qui entretiennent la vie du muscle, ce sont eux qui doivent artificiellement être provoqués dans le cas où ils disparaissent pathologiquement. C'est le massage qui est le meilleur agent de rénovation ou de conservation musculaire.

On sait combien la fibre musculaire est sensible aux chocs, aux pressions, aux malaxations, de quelle façon elle répond par une série de contractions fibrillaires locales, aux différents traumatismes. Il suffit pour s'en rendre compte de percuter avec le médius faisant ressort, donnant ce que l'on appelle en langage vulgaire une pichenette, pour voir se produire immédiatement, au-dessous de la peau au point percuté, une vibration fibrillaire qui se dessine plus ou moins nettement. Cette contraction est très marquée chez certains individus, beaucoup moins chez d'autres. Ce sont des contractions réflexes, ou tenant à la nature même des fibres musculaires, constituant une de leurs propriétés fondamentales d'être excitables mécaniquement ; et cette contraction, que l'on a appelée idio-musculaire lorsqu'elle est exagérée, a été considérée comme un symptôme sur lequel je n'ai pas à insister. Ce travail du muscle peut suffire pour maintenir sa vitalité et son volume et n'entraîne pas de raccourcissement total du corps charnu, d'où aucun inconvénient au point de vue du squelette sous-jacent et aucune crainte de voir des mouvements communiqués au segment du membre dont il fait partie.

L'influence et le mode d'action du massage sur la circulation est beaucoup plus marquée et peut entraîner des résultats bien plus considérables.

Les frictions de bas en haut, de l'extrémité d'un membre vers sa racine, active la circulation veineuse. Cela est incontestable et, comme tout le monde peut le faire, on n'a qu'à passer la main sur la surface cutanée au-dessous de laquelle est disposé tout le réseau superficiel des veines, pour voir celles-ci se vider devant la main qui parcourt le membre et les veines se remplir progressivement derrière elle ; que les mouvements soient répétés plusieurs fois et l'on comprend comment la circulation peut, de ce fait, être considérablement activée.

Mais, là n'est pas seulement l'effet du massage. En effet, toute excitation mécanique de la peau, superficielle, entraîne immédiatement une rougeur plus ou moins vive ; celle-ci n'est-elle pas l'indice d'un afflux sanguin évident qui, par le mécanisme précédent, se renouvelle sous chaque friction et détermine encore une circulation plus active.

Les expériences physiologiques ont montré toute l'importance de la compression ou de la pression, dans l'absorption par le tissu cellulaire ou, pour être plus vrai, par les tissus lymphatiques. Qu'un épanchement sanguin se soit produit dans l'épaisseur d'un tissu, celui-ci pourra se résorber spontanément, ce qui a généralement lieu, mais il met un temps prolongé, et quelquefois même peut s'enkyster, s'isoler et former un foyer distinct dont les parois n'absorbent plus que très lentement et souvent même ne disparaissent, ainsi que l'on dit, qu'à la longue. Une ecchymose qui n'est qu'une infiltration sanguine dans les mailles du tissu cellulaire superficiel a une durée régulière et passe par une série de teintes bien connues avant de disparaître complètement. C'est que l'absorption par le tissu cellulaire est lente en général et qu'il faut un certain temps avant que tout le liquide épanché ou infiltré ait disparu. Or, la pression et la compression dispersent, en quelque sorte, ce liquide dans les mailles du tissu cellulaire, le font circuler, le mettent en rapport avec une plus large surface absorbante et rendent cette absorption plus rapide ; de plus, et c'est le but que l'on cherche à obtenir par la compression dans certains épanchements séreux (du genou par exemple), la surface de paroi n'absorbant plus ou absorbant mal, la pression fait en quelque sorte pénétrer le liquide dans la membrane séreuse par effraction, si je puis m'exprimer ainsi, et, placé ainsi dans les voies lymphatiques, le liquide est plus rapidement entraîné (Billroth et Vinwarter) (1).

Cette action générale sur la circulation au point de vue de la rapidité du cours du sang, de la résorption des épanchements sanguins, de l'absorption des liquides infiltrés, est le plus grand bienfait qu'on puisse attendre du massage. C'est un résolutif puissant, énergique. Mais, par suite de cette puissance même, si elle est mal employée, il peut causer de grands malheurs : amener des inflammations intenses, déterminer en des points délicats des suppurations dangereuses et, par suite, transformer une lésion légère au premier abord en une affection grave et parfois mortelle.

Il est un dernier point qu'il faut examiner lorsque l'on traite du massage, c'est l'action de la mobilisation, du mouvement imprimé aux articulations. Depuis longtemps la question a été jugée, et M. Verneuil a donné les règles qui doivent diriger le chirurgien en pareille occurrence. Ce n'est pas par l'immobilisation elle-même, que sont causées les ankyloses. Rien à répondre à l'argument suivant qu'il met en avant : immobilisez une articulation saine, ainsi que cela a été malheureusement fait plusieurs fois dans certaines erreurs de diagnostic (genou douloureux au début d'une coxalgie, par exemple), jamais il ne surviendra d'ankylose. C'est l'arthrite qui envahit l'articulation qui cause l'ankylose. A quoi est due l'ankylose des doigts après l'immobilisation de la main dans les fractures du radius ? Est-ce à l'immobilisation ? C'est aux troubles trophiques qui surviennent dans les petits articles, lorsqu'ils ne fonctionnent plus, au manque de vitalité des petites jointures, la proie ordinaire de l'arthritisme ; c'est aux paralysies musculaires, c'est aux atrophies consécutives, mais l'immobilisation seule ne suffit pas.

Dans les cas de lésions du péroné, la raideur articulaire est due à l'entorse violente, et non à la fracture, et non à l'immobilisation, et cette raideur est en rapport avec le

(1) Billroth et Vinwarter, *Pathol. générale*, édit. française, 1887, p. 288.

temps que mettent les parties à reprendre leur état normal.

Du moment que l'on connaît l'origine de ces lésions, l'immobilisation sera abandonnée dans les doigts, dans les articulations à distance d'une fracture; non pas en tant qu'immobilisation, mais pour maintenir par le mouvement la vitalité même de ces jointures et les empêcher de se déformer et de s'ankyloser.

Mais certaines articulations (comme les muscles), étant donnés la nature et le siège de la fracture, ne peuvent être mises en mouvement sans compromettre la consolidation de la fracture. L'arthrite dont elles sont atteintes par voisinage, l'épanchement qui les remplit, leur interdit tout mouvement dans le sens fonctionnel du mot; c'est-à-dire que les surfaces articulaires doivent rester dans des rapports constants, qu'il ne doit se faire aucun changement dans la position respective de ces surfaces, de ces ligaments, de la synoviale. Les parties constituantes de l'articulation doivent être immobiles, absolument immobiles. Il faut néanmoins, puisque nous avons dit que le mouvement était la vie même de ces parties, qu'il s'exécute pour qu'il n'y ait pas persistance indéfinie d'arthrite causée par la résorption lente de l'épanchement sanguin ou séreux, par les changements de situation des ligaments, parfois de la synoviale irritée par le liquide qu'elle contient, des raideurs qui, à un moment donné, retarderaient presque indéfiniment la guérison et compromettraient définitivement le fonctionnement et l'usage du membre. Ici encore, il faudra supprimer tout mouvement actif ou passif de l'articulation, mais il sera permis de lui donner un véritable mouvement trophique, c'est-à-dire faire agir les qualités absorbantes de la synoviale, réduire les hernies qui ont pu se produire, faire résorber le plus rapidement possible l'épanchement sanguin articulaire et péri-articulaire, etc. C'est ainsi seulement qu'on pourra arriver à guérir vite et bien l'arthrite de voisinage, l'entorse concomitante d'une fracture.

Mais le massage est le véritable moyen à employer pour obtenir ce résultat et nous avons vu qu'il était le metteur en action de la vitalité et l'excitateur sans égal de l'absorption.

En résumé, les manipulations, comme dit M. Dally, ont une action plus ou moins profonde, plus ou moins directe, sur le mouvement pris dans le sens le plus général et le plus étendu du mot. Elles peuvent favoriser l'abord du sang artériel, accélérer le cours du sang veineux, hâter la destruction des éléments frappés de mort, rétablir la nutrition dans les points où elle est interrompue, dissiper la tuméfaction, l'œdème, l'épanchement sanguin, l'ecchymose qui se font dans le tissu cellulaire; faire disparaître les épanchements articulaires et maintenir ou ramener la vitalité dans un muscle en voie d'atrophie ou destiné à l'atrophie. Mais ne lui demandons pas plus; aller plus loin serait dangereux pour le malade dans certains cas et dans d'autres une exagération de conviction à laquelle nous ne voulons donner d'épithète.

IV

Après avoir ainsi mis en parallèle le mal avec le remède proposé, il nous est loisible, en toute connaissance de cause, de juger de la question soumise récemment à l'étude.

C'est M. Lucas-Championnière qui fit, le 28 juin 1886, une communication importante sur le traitement des fractures juxta-articulaires par le massage sans immobilisation. Il rappela des observations comme tous les médecins en ont vu hélas ! où, pour une misérable fracture du radius, le malade restait impotent et définitivement privé de sa main. Il cite aussi des cas de fracture de l'olécrane guéris sans immobilisation. Il cite des fractures du péroné, mais ici nous croyons que nous avons affaire à ces fractures qui ne sont que des accidents d'entorse, comme j'ai cherché à le démontrer. Dans une autre communication (9 août 1886) le même auteur cite l'observation suivante. Un confrère s'était fracturé le bras à la suite d'une chute de cheval. On le laisse se servir de son membre deux jours après la fracture en lui recommandant d'éviter les mouvements trop violents et il pouvait enlever une chaise, manger, etc. Les suites de cette manière de faire ont été des plus favorables, puisque la consolidation de la fracture n'a pas été retardée et que le malade n'a eu aucune raideur articulaire.

D'après ce dernier fait, il semblerait donc que toutes les fractures pussent être ainsi laissées sans appareil et pussent se consolider dans une bonne position; or, rappelons-nous cette loi que j'ai indiquée dans le courant de cette Revue. Les fragments des os se consolident dans la situation qu'ils ont prise ou qu'on leur a donnée.

Il est donc bien évident que cette méthode ne peut pas être acceptée dans tous les cas et qu'il est dangereux de présenter ainsi le nouveau mode de traitement. Disons : dans les fractures où les deux fragments se trouvent en bonne situation sans tendance à la quitter, laissons-la se consolider sans appareil, soit. Il y a une immobilisation spontanée, des deux fragments; ce n'est que celle-là que l'on veut obtenir, et que l'on ne peut obtenir dans la plupart des cas qu'en immobilisant tout le membre et cela avec les divers appareils sur lesquels je n'ai pas à insister.

Un autre exemple le prouve bien, dans la fracture du fémur on ne met pas d'appareil, on fait l'extension continue, mais parce que celle-ci suffit à immobiliser les deux fragments l'un en face de l'autre, et encore parce que l'on a soin par les divers moyens employés de maintenir le pied vertical et par suite empêcher tout mouvement de rotation. C'est encore de l'immobilisation.

Que s'il s'agit de fractures juxta-articulaires, l'immobilisation pourra encore devenir inutile. Elle se fait d'elle-même, nous avons vu que la fracture était pour ainsi dire de nulle importance dans la plupart des cas et que l'entorse en faisait tout le danger. J'ajouterai qu'il n'en est pas toujours ainsi; et que s'il existe de la déformation, si plus tard le membre doit être difforme, il faudra y remédier, et il n'y aura qu'un moyen, un seul, la réduction de la fracture comme le faisaient et le font encore nos maîtres; un appareil pour maintenir cette réduction si elle a tendance à se reproduire, ou si elle ne doit pas se reproduire une position fixe donnée au membre suffira.

M. Trélat, à la Société de chirurgie, a insisté sur ces différents points, en ajoutant que, même dans les cas où il n'existait pas de déplacement, il continuerait à mettre ses fractures dans l'immobilité parfaite, dans une position parfaite; mais en ne prolongeant l'appareil que juste le temps nécessaire.

C'est, en effet, contre l'excès de durée de la tenue de l'appareil qu'il faut s'élever; une fois le cal suffisamment solide pour maintenir le membre ou plutôt les fragments en bonne situation, l'appareil devient inutile et il est possible de le supprimer.

Mais, est-ce bien l'appareil qui est justiciable de tous les méfaits qu'on lui impute, n'est-ce pas bien plutôt l'absence de thérapeutique contre les phénomènes accessoires et si importants que nous avons mis en relief dans chaque fracture,

n'est-ce pas cette arthrite concomitante, n'est-ce pas cet épanchement sanguin, n'est-ce pas cette atrophie musculaire ?

Le cal, pour se former, a besoin d'une durée déterminée. L'os ne se réunit pas à l'os par première intention et tous les massages du monde ne souderont pas en huit jours une fracture de jambe, et si l'on obtient des guérisons plus rapides du membre, on n'obtient pas des solidifications plus promptes du squelette. Mettez le membre en état de servir dès que l'os est consolidé, cela est logique, et comme au bout d'un mois, en moyenne, le cal est solide, que le malade puisse faire usage de son membre dès ce moment, et vous aurez diminué, de toute la durée de la convalescence des fractures, le traitement de celle-ci.

C'est à ce dernier point de vue seul que le massage peut rendre des services, et c'est en tant que conservation de la vitalité du membre, en tant que thérapeutique des épanchements sanguins et des arthrites traumatiques qu'il devra être mis en usage.

L'usage du massage dans les fractures juxta-articulaires avait déjà été mis en pratique, et Bourguet (d'Aix), en 1874, Dubreuilh (de Montpellier) en avaient donné des observations. Je ne cite pas évidemment les nombreuses guérisons que, malgré leur ignorance, certains rebouteurs et masseurs ont pu obtenir, celles-ci sont largement compensées par les effroyables accidents qu'ils ont provoqués.

Les manipulations thérapeutiques que l'on a défendues pour obtenir la guérison des fractures juxta-articulaires sont de divers ordres. MM. Lucas-Championnière, Terrier, Reclus, ont rapporté des cas où, par des frictions, des pressions progressivement croissantes pour des entorses tibio-tarsiennes avec arrachement, des fractures du radius, des fractures de l'olécrane, on a pu obtenir des succès incontestables.

Les frictions et les pressions étaient d'abord modérées, faites de l'extrémité du membre vers sa racine, elles ne doivent au début de la séance ne causer aucune douleur au malade ; c'est un simple effleurage, puis peu à peu la douleur s'endort et il est possible, avec les pouces, avec le rebord ulnaire des mains, de parcourir dans le même sens toute la partie gonflée et engorgée. Les pouces devront revenir à plusieurs reprises sur les points où la douleur persiste plus longtemps, y insister, y revenir encore jusqu'au moment où toute sensation pénible a disparu. Éviter pendant toutes ces manœuvres de faire des mouvements à l'article, ce serait frotter l'un contre l'autre les fragments osseux, ce serait réveiller inutilement de la douleur ; éviter de presser ou de toucher même au point fixe de la fracture, ce serait inutile et dangereux.

Par ces manœuvres faites avec soin, il est possible de voir l'ecchymose disparaître en quelque sorte sous la main et le membre se dégonfler. Après une séance bien faite, le membre doit avoir diminué de moitié. Les séances seront ou prolongées, vingt minutes, une demi-heure, une heure, et faites une fois chaque jour, ou, comme le fait Mosinger, courtes et répétées, dix minutes, un quart d'heure, et refaites deux ou trois fois par jour.

Que si on a affaire à une fracture du squelette d'un membre, fracture de jambe, avant de faire l'immobilisation définitive pendant le temps où l'on attend que le gonflement ait disparu, il sera permis de faire des manœuvres analogues, mais avec une grande douceur, en maintenant le membre bien fixe. On pourra faire ces manœuvres à distance, en accélérant la circulation en un point du membre, à distance du foyer de la fracture ; on pourra ainsi attirer en quelque sorte le sang épanché, sa résorption se fera plus vite, le gonflement disparaîtra plus rapidement. Une fois l'appareil mis en place et les fragments immobilisés, il sera bon alors de faire un massage méthodique et très doux de tout le membre, des articulations voisines.

C'est ainsi qu'on évitera et les troubles du côté de la peau et ces atrophies musculaires sur lesquelles j'ai suffisamment insisté.

D'autres procédés ont été mis en avant pour remplir le même but. M. Marc Sée a fait dans les fractures juxta-articulaires une application de la bande élastique. Dès 1884, à l'Académie de médecine, M. Sée avait fait une communication montrant comment cette méthode avait pu suppléer le massage dans le traitement de l'entorse ; et il insiste sur ce fait que le principe sur lequel il s'appuie pour l'appliquer aux fractures juxta-articulaires est exactement le même, et par suite qu'il obtient de tout aussi bons résultats, sans avoir besoin de séances répétées et de manœuvres qui rappellent trop celles des empiriques.

M. Larger a proposé une méthode qui semble beaucoup plus sujette à caution, la voici telle qu'il l'a présentée à la Société de chirurgie.

On applique l'appareil d'Esmarch jusqu'à la racine des membres, laissant en place le lien supérieur, on déroule ensuite la bande de caoutchouc, de la racine du membre à l'extrémité jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme.

Les choses restent ainsi en place pendant dix, quinze, vingt minutes au maximum, selon l'intensité du gonflement. De cette manière, le sang et la sérosité de l'épanchement sont chassés dans le tissu cellulaire du membre ischémié, où ils disparaissent à vue d'œil pour ainsi dire.

La bande est alors entièrement retirée et remplacée par un bandage ouaté compressif. Ce n'est qu'après l'application de ce dernier qu'on défait le lien constricteur de la racine du membre. Le lendemain, le surlendemain ou trois jours après, le bandage ouaté est défait. Généralement il n'existe plus traces du gonflement et il suffit d'appliquer une chaussette lacée en tissu élastique ou en peau de chien, en casde fracture du péroné, ou une mitaine en cas de fracture du radius, pour que les mouvements s'accomplissent facilement et presque sans douleur. La guérison s'opère avec rapidité. Je n'ai eu, ajoute l'auteur, qu'à me louer de cette manière de faire, que l'on pourrait désigner sous le nom de massage ischémique, tant au point de vue des résultats obtenus, qu'à celui de l'innocuité absolue de ces manœuvres (1).

Ce procédé est théoriquement logique et, comme l'affirme l'auteur, pratiquement favorable, mais il nous semble voir quelques inconvénients, dont les principaux sont le maintien prolongé de la bande de caoutchouc qui peut être horriblement douloureux, l'occlusion du membre ischémié dans un pansement ouaté où il est impossible de le surveiller ; qu'il vienne à se produire du gonflement, que l'afflux sanguin, toujours si considérable après l'application de l'Esmarch, détermine un œdème du membre caché sous l'ouate, ne doit-on pas craindre de voir survenir des phlyctènes, des escharres, et on ne doit pas oublier les sages conseils de prudence que donnait Gosselin lorsqu'on appliquait un appareil sur l'avant-bras. Les observations de sphacèle pu-

(1) Massage, Soc. de chir., 21 juillet 1886.

bliées, la possibilité d'un semblable accident doivent rendre un chirurgien circonspect et le mettre en garde contre tout appareil, ou toute méthode qui ne laisse pas sous ses yeux un membre atteint de fracture et susceptible d'être comprimé outre mesure sans que lui ou même le malade s'en aperçoive.

De la discussion à la Société de chirurgie, point de départ de ce travail, de ce travail lui-même, il résulte un fait bien évident. C'est qu'il faut distinguer les fractures entre elles et qu'il est absolument impossible de généraliser à toutes un même mode de traitement.

Il faudra continuer à appliquer un appareil, maintenant les fragments en contact lorsqu'ils auront tendance à se quitter ou qu'il sera nécessaire de les maintenir après les avoir réduits. Il faudra que, malgré cet appareil, on facilite, non pas seulement la solidification de l'os, en immobilisant les fragments, mais encore rendre ce membre utile dès que la solidification osseuse aura été obtenue, et c'est au massage, pendant le temps que se fera le cal, qu'on aura recours pour supprimer toute convalescence aux fracturés.

Enfin, certaines fractures juxta-articulaires ne sont autres que des entorses et doivent être traitées comme telles : massage et compression.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

De la pathogénie des kystes dits périostiques. — **M. MAGITOT**, à propos de la discussion engagée dans la dernière séance, désire ajouter deux mots :

Sur le point spécial de la présence d'un épithélium à la face interne de la paroi de ces kystes, j'ai répondu, dit-il, à M. Kirmisson que, dans les idées les plus accréditées aujourd'hui, la production d'un épithélium était admise aux dépens du tissu conjonctif. Ce n'est pas une genèse d'emblée ainsi qu'il l'avait admis naguère, mais une transformation d'éléments anatomiques.

Or, voici un texte emprunté à l'article « Tissu épithélial » du *Dictionnaire encyclopédique* et signé J. Renaut : « Les formations épithéliales se peuvent construire aux dépens de l'ectoderme, de l'entoderme et du mésoderme; » et quelques lignes plus haut : « le tissu conjonctif lâche ou diffus, qui unit et sépare les organes, est lui aussi capable d'édifier des tissus épithéliaux (1). »

Ainsi tombe le principal argument, l'argument fondamental qu'ont depuis si longtemps opposé à la théorie périostique des kystes MM. Verneuil, Reclus, Kirmisson et Malassez, bien que cet anatomiste nie formellement, dans son mémoire de 1885, le mécanisme accepté aujourd'hui par MM. Ranvier et Renaut et par l'école histologiste moderne.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante de M. Renaut (de Lyon) sur le même sujet :

« J'ai certainement admis, comme tous les histologistes contemporains, cette origine mésodermique des formations épithéliales. Mais j'ai fait remarquer que le type moyen de l'épithélium, développé par le mésoderme, est ce qu'on appelle l'*endothélium*. Les épithéliums vrais, nés du mésoderme, sont très xceptionneles; ils sont en petit nombre; ils se réduisent même aux épithéliums du rein, de l'ovaire, du testicule, nés du canal segmentaire primitif ou canal de Wolff, qui lui-même est formé par l'épithélium viscéral au niveau de l'éminence germinale de Waldeyer. Rien de pareil ne se fait dans la bouche et si l'on veut avoir mon opinion au sujet du débat qui divise MM. Magitot et Malassez, le voici :

(1) *Dict. encyclop.*, 1re série, t. XXXV, p. 264.

Après avoir lu toutes les publications de M. Malassez et après avoir examiné avec lui presque toutes ses préparations, je dois dire que je suis absolument de son avis et non pas de celui de M. Magitot dans la question controversée. »

M. KIRMISSON fait ressortir toute l'importance de cette communication.

M. MAGITOT fait observer que, dans la lettre qu'on vient de lire, M. Renaut paraît en contradiction avec lui-même. Il suffira, pour s'en convaincre, de mettre en regard le texte de cette lettre et les citations que M. Magitot vient d'emprunter à l'article du même auteur. « Le tissu conjonctif lâche ou diffus est capable d'édifier des tissus épithéliaux. » Je m'arrête à ces termes.

J'ajouterai cependant, dit M. Magitot, que M. Renaut nous apprend qu'il a examiné et étudié les pièces de M. Malassez, mais il ne dit rien des arguments que je leur ai opposés. Il semble ainsi qu'il ne connaisse qu'un côté de la question, n'ayant appris la discussion actuelle que par quelque compte rendu très imparfait d'un journal. Les vues de M. Malassez lui ont paru très séduisantes; elles le sont en effet; mais «séduisantes» ne veut pas dire vraies ou démontrées. Et en vérité on a mené, ce nous semble, bien grand bruit autour de cette question de l'épithélium kystique et il serait bon de rentrer enfin sur le terrain de l'observation pure et de la clinique.

Or, que cet épithélium soit né du tissu conjonctif ou qu'il ait une tout autre origine — les explications ne manquent pas à cet égard, — d'où qu'il vienne enfin, en est-il moins démontré, pour tout observateur impartial, pour tout chirurgien, pour tout clinicien, que les kystes dont il s'agit prennent naissance sur un point fixe et constant : l'extrémité du canal radiculaire d'une dent, et par un mécanisme invariable : le soulèvement sur ce point des tissus ligamenteux sous l'accumulation d'un liquide pathologique? Tel doit être mon dernier mot dans ce débat, nos collègues jugeront.

Plaie pénétrante du crâne. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une communication de M. Prengrueber, relative à un cas de plaie pénétrante du crâne avec séjour d'un corps étranger.

Il s'agit d'un cocher, âgé de vingt-huit ans, qui, à la suite d'une discussion, s'était tiré deux coups de revolver dans la tête. L'une des balles glissa sur le crâne, la seconde pénétra dans le cerveau, à l'union des régions temporale, pariétale et frontale droite. Pas de perte de connaissance, hémorrhagies abondantes, arrêtées par le pansement.

L'orifice de pénétration avait environ un centimètre de diamètre (balle de 7 millimètres) et laissait voir le crâne dénudé, une petite esquille et la pulpe cérébrale. Extraction du séquestre ; pas d'exploration, nettoyage et pansement antiseptique. Pâle, abattu, le blessé répond nettement aux questions.

Au troisième jour, l'abattement augmente ; le pouls est petit, irrégulier, défaillant, les sueurs profuses, mais la motilité, la sensibilité, l'intelligence restent intactes. C'est seulement à la fin du quatrième jour qu'éclatent des attaques épileptiformes qui, se renouvelant plus fréquentes et plus fortes le cinquième et le sixième jour, font craindre une issue rapidement funeste.

M. Prengrueber met le crâne à nu au pourtour de la plaie ; des fragments osseux irréguliers sont enfoncés vers le cerveau, et par les fissures qui les séparent s'échappe spontanément un mélange de pus et de matière cérébrale diffluente. Il enlève sept à huit esquilles et régularise les bords de la fracture. Par cette fenêtre, grande comme une pièce de deux francs, il constate la déchirure de la dure-mère, dont il enlève les lambeaux flottants, et l'état du cerveau dont les couches superficielles sont en bouillie.

Après quelques explorations superficielles très prudentes, n'ayant aucun indice sur la situation possible du projectile, notre collègue s'abstient de toute recherche et panse à plat, sans fermer la plaie extérieure. Les accès épileptiformes ne se reproduisent plus, l'état général s'améliore, la plaie bourgeonne, et le malade, guéri, part pour Vincennes le 7 juin. La cicatrice molle, pulsatile, avait acquis plus de consistance dépressible quand, à la fin de juin, notre homme, quittant l'asile des convalescents, vint se montrer à son chirurgien avant de reprendre son métier.

L'accalmie ne fut pas de longue durée, et dès le milieu de

juillet des céphalées, des vertiges, obligent le blessé à rentrer à l'hôpital dans le service de notre collègue M. Segond. La céphalalgie, très intense le 22 juillet, s'accroît les jours suivants. Bientôt se montre une paralysie faciale gauche, une paralysie du bras gauche, enfin une hémiplégie gauche, complète. On se proposait d'intervenir, quand la mort survint, presque subitement, le 12 août.

A l'autopsie on trouve la balle entre la dure-mère et l'os, dans une loge formée aux dépens de la table interne, à trois centimètres de la plaie cutanée. Elle n'avait, à ce niveau, déterminé aucun désordre; l'os, la dure-mère, le cerveau, étaient absolument sains.

Sous la cicatrice de la fracture, il existe une collection purulente, contenant un verre à Bordeaux de pus et de détritus cérébraux.

M. Prengrueber pense que si le malade n'était pas mort subitement, si l'on avait eu le temps d'intervenir, la simple section de la cicatrice eût suffi pour vider l'abcès et peut-être guérir le malade. Il ajoute que cette observation confirme l'opinion que les projectiles ne sont pas dangereux par leur présence, mais par les désordres qu'ils déterminent pendant leur trajet. Ici, c'est l'attrition du cerveau par la balle, par les esquilles, au moment de l'accident, qui a été l'origine de tout le mal. Enfin, loin de se reprocher de n'avoir pas fait de suture, d'avoir laissé à découvert la partie contuse du cerveau, notre collègue s'accuserait plutôt d'avoir laissé les plaies se fermer trop vite, d'avoir ainsi permis le développement d'un abcès qu'un drainage prolongé du foyer traumatique pouvait peut-être éviter.

Je trouve fort intéressante cette observation de M. Prengrueber. Elle montre tout d'abord, ce qu'on oublie trop souvent, qu'avant d'annoncer *un succès*, il est bon d'attendre plus que quelques semaines et même que quelques mois. Notre collègue, M. Pozzi, me parlait, il y a quinze jours, d'un cas de mort survenu un an après un coup de feu du crâne par le fait de la balle logée dans le cerveau : j'espère qu'il communiquera cette observation à la Société. Pour être de valeur, une statistique ne doit comprendre que des faits précis et suivis assez longtemps.

Pour notre confrère, la balle, après avoir brisé le crâne et provoqué au niveau de son point d'entrée la déchirure des méninges et l'attrition du cerveau, a glissé entre la dure-mère et l'os pour venir se loger à trois centimètres plus loin. Je regrette qu'il ne nous ait pas indiqué avec plus de précision le trajet du projectile, la direction suivie, le point exact où il était placé. Bien que les balles soient fort capricieuses dans leurs mouvements, il me semble difficile d'accepter qu'après avoir déchiré la dure-mère en lambeaux et broyé le cerveau au niveau de son point d'entrée, le projectile ait pu changer de direction et revenir se placer entre la dure-mère et l'os. On comprend la contusion de l'encéphale, celle des méninges et la réflexion d'une balle repoussée par la résistance de la dure-mère intacte; cette réflexion se comprend moins après la déchirure de l'enveloppe fibreuse.

Un fait qui m'a frappé, c'est la nature des lésions au point d'arrêt de la balle.

M. Prengrueber insiste sur leur absence et cependant il nous dit que le projectile s'était creusé une loge dans la table interne. Je regrette que ce détail n'ait pas été mieux précisé, car il n'est pas commun de voir une balle, par simple contact, sans altération de l'os, se creuser ainsi, en quelques mois, une cavité de réception.

Je terminerai ces quelques critiques en insistant sur ce que j'ai déjà dit à cette tribune dans la discussion naguère pendante. Si l'abstention de toute exploration doit être la règle générale, dans les coups de feu du crâne et du cerveau par petits projectiles, cette règle ne s'applique qu'aux cas simples, sans complications immédiates ou consécutives. Dès son premier examen, M. Prengrueber n'a pas hésité à extraire une esquille dont il constatait la présence dans le trajet de la balle, et il a fort judicieusement agi. S'il avait dès l'instant débridé la plaie, mis à nu l'os fracturé, il eût certainement rencontré et enlevé les fragments déprimés que l'apparition d'accès épileptiformes l'a contraint à extraire quelques jours plus tard. L'intervention immédiate eût-elle évité ces accidents, prévenu la suppuration qui s'écoulait de la plaie le sixième jour ? Je ne puis, et ne veux pas l'affirmer.

Mais je remarque que, lors d'un premier pansement, il n'est aucunement question de substance cérébrale broyée; alors qu'au sixième jour, la pulpe nerveuse, désagrégée, s'échappe avec le pus. Ne pouvons-nous pas admettre que les mouvements de l'encéphale, en ramenant à chaque respiration la couche corticale au contact des esquilles déprimées, ont augmenté son attrition et favorisé sa suppuration. Nous approuvons donc l'intervention bien qu'un peu trop tardive et un peu trop limitée peut-être.

Maintenant, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une fracture du crâne largement ouverte, avec ouverture de la dure-mère et attrition du cerveau à une profondeur et dans une étendue impossibles à préciser? Doit-il, comme M. Prengrueber l'a fait et regretté de l'avoir fait, abandonner la plaie à sa marche naturelle, se contentant de la protéger par un pansement antiseptique ? Doit-il suturer la plaie cutanée ou bien, au contraire, drainer le foyer traumatique, le laisser largement ouvert en dehors jusqu'à expulsion complète des parties nerveuses altérées ? Cette dernière façon d'agir nous semble devoir être suivie quand la suppuration développée a mis hors de doute la contamination du foyer par les agents septiques. Ici, nous ne pouvons, en effet, ni curer, ni désinfecter complètement les parois de ce foyer, en raison de la mollesse du cerveau et de la difficulté de préciser les limites des altérations morbides. Mieux vaut favoriser l'élimination des tissus altérés.

M. BERGER. La Société a reçu de M. Geschivind la relation d'un cas qui n'est pas sans offrir de grandes analogies avec celui dont il vient d'être question.

M. Geschivind a trouvé sur le cadavre d'une femme, destiné aux exercices de dissection, un abcès des lobes occipitaux du cerveau entourant une balle de revolver. De l'un des points de l'abcès partait une cicatrice traversant le cerveau et aboutissant au chiasma des nerfs optiques. Il n'y avait aucune trace de lésion sur les os de la base du crâne.

Renseignements pris, la femme était morte après avoir présenté les symptômes d'une méningite, dont on retrouvait les traces au voisinage de l'abcès. Quant à la balle, il n'en avait pas été question au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Comme il s'agissait d'une fille publique, habitant depuis longtemps la localité, il fut possible d'aller aux renseignements et l'on apprit que, quatre années auparavant, cette femme avait reçu une balle de revolver au niveau du grand angle de l'œil. Les suites de l'accident avaient été relativement simples, puisque la malade n'avait eu que de légers troubles moteurs des membres du côté opposé à la blessure dont elle avait assez rapidement guéri.

Blessures par la mélinite. — M. CHAUVEL fait un autre rapport sur une communication de M. Tachard, médecin-major, relative à l'histoire de plusieurs artilleurs blessés accidentellement par la mélinite. Ces blessés étaient au nombre de 17. Sur ce nombre 4 sont morts immédiatement ou presque immédiatement du schock, 3 sont morts d'accidents primitifs, hémorrhagies graves, fièvre traumatique, etc.; les 10 qui ont survécu étaient plus ou moins grièvement atteints. Dans ces blessures, il n'y avait pas trace de brûlure.

Orchite palustre. — M. CHAUVEL fait un troisième rapport sur un travail de M. Charvot, relatif à l'histoire de l'orchite palustre. M. Charvot conclut qu'il existe une forme particulière de l'inflammation des glandes génitales par intoxication palustre. Cette affection apparaît généralement chez de vieux paludéens, elle débute brusquement, donne lieu à des douleurs très violentes, à de la fièvre, douleurs et fièvre qui cessent sous l'influence de la quinine à hautes doses, 1gr50 à 2 grammes par jour. Il faut plusieurs semaines pour arriver à la résolution. Le testicule devient mou et souvent s'atrophie consécutivement.

M. Chauvel reproche à l'auteur de n'avoir pas assez insisté sur l'importance du traitement local de cette affection, application de sangsues, révulsifs, voire même injections interstitielles modi-

ficatrices destinées à hâter la résolution et pouvant sauver le testicule atteint.

Suture de l'urèthre. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** lit un rapport sur un travail de M. Locquin, relatif à la suture de l'urèthre après la rupture de ce canal. Ce travail est basé sur deux observations.

La première est relative à un enfant qui tomba à cheval sur une barre de fer, le 17 septembre 1886.

L'urèthre étant rompu, on alla à la recherche des deux bouts que l'on réunit. La suture échoua complètement.

Deux mois après, on fit une nouvelle tentative. On rechercha de nouveau les bouts coupés qui furent avivés et suturés à nouveau. Cette fois on obtint un résultat très voisin de la guérison, puisque le malade n'avait plus qu'une petite fistule qui guérit à son tour.

En somme, ce résultat ne vaut ni plus ni moins que celui qu'on obtient à la suite des uréthrotomies externes pratiquées au moment de l'accident, alors que la plaie n'est pas suturée.

Dans le second cas, il s'agit également d'une chute à califourchon ayant amené une rupture incomplète de l'urèthre. On fit également la suture des deux bouts qui cette fois réussit. Mais, au bout de trois mois, le malade avait un rétrécissement qui fut excisé. Les deux bouts de l'urèthre furent de nouveau suturés et finalement le malade guérit.

Ces deux observations viennent à l'appui de la thèse que j'ai soutenue récemment devant la Société : à savoir que les sutures primitives de l'urèthre à la suite des traumatismes ne donnent pas des résultats encourageants, et qu'il est préférable encore aujourd'hui de s'en tenir aux anciens procédés.

Il en est tout autrement de la suture secondaire pratiquée au bout de plusieurs mois, alors que l'attrition des tissus due au traumatisme a disparu.

Adénome du rectum. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** lit un second rapport relativement à une observation de tumeur rectale de M. Hamon du Fougeray.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, porteur depuis son enfance d'une tumeur du rectum. Cette tumeur, d'abord petite, avait acquis graduellement un volume énorme au moment où fut vu le malade.

Elle fut enlevée et l'opération ne présenta rien de spécial. L'examen histologique confirma ce que faisait prévoir la clinique, à savoir qu'il s'agissait d'un adénome; et cependant, au bout de quelque temps, la tumeur récidivait et le malade mourait en état de cachexie.

Anus iliaque. — M. **KIRMISSON** présente un nouvel appareil pour les malades auxquels on a pratiqué un anus iliaque. Il diffère des anciens en ce qu'il est supporté par un ressort de bandage herniaire, ce qui le maintient bien appliqué et l'empêche de glisser; cet appareil a été construit sur ses indications par M. Aubry.

Mort à la suite du chloroforme. — M. **PRENGRUEBER** communique dans tous ses détails l'observation d'un enfant de treize ans auquel il enleva des séquestres de l'humérus.

L'opération, qui dura une heure, se fit sans incidents d'aucune sorte, le malade se réveilla de la manière la plus incontestable et fut porté dans son lit; un quart d'heure après cependant, il mourait subitement.

A l'autopsie on ne trouva aucune lésion capable d'expliquer cette terminaison fatale.

M. Prengrueber propose de désigner ce cas, dont il ne saurait donner l'explication exacte, sous le titre de mort à la suite du chloroforme, mais non par le chloroforme.

Hystérectomie vaginale. — M. **RICHELOT** présente une érigne qu'il a trouvée dans l'arsenal de M. Collin et qui s'adapte merveilleusement aux cas difficiles d'ablation totale d'utérus cancéreux. C'est une tige mousse au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet comme les ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs. Cet instrument vaut mieux que toutes les pinces divergentes quand on prévoit la friabilité du col et la nécessité d'accrocher l'utérus par sa face interne. Cet instrument a rendu de grands services à M. Richelot.

M. **POZZI** lui préfère les pinces de Museux perfectionnées, c'est-à-dire dont les dents ne s'entrecroisent pas de façon à blesser le chirurgien.

M. **POLAILLON** croit que le simple crochet peut rendre les mêmes services que l'instrument présenté par M. Richelot.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

358. M. CATAT. Chlorose cardiaque. — 359. M. DERVILLE. Infection tuberculeuse par voie génitale. — 360. M. BONET. Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôtel-Dieu de Reims. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Roussel, Mouflier et Longuet.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine dans les hospices de Montpellier sera ouvert, le lundi 19 décembre 1887 à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Éloi. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat des hospices jusqu'au samedi 17 décembre, à cinq heures du soir.

— La séance annuelle d'ouverture des école et hôpital dentaires de Paris, aura lieu le samedi 5 novembre 1887, à huit heures et demie du soir, dans la salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot, sous la présidence de M. le docteur Bourneville, député de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bassereau (de Paris), Bertrand, ancien directeur de l'École de médecine (de Clermont-Ferrand), et de M. le docteur Bernard Kraus, l'éminent rédacteur en chef de la « Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung ».

— M. le professeur Verneuil a commencé son cours de clinique chirurgicale, aujourd'hui vendredi 4 novembre 1887, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié; il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur G. Sée commencera son cours de clinique médicale, le lundi 7 novembre 1887, à neuf heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera tous les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant : le lundi, leçons sur les altérations du sang; le mercredi, examen des malades entrants; le vendredi, conférences de thérapeutique.

M. le professeur Cornil, pratiquera les autopsies, tous les jours à dix heures à l'amphithéâtre Bichat. Le jeudi, à la même heure, auront lieu des conférences pratiques. Il commencera ses conférences le jeudi 10 novembre.

— M. le professeur Panas commencera son cours de clinique ophthalmologique, le lundi 7 novembre 1887, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique et opérations à dix heures. — Exercices ophthalmoscopiques, tous les mercredis.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le mardi 8 novembre 1887, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les samedis et mardis

suivants, à la même heure. La visite des malades a lieu tous les jours, à neuf heures du matin.

— M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 8 novembre 1887, à dix heures du matin, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie clinique, par M. Sapelier, chef de clinique, les vendredis à dix heures; leçons de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie, les lundis à dix heures; leçons de physiologie pathologique, par M. Gaucher, chef du laboratoire de physiologie pathologique, les mercredis à dix heures; démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale, le mardi 8 novembre 1887, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Gautier traitera : 1° des métalloïdes et des métaux au point de vue spécial de leur application à la médecine; 2° des substances organiques qui entrent dans la constitution des êtres vivants.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie, le mardi 8 novembre 1887, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Il traitera : du sang et des vaisseaux; des épithéliums et des glandes; de l'appareil génito-urinaire et des éléments de la génération.

— M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée, le mardi 8 novembre 1887, à neuf heures trois quarts du matin, au Muséum d'histoire naturelle, dans le laboratoire d'anatomie, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, il exposera l'anatomie des Arthropodes et des poissons; le samedi, auront lieu, à la même heure, des conférences pratiques. Pour suivre ces conférences, les élèves devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire de M. le professeur Pouchet.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21867

N° 134. — MARDI 8 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 8 NOVEMBRE 1887. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Étude médico-légale du somnambulisme.

A côté de ces états francs dont je vous ai fait le tableau, il y en a d'autres plus ou moins analogues, et intermédiaires, qui se rattachent aux premiers par un nombre limité de caractères.

Il y a quelques semaines, le tribunal de la Seine a eu à juger une affaire dont voici la donnée. Un tailleur nommé B..., âgé de quarante ans, rencontre une femme sur le boulevard, qui tombe sur lui à coups de parapluie. Cette agression ne paraît pas naturelle aux sergents de ville, et ils emmènent l'homme et la femme au poste, où celle-ci accuse celui-là d'avoir abusé de sa fille pendant une période de sommeil qui avait succédé à des crises nerveuses. Or, l'enquête démontra, en effet, que la jeune fille, âgée de vingt-trois ans, avait été atteinte, à la suite de la mort de son père, d'accidents urémiques. Elle avait eu d'abord une crise de sommeil comateux, puis une sorte d'extase analogue à celle que nous ont représentée certains maîtres de la Renaissance, et, en particulier, les maîtres italiens, enfin une nouvelle crise léthargique au cimetière. Nous avons constaté que les indications fournies par la mère, par la fille et par le médecin, étaient parfaitement concordantes. Mais comme, d'autre part, le témoignage des commères du quartier établissait que cette jeune fille s'était déjà livrée à l'inculpé dans un grand nombre d'endroits, il y a eu acquittement.

Mais peut-on violer une somnambule à son insu? Il y a une phrase courante dans l'école de Nancy : c'est que la somnambule appartient au magnétiseur comme le bâton du voyageur appartient au voyageur. Cette proposition est absolument fausse. Si un individu agréable à la somnambule lui offre des suggestions agréables ou indifférentes, elle s'y soumet; mais, si ces suggestions mettent en révolte ses affections personnelles ou ses instincts naturels, elle oppose une résistance presque invincible. Vous arriverez assez facilement, après quelques insistances, à faire signer un reçu de 50 francs, par exemple; mais vous n'obtiendrez jamais, d'une femme qui les a conservés, une chose contraire à ses instincts de pudeur. J'en ai vu une à qui on avait d'abord suggéré qu'elle était auprès d'une rivière; on a voulu ensuite lui persuader de se déshabiller : elle a eu aussitôt une attaque de nerfs. On peut vaincre la résistance d'une somnambule au sujet de son testament, mais on ne lui fera pas donner un bracelet qu'elle tient de son amant. Il y a là un élément au delà duquel la puissance du magnétiseur ne va pas, et c'est très important au point de vue médico-légal.

Il est venu, en 1865, devant la cour d'assises du Var, une affaire assez curieuse, dont le rapport médico-légal fut rédigé par les docteurs Auban et Roux (de Toulon). Un nommé C..., sordide magnétiseur, était entré un jour dans une ferme, simulant la surdi-mutité et faisant comprendre par des signes qu'il avait faim. On lui avait offert à souper et à coucher. Déjà, pendant la soirée, il avait frappé l'attention de ses hôtes, par des jongleries particulières et étranges, si bien que la fille du fermier, très émue, se coucha tout habillée, par crainte du mendiant. Le lendemain matin, il avait fait mine de s'en aller avec le patron, mais il était revenu et un voisin l'avait aperçu en train de faire des passes et des signes cabalistiques sur la jeune fille, qui se trouvait seule. Il y eut probablement viol, pendant la période léthargique, puis la période de somnambulisme avait succédé et cette malheureuse s'était mise à suivre C... comme son ombre, poussée par une force dont elle avait conscience et à laquelle elle cherchait en vain à résister. Son séducteur n'était pourtant pas un Céladon. Après trois ou quatre jours de pérégrinations, des gens chez lesquels ils étaient entrés ayant voulu mettre C... à la porte, indignés de sa brutalité pour cette jeune fille, celle-ci tomba comme morte, en léthargie. On le rappela aussitôt et il lui rendit l'usage de ses sens. Le lendemain matin, ils étaient partis ensemble, lorsque, tout à coup, on vit revenir la jeune fille en courant. C... avait rencontré des chasseurs, et, pendant qu'il causait avec eux, elle avait pénétré dans un petit bois voisin, qui avait couvert sa fuite. C'est la fin de cette petite épopée qui a valu douze ans de travaux forcés à son héros. Ce qu'il faut en retenir, c'est que ce n'était pas dans l'état de somnambulisme qu'il violait sa victime, — il ne l'aurait pas pu, — mais dans l'état de léthargie.

Dans un autre cas, une femme facilement hypnotisable avait été mise en somnambulisme par un individu qui avait fait monter un de ses amis pour la violer. Cette femme, absolument lucide, se révolta comme dans la veille, et ils furent obligés de se mettre à deux pour la bâillonner.

Si, au contraire, les sentiments et les actes, offerts par le

magnétiseur à son sujet, correspondent aux sentiments intimes de celui-ci, il obéit facilement. Le docteur Bellanger rapporte le fait d'une femme, séparée à l'amiable de son mari, et qui, après avoir fait à son médecin, dans des crises répétées de somnambulisme, des aveux et des déclarations qu'elle ne lui faisait pas dans l'état de veille, parce qu'elle était honnête, se vit, à sa grande surprise, devenir enceinte. Elle a fini dans un asile d'aliénés et le docteur X. a été obligé de s'expatrier.

En effet, dans l'immense majorité des cas, une femme ne se rappelle pas, dans l'état de veille, de ce qui s'est passé dans l'état de somnambulisme, et réciproquement. Cependant, les mêmes sentiments l'affectent dans les deux états.

Il y a des femmes qui restent en somnambulisme, pendant des périodes relativement très longues de leur vie. Le docteur Azam (de Bordeaux) a raconté tout au long l'histoire d'une certaine Félida X. qui, naturellement triste, déprimée, avec tendances au suicide, devenait en somnambulisme beaucoup plus gaie et intelligente. Elle avait été rendue grosse par un voisin, qui tenait une boutique d'épicier et qui l'avait alors épousée. Or, somnambule pendant des mois entiers, elle se montrait active et entreprenante; mais, dès qu'elle revenait à l'état primitif, elle devenait incapable de tout.

Il y a, dans ce moment-ci, dans le service de M. Charcot, une femme qui est en état de somnambulisme, depuis plusieurs mois. Ce sont, malgré tout, des phases qu'il est très difficile d'apprécier, au point de vue médico-légal.

Je vous rappelle, en passant, que cette période hypnotique se reconnaît à ce signe, qu'il suffit de souffler sur la main, pour qu'elle entre en contracture.

Bien qu'elle n'ait pas trait au viol, je veux terminer en vous disant deux mots d'une question subsidiaire. On s'est demandé si on ne pourrait pas, par voie de suggestion hypnotique, faire commettre des crimes aux somnambules eux-mêmes, et si ces derniers ne pouvaient pas être fatalement obligés d'obéir. Nous avons nommé, pour étudier cette question, à la Société de médecine légale, une commission composée d'avocats, de médecins et de magistrats. Elle a déclaré que, certainement, un magnétiseur pouvait déterminer, de la part d'une somnambule ayant pour lui de la déférence ou de l'amitié, des actes qui frisent le crime. Évidemment, dans ce cas, la responsabilité est complètement déplacée.

Mais c'est surtout, au point de vue du droit civil, en matière de donations et de testaments, qu'on a proclamé la puissance de la suggestion hypnotique. Eh bien! ces actes ne sont pas aussi compliqués et aussi difficiles à dépister qu'on le pense. M. Liégeois affirme que, toutes les fois qu'il a voulu faire faire une donation ou un testament, il a réussi. Sur le moment, c'est possible. Mais on n'a pas essayé d'envoyer une somnambule dans une étude de notaire, pour lui faire souscrire un acte authentique. D'abord, un officier public prêterait-il son ministère, à la première requête, à une personne d'allures et d'apparences plus ou moins étranges? Et d'ailleurs, en admettant que le testament ait été fait, les héritiers ou ayants-cause s'informeront; ils sauront facilement quels rapports avait leur parente avec tel individu, et remontant de l'acte authentique à l'état de santé de la personne qui l'a souscrit, ils arriveront à se faire rendre justice. En somme, il paraît très difficile de réaliser toutes les conditions nécessaires pour qu'un testateur soit poussé invinciblement à disposer de ses biens en faveur de tel ou tel individu.

Bien que ce système de la suggestion et de l'irresponsabilité puisse avoir de l'influence sur le jury, on commet encore trop souvent, à côté de cela, des erreurs grossières, notamment pour les *morphiomanes*. Rien n'est plus comparable à un alcoolique franc qu'un individu qui fait usage de la morphine, et les voleuses de magasins se recrutent, en grande partie, parmi les morphiomanes. Il y a quelque temps, une de ces femmes a été condamnée à trois mois de prison, quoique MM. Charcot, Motet et moi ayons conclu aux circonstances atténuantes. Elle avait presque fini ses trois mois, lorsqu'on a découvert que le médecin du bureau de bienfaisance lui délivrait tous les jours 20 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour calmer ses névralgies.

Nous nous trouvons enfin en présence d'une autre question très délicate en médecine légale. A-t-on le droit d'hypnotiser un prévenu ou une personne quelconque pour obtenir de lui, durant son sommeil, l'aveu de son crime ou des dénonciations? Il y a premièrement une difficulté de fait, car pour constater sa déclaration, il faudrait renouveler en assises le sommeil somnambulique. Ensuite, qu'est-ce que vaut exactement cette déclaration faite pendant le sommeil? Peut-on y ajouter une foi absolue? Je crois que ce serait aller au delà de ce que nous permettent nos connaissances de ce côté. D'ailleurs, il y aurait là une sorte d'extorsion morale qu'on pourrait assimiler aux aveux arrachés autrefois aux patients, pendant la torture. N'irions-nous pas enfin au delà de la volonté de l'individu endormi? En un mot, c'est un piège répugnant, et je ne sais pas si, étant donnés le code pénal et le code d'instruction criminelle, nous avons le droit de passer outre. Pour ma part, je n'agirai pas, sans une injonction formelle de la magistrature.

Dans ce moment-ci, une femme est accusée d'un vol de 500 francs dans la caisse de son patron, à qui elle servait de maîtresse, et elle aurait simulé un vol avec effraction à l'aide d'un tisonnier rougi au feu. Elle nie. Or, un interne de Saint-Lazare l'endort, et, en état de somnambulisme, elle reproduit exactement la scène du tisonnier!

Dans d'autres cas, lorsqu'il n'y a aucune préoccupation morale, et lorsque le sommeil provoqué ne peut être que favorable à l'inculpé, l'intervention du magnétiseur paraît très légitime.

Dans un cas qui appartient au docteur Motet, un homme qui avait éveillé l'attention des sergents de ville, parce qu'il s'éternisait dans une *vespasienne*, avait été trouvé mouillant son mouchoir à l'eau qui coule sur les parois, et se frottant les moustaches à plusieurs reprises. Arrêté et accusé d'outrages publics à la pudeur, il ne se souvenait plus du tout, trois jours après, de ce qui s'était passé. M. Motet l'a endormi dans la chambre du Conseil, et il a renouvelé exactement l'histoire du mouchoir, qui avait eu lieu après une hémoptysie. Comme toujours, la mémoire de ce qui s'était passé, dans un état second, est revenue quand cet état second a reparu. L'individu a été acquitté.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

Étranglement herniaire, taxis, kélotomie.

Dans une précédente leçon, j'ai appelé votre attention sur les excellents résultats que donnait la kélotomie dans les étranglements herniaires. J'ai insisté surtout sur l'im-

portance de pratiquer cette opération le plus tôt possible après la production de l'étranglement, c'est-à-dire aussitôt après avoir tenté de réduire la hernie par un taxis sans violence et sous le chloroforme. Enfin, j'ajoutais que ma statistique, quoique portant sur un petit nombre de cas, était réellement superbe, puisque, sur cinq opérations, j'avais obtenu cinq succès.

Depuis lors, j'ai eu deux nouveaux faits : l'un, il y a quatre jours, par suite beaucoup trop récent pour vous en parler aujourd'hui, l'autre qui va faire le sujet de cette leçon.

Donc, il y a quelque temps, j'étais appelé un soir à huit heures, pour un malade de la ville, un homme de soixante-douze ans, porteur depuis quatorze ou quinze ans d'une hernie très volumineuse, jusque-là mal soutenue par un bandage insuffisant, si ce n'est depuis deux mois où, sur les conseils de son médecin, il s'était décidé à porter un appareil convenable.

Cet homme, après une selle des plus copieuses, en montant sur son lit pour se coucher, voit sa hernie sortir plus volumineuse encore que d'habitude et ne peut la faire rentrer, quelque effort qu'il fasse. Immédiatement, il est pris de douleurs extrêmement vives, puis de vomissements, sa face se grippe ; son médecin mandé presque aussitôt est surpris de la rapidité des accidents et me fait appeler. J'arrive auprès du malade — il y avait à peine deux heures que l'étranglement s'était produit — la tension du sac herniaire était considérable, le volume de la tumeur était plus gros que celui de mes deux poings, on sentait une fluctuation telle que l'on aurait pu croire à l'existence d'une hydrocèle compliquant la hernie, tandis que la hernie seule, en réalité, était en cause.

Le malade était dans un état de dépression considérable, avec hoquets, vomissements, petitesse du pouls, en un mot, avec la symptomatologie du début de la péritonite. Et cependant celle-ci n'existait pas encore.

J'essaie tout d'abord un léger taxis, mais les douleurs sont telles que je suis immédiatement forcé d'y renoncer ; je chloroformise le malade et cherche de nouveau à réduire la hernie. Résultat nul. Alors, sans perdre de temps, je pratique la kélotomie — il était dix heures du soir — par une incision de 25 centimètres de longueur, étendue de l'anneau inguinal à la partie inférieure du scrotum. Je trouve un sac herniaire très distendu, contenant un liquide sanguinolent qui s'écoule dès que je l'ai incisé, aucune trace d'épiploon, mais renfermant deux anses intestinales. L'une d'elles, de 40 centimètres de long, est rosée, présentant à sa surface un piqueté noirâtre, résultant d'ecchymoses anciennes, ainsi qu'une plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs, noirâtre, ancienne également. La seconde anse mesure 15 centimètres, elle est d'un rouge vineux, chagrinée, grenue, ayant l'aspect d'un ancien tissu inflammatoire ; l'ayant attirée à moi pour mieux l'examiner, je constate, au niveau du collet, un sillon profond de 2 à 3 millimètres, sans tendance à s'ulcérer, et dont la présence s'explique par un certain degré d'œdème résultant de l'étranglement de l'intestin. Mais, je le répète, je ne trouve aucune ulcération, et n'entrevois aucun danger de perforation. L'étranglement étant, en somme, peu serré, je ne fais pas de débridement, je refoule les deux piliers, j'élargis le collet du sac et commence la réduction de ma hernie, lorsque tout à coup je vois sourdre une certaine quantité de sang qui remplit rapidement la cavité du sac. Les vaisseaux étant pris dans mes pinces à forcipressure, j'avais quelque peine à m'expliquer l'origine de cet écoulement sanguin. J'éponge avec soin le sang épanché, mais le liquide reparaît aussitôt et en aussi grande quantité. Je retire alors, pour l'examiner, la portion d'intestin déjà rentré, j'étale le mésentère et ne suis pas peu surpris de voir à son niveau une déchirure mesurant 2 à 3 centimètres de longueur, irrégulière, déchiquetée, par laquelle se faisait l'écoulement du sang. J'essaie aussitôt de la suturer, afin d'oblitérer les vaisseaux ; peine perdue, une nouvelle solution de continuité se produit. Je suture alors tout le mésentère placé sous mes yeux, le sang est arrêté ; je tente une nouvelle réduction de l'anse herniée, lorsque mon doigt pénètre tout à coup dans l'intestin par une perforation de 2 centimètres de longueur. Trois nouveaux points de suture sont posés, et encore une fois j'essaie de réduire la hernie, mais mes trois points de suture et l'intestin éclatent de nouveau sous une poussée de gaz.

En présence d'une pareille altération de l'intestin, il n'était pas permis de faire de nouvelles tentatives de réduction, sous peine d'amener de nouvelles déchirures et de risquer quelque épanchement fécal dans la cavité péritonéale, par suite une péritonite mortelle. Je n'avais plus alors qu'à songer à la résection de l'intestin, c'est ce que je fis le plus promptement possible, sur une étendue de 15 centimètres, et, réduisant l'étendue de ma plaie de 15 à 10 centimètres, je crée un anus artificiel. L'anse intestinale présentait une friabilité extrême, un ramollissement suraigu.

Mes craintes d'accidents post-opératoires étaient assez grandes, je redoutais quelque péritonite suraiguë, surtout après une opération ayant duré près de deux heures, faite le soir, dans de mauvaises conditions d'éclairage, malgré tous les soins et toutes les précautions antiseptiques que j'avais pris. Cependant, lorsque je quittai le malade, son facies présentait une meilleure expression qu'avant l'opération, le pouls était relevé ainsi que la température, le malade venait de s'endormir, aussi conservais-je encore un peu d'espoir.

Or, le lendemain matin, j'apprenais que le malade avait eu une bonne nuit, il avait eu des selles abondantes, la température était à 37°5. Néanmoins, j'avais une autre crainte, l'inanition par suite de la hauteur à laquelle j'avais été forcé de placer l'anus artificiel, sur l'iléon, c'est-à-dire en un point où l'assimilation nutritive est encore incomplète, insuffisante, à moins que l'on puisse faire passer les matières du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Quoi qu'il en soit, le malade allait très bien, la nutrition paraissait se faire convenablement, lorsque, vers le quinzième jour après l'opération, cet homme fut pris de phénomènes hydrophobiques, cherchant à mordre toutes les personnes qui l'approchaient, avec spasmes pharyngiens et laryngiens, dysphagie, soif ardente, dyspnée et rage furieuse à la vue de tout liquide. C'était un cas de pseudo-hydrophobie, de rage soudaine, le malade qui, depuis plus de deux ans, ne quittait pas sa chambre, n'avait été en contact avec aucun chien ni aucun chat ; aucun de ces animaux d'ailleurs n'existait dans sa maison.

A dater de ce moment, toute alimentation devenant impossible, la mort fut rapide.

Mais ce que le cas présent a surtout d'intéressant, c'est, dans un cas d'étranglement inguinal *récent*, de hernie volumineuse, la présence d'altérations si considérables que je n'en ai jamais rencontré de semblables, même dans un étranglement ancien. Or, généralement, les hernies inguinales

sont bénignes, les grosses hernies s'étranglent peu ; ici l'opération fut très rapide et cependant les altérations intestinales étaient considérables. Pourquoi ?

En 1873, M. Ollivier présenta, à la Société de biologie, une observation d'apoplexie pulmonaire chez un sujet atteint de ramollissement cérébral, apoplexie pulmonaire du côté hémiplégié. Notre malade, atteint de ramollissement cérébral depuis plusieurs années, avait eu aussi une apoplexie pulmonaire du côté paralysé. MM. Charcot, Vulpian et Brown-Séquard, de leur côté, ont rapporté aussi un certain nombre d'observations semblables, avec cette différence que les apoplexies s'étaient produites dans d'autres viscères : suffusions sanguines, ecchymoses sous-pleurales, infarctus rénaux, ecchymoses stomacales, hémorrhagies intestinales, etc. Mais tandis que M. Brown-Séquard et ses élèves expliquent ces accidents comme des troubles vaso-moteurs consécutifs aux phénomènes cérébraux, M. Vulpian les considère comme le résultat d'altérations des capillaires, d'obstructions et ruptures vasculaires.

Quoi qu'il en soit, nous avons chez notre malade une vieille hernie mal contenue ; or, dans une hernie, c'est toujours la même portion de l'intestin qui fait issue à travers l'orifice inguinal, et qui, par suite, se trouve dans de mauvaises conditions de nutrition, qui se trouve aussi exposée à toutes sortes de heurts et de contusions. Cette portion de l'intestin est donc, dans ces conditions, un lieu de moindre résistance.

De plus, cet homme atteint de ramollissement cérébral est, par suite, prédisposé à des troubles hémorrhagiques, ainsi d'ailleurs que nous le démontre l'apoplexie pulmonaire qu'il a eue il y a trois ans. Or, des troubles de même nature se sont manifestés du côté de l'intestin, nous les avons surpris sur le fait même, puisque la première anse intestinale, que nous avons rencontrée dans le sac herniaire, présentait une série d'ecchymoses anciennes, et que la seconde anse, celle qui s'est perforée sous notre doigt, portait aussi plusieurs plaques anciennes.

En résumé donc, la filiation des accidents s'explique très bien ainsi : ramollissement cérébral et hernie inguinale, obstruction vasculaire sur les anses herniées, étranglement, accidents foudroyants résultant des troubles hémorrhagiques antérieurs.

C'est là, cependant, un fait très rare qui m'a paru aussi des plus intéressants, car il doit appeler votre attention sur le pronostic toujours sombre qu'il faut émettre dans le cas d'étranglement herniaire chez des sujets ayant eu antérieurement des accidents cérébraux. Jusqu'à présent, je n'ai rencontré aucun cas semblable dans les auteurs.

LE CLOU DE GAFSA

Par M. Poncet (du Val-de-Grâce).

M. Poncet a présenté à la Société de biologie, dans sa séance du 22 octobre, des dessins et des photographies du clou de Gafsa et une planche représentant *deux microbes* de cette affection.

Il lui semble d'abord nécessaire de limiter l'analogie aux clous de Gafsa et de Biskra ; car les résultats publiés récemment sur le clou d'Alep s'éloignent beaucoup de ce qui est admis pour le clou de Gafsa.

Dans cette affection, l'examen des humeurs et les cultures ont fait reconnaître un microcoque petit, qui reproduit en inoculations, outre une éruption plus ou moins analogue au clou, des symptômes d'infection putride, de gangrène, qui n'appartiennent pas à la pathologie ordinaire du clou.

M. Poncet, sur des coupes, a d'abord constaté l'état des tissus qui peut se résumer en ces mots : hypertrophie de la partie épithéliale ; destruction du derme par sa transformation embryonnaire.

En colorant par la méthode de Gramm ou de Malassez, il a retrouvé *in situ* le microcoque connu, soit en énormes colonies, soit en petits îlots de cinquante éléments à peu près, soit deux microcoques accouplés.

Ces microcoques existent dans les couches épithéliales entre les éléments.

Il a constaté en outre l'existence *d'un bacille variant de* 1/5 μ *à* 6 μ : il existe aussi dans les couches de l'épithélium : mais, pas plus que le microcoque, ce bacille n'a été retrouvé dans le tissu embryonnaire, ni dans le protoplasma des cellules épithéliales. Il est moins abondant que le microcoque.

Ces préparations, qui ont été examinées par M. Duclaux et par M. Gessard, auteurs qui ont étudié cette affection, démontrent donc qu'il existe deux microbes dans le clou de Gafsa : un microcoque et un bacille.

C'est avec ces deux parasites que devraient être faites maintenant toutes les expériences de reproduction et d'inoculation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

CORRESPONDANCE

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces de la correspondance, un travail pour le prix Duval, intitulé : « L'opération de la hernie étranglée doit être mise à la portée des chirurgiens les moins expérimentés. » Ce travail n'étant pas accompagné d'un pli cacheté reproduisant sa devise, il sera impossible d'en connaître l'auteur.

Orchite paludéenne ; éléphantiasis des testicules. — M. Le Dentu, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance par M. Chauvel sur l'orchite paludéenne, lit un travail sur le même sujet. Ce travail est basé sur plusieurs observations dont voici le résumé :

Obs. I. — Un homme de quarante ans environ, habitant Cayenne depuis plusieurs années, est atteint d'orchite paludéenne double, à poussées répétées. Sur le conseil de M. Le Dentu, il revient en France, en 1885. A ce moment, il présente une induration manifeste des deux testicules qui sont lisses, durs, sans bosselures ; le droit est beaucoup plus gros que le gauche. Il y avait un peu de liquide dans la tunique vaginale de ce côté. La tuméfaction avait déjà diminué sous l'influence seule du voyage. Les poussées aiguës dont ce malade était atteint à Cayenne disparurent. Mais il fut pris de névralgies faciales paludéennes extrêmement intenses, qui cédèrent sous l'influence du sulfate de quinine. Il s'agissait donc bien d'une induration chronique des testicules d'origine paludéenne.

M. Le Dentu a observé deux fois cette augmentation des testicules chez des malades atteints d'éléphantiasis du scrotum.

Obs. II. — Un homme de quarante ans est atteint d'induration chronique des deux testicules, consécutive à un éléphantiasis du scrotum. Il vient à Paris. Soupçonnant la syphilis, M. Le Dentu le soumet à un traitement antisyphilitique qui reste sans résultat. Il soumet ce malade à l'examen de M. Fournier qui croit aussi à la syphilis, prescrit un traitement antisyphilitique et, devant l'inefficacité absolue de ce traitement, déclare qu'il ne sait pas ce que peut être cette affection. Pour M. Le Dentu, il s'agissait d'une dégénérescence éléphantiasique des testicules, consécutive à un éléphantiasis du scrotum. L'état de ce malade reste stationnaire.

Obs. III. — Dans ce troisième cas, il s'agit d'un malade qui commença par voir grossir considérablement ses deux testicules et ce ne fut que deux ans après qu'apparut un éléphantiasis du scrotum. Sous l'influence de cet éléphantiasis du scrotum, les testicules augmentèrent encore de volume. M. Le Dentu, instruit par le cas

précédent, diagnostiqua une induration éléphantiasique des testicules, compliquant un éléphantiasis du scrotum et du dos de la verge.

Il fit sur cette dernière et sur le scrotum dix-neuf séances de scarifications; sous l'influence de ce traitement, le prépuce fut complètement guéri et l'éléphantiasis resta limité au scrotum. Il fit ensuite la résection des parties du scrotum restées indurées.

Enfin, M. Le Dentu a vu aussi cet éléphantiasis des testicules survenir chez des malades atteints d'hydrocèle parasitaire, en particulier chez le malade dont il a publié l'observation en 1883 et qui était atteint d'hydrocèle graisseuse, par suite de la présence de la filaire dans le sang.

En résumé, à côté de l'orchite d'origine paludéenne, il faut placer l'induration éléphantiasique des testicules, liée ou non à l'éléphantiasis du scrotum, ainsi que l'éléphantiasis testiculaire d'origine parasitaire. Anatomiquement, il s'agit dans ces cas d'une lymphangite chronique pouvant succéder à une forme aiguë. Il y a identité de lésion, mais non identité de cause.

M. TERRILLON dit que, relativement à l'orchite paludéenne, il y a une question de climat, dont il faut tenir compte, car les paludéens de nos pays ne présentent pas ces accidents. Quant à l'éléphantiasis des testicules, M. Terrillon rapproche, des cas signalés par M. Le Dentu, le fait suivant qu'il a observé : il s'agit d'un homme habitant Cayenne qui fut pris d'induration des testicules et consécutivement d'éléphantiasis du scrotum. Il y avait aussi une hydrocèle unilatérale contenant deux litres de liquide. Les testicules chez ce malade étaient très volumineux.

M. MONOD a fait avec M. Terrillon des recherches sur l'hypertrophie des testicules et n'a rien trouvé d'analogue aux faits de M. Le Dentu. Au point de vue pathogénique, il insiste sur la présence de l'hydrocèle graisseuse dans un des cas de M. Le Dentu; on a vu aussi l'éléphantiasis du scrotum coïncider avec l'hydrocèle graisseuse.

M. LE DENTU ajoute qu'on sait que l'hydrocèle est très fréquente dans les pays chauds.

Appareil à fractures. — M. HUMBERT fait un rapport sur un appareil à fractures présenté par M. le docteur Buquet. Cet appareil est bien conçu, mais M. Humbert ne l'ayant pas employé ne peut se prononcer sur sa valeur.

CORRESPONDANCE

Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus gravide. — M. SCHWARTZ fait une communication sur une plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus, chez une femme enceinte de six mois. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, qui avait reçu un coup de couteau dans le ventre ! Elle portait une plaie linéaire de 7 centimètres, par laquelle faisaient hernie une anse intestinale et les deux pieds du fœtus. Il y avait eu, au moment de l'accident, un écoulement considérable de sang et de liquide amniotique. Malgré cela l'état général est assez satisfaisant. M. Schwartz intervient sept heures après l'accident. Il agrandit la plaie, s'assure que le fœtus est mort; la tête reste seule dans l'utérus; il agrandit la plaie utérine et en retire le fœtus. Les plaies abdominale et utérine sont lavées à l'eau bouillie et à la liqueur de Van Svieten; il suture l'utérus dont la plaie était transversale, puis on referme le ventre; le lendemain, température : 37,4; le surlendemain 38 degrés, vomissement, péritonite. Celle-ci se dessine et la malade meurt quatre jours après l'opération. A l'autopsie, liquide séro-purulent dans le péritoine, pas de perforation utérine; l'utérus est bien réuni ainsi que la plaie abdominale.

M. Schwartz rapproche de ce fait celui d'une négresse qui, enceinte de sept mois, reçoit un coup de feu dans le ventre, il y eut une hernie de l'épiploon; celui-ci est réduit et le lendemain cette femme accouche d'un enfant mort et elle guérit. Il rappelle plusieurs autres cas analogues, car les plaies de l'utérus gravide sont assez fréquentes, tandis que celles de l'utérus à l'état de vacuité sont extrêmement rares. Il y a même des cas de rupture de l'utérus par chute ou coup sans plaie abdominale.

La gravité des plaies de l'utérus gravide est incontestable. Quelle conduite doit-on tenir ? S'il n'y a pas d'issue de parties fœtales, il faudra se contenter de faire l'asepsie de la plaie et de s'attendre à l'accouchement; s'il y a issue de parties fœtales, il faut achever l'opération césarienne et refermer la matrice et la plaie abdominale.

M. BERGER rapproche de ce fait une observation de M. Bar, dans laquelle il s'agissait d'une femme qui avait reçu un coup de couteau dans la fesse; la pointe du couteau avait pénétré à travers l'échancrure ischiatique, dans l'utérus gravide, il s'écoula du liquide amniotique par la plaie. La malade accoucha et survécut.

M. GUÉNIOT dit qu'il est probable que l'opération de M. Schwartz aurait réussi s'il avait pu intervenir une demi-heure et non sept heures après l'opération. Il rappelle les différents procédés de suture de l'utérus qui ont été proposés dans ces cas et insiste sur la difficulté d'obtenir la réunion; ce qui l'a facilitée dans le cas de M. Schwartz, c'est que la plaie était transversale. Il fait observer aussi que, dans ces cas, il serait prudent d'assurer l'écoulement du liquide par le col et de faire dans ce but des injections antiseptiques.

M. MARCHAND, dans une opération césarienne, a adossé les deux séreuses, cette suture a été très laborieuse. La malade est morte de péritonite et, à l'autopsie, M. Marchand a constaté que trois points sur cinq avaient manqué. Il se demande si, dans ces cas, il n'y aurait pas lieu de préférer l'opération de Porro à l'opération césarienne.

M. GUÉNIOT croit que l'opération de Porro ne serait indiquée que dans le cas où il y aurait septicémie de l'utérus.

M. TERRIER dit que les différents procédés de suture de l'utérus qui ont été proposés sont très difficiles et leur préfère beaucoup le procédé de simple suture qui a été suivi par M. Schwartz, procédé beaucoup plus facile et plus sûr.

M. SCHWARTZ répond à M. Marchand qu'il aurait fait l'opération de Porro s'il y avait eu une hémorrhagie considérable. Mais l'hémorrhagie était arrêtée, et il avait pu faire un lavage antiseptique suffisant.

Amputation du pied. — M. NIMIER lit une observation d'amputation partielle du pied (comm. M. Chauvel).

Bandage après la cure radicale de la hernie. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente le bandage qu'il fait porter à ses opérés de cure radicale de hernie. Il fait observer que le bandage ordinaire amène l'atrophie de la cicatrice. C'est pourquoi il l'a remplacé par une grande pelotte qu'il fixe au-dessus de la cicatrice. Il a pratiqué 57 opérations de cure radicale de hernie. Sur ce nombre, 30 opérés portent depuis deux ans ce bandage et s'en trouvent très bien.

Commission des prix. — Les commissions des prix sont ainsi constituées : prix Duval : MM. Marjolin, de Saint-Germain, Berger, Richelot et Second; prix Demarquay : MM. Verneuil, Polaillon, Delens, Monod, Reclus; prix Gerdy : MM. Trélat, Tillaux, Perrier, Lucas-Championnière et Pozzi; prix Laborie : MM. Lannelongue, Horteloup, Chauvel, Bouilly et Quenu.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

1. M. Thiau. De la réduction de la luxation du pouce en arrière. — 2. M. Piedpremier. Uréthrocèles vaginales. — 3. M. Gaudin. Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou. — M. Mongin. Étude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1887.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	14	15	1	30
2e	17	18	3	38
3e	21	37	2	60
4e	24	56	13	93
5e	23	29	7	59
6e	13	27	6	46
7e	14	22	8	44
8e	11	7	1	19
9e	12	16	4	32
10e	20	39	9	68
11e	59	99	29	187
12e	29	31	20	80
13e	26	65	23	114
14e	35	56	30	121
15e	35	54	17	106
16e	9	6	3	18
17e	32	62	13	107
18e	48	91	38	177
19e	35	52	19	106
20e	69	75	53	197
	546	857	299	1702

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites	117
Croup	29
Coqueluche	6
Ophthalmie	2
Corps étranger de l'œsophge.	1
B. Asthme	28
Affections du cœur	39
Bronchites aiguës et chroniques	67
Pleuro-pneumonie	41
Congestion pulmonaire	19
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	178
Cholérine	85
Dysentérie	2
Athrepsie	50
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	58
Hernie étranglée	19
Rétention d'urine	23
Orchite	4
Chûte du rectum	2
D. Métrite, métro-péritonite	57
Métrorrhagie	54
Fausse couche	59
Accouchement, délivrance	137
— non terminés	16
E. Affections cérébrales	76
Convulsions, éclampsie	51
Névralgie	35
Névroses	57
Épilepsie	16
Aliénation mentale	9
Alcoolisme, delirium tremens	10
Tétanos	1
Rage	1
F. Rhumatisme	21
Affections éruptives	39
Fièvre intermittente	5
Fièvre typhoïde	24
Hémorrhagies de causes internes et externes	67
G. Plaies, contusions	109
Fractures, luxations, entorses	22
Brûlures	3
Empoisonnements	13
Asphyxie par le charbon	4
— par submersion	3
Suicide	3
H. — Mort à l'arrivée du médecin	40
Total	1702

La moyenne des visites par nuit est de 18,50. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,40.

Visites du troisième trimestre de 1886	2061
Visites du troisième trimestre de 1887	1702
Différence en moins	359

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100;
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 18 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris a recommencé le lundi 24 octobre 1887 ; les questions données ont été : 1° pour la première épreuve orale (anatomie) : la cornée ; 2° pour la seconde épreuve orale (physiologie) : physiologie du larynx ; 3° pour la troisième épreuve orale (pathologie externe) : des fibro-myômes utérins.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour la première épreuve — épreuve d'anatomie — aux candidats du concours de l'externat sont : 1° le diaphragme ; 2° l'articulation du genou ; 3° l'artère axillaire et ses branches ; 4° les muscles adducteurs de la cuisse ; 5° l'os iliaque.

Les questions données aux candidats volontaires d'un an pour la deuxième épreuve — épreuve de pathologie — sont : 1° signes et diagnostic des fractures en général ; 2° des symptômes de la rougeole régulière.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine : prix : M. Fromaget ; mentions honorables, MM. Vialle et Forge. — Deuxième année : prix, M. Baudet. — Troisième année : prix : M. Lespinasse ; mention honorable, M. Dumur.

Prix du conseil général : M. Viéron. — Prix Godard : M. Suzanne.

Prix des thèses : Médaille d'or : M. Suzanne ; médailles d'argent : MM. Litchtreitz et Dichas ; médaille de bronze et mention honorable : MM. Peytoureau, Sudre et Grasset ; médailles de bronze : MM. Fischer, Florant, Tessié, Bombarte, Blanc-Fontenille.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Favrel ; mention honorable, M. Gontier-Lalande. — Deuxième année : prix, M. Bordier ; mention honorable, M. Duphil. — Troisième année : prix, M. Beille.

Prix du conseil général : M. Beille. — Prix Barbet : M. Fauche.

Prix des travaux pratiques : première année : prix : M. Gontier-Lalande ; mention honorable : M. Favrel. — Deuxième année : prix : M. Fauche ; mention honorable, M. Biarnès. — Troisième année : prix : M. Beille.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887.

Médecine. — Première année : Prix : M. Moullade ; mention honorable : M. Bourdin. — Deuxième année : pas de prix ; mentions honorables : MM. Lucy et Malafosse. — Troisième année : prix : M. Gaudier. — Quatrième année : prix : M. Audry.

Pharmacie. — Première année : prix : M. Moreau ; première mention : M. Bourcet ; deuxième mention : M. Defretière. — Deuxième année : M. Ducher.

Prix des thèses : Médailles d'argent : MM. Didelot et Guérin. — Médailles de bronze : MM. Bernard, Garand et Manin ; mentions honorables : MM. Assada, Chevalier, Couturier, Crozat, Duzéa, Laffage, Phélip, Porteret, Rochet et Roque.

— L'ouverture du cours de chimie médicale de M. le professeur Gautier est reportée du mardi 8 novembre, à une heure de l'après-midi, au jeudi 10 du même mois et à la même heure.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours public sur les maladies des yeux, le mardi 8 novembre 1887, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), et le continuera les jeudis et mardis suivants.

Ce cours comprendra : 1° le diagnostic des maladies externes et internes des yeux ; 2° la pathogénie des affections oculaires, sympathiques, réflexes et constitutionnelles ; 3° les relations qui existent entre les maladies des yeux, les maladies du cerveau, de la moelle épinière et du cœur. — Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque leçon.

— *Erratum.* — Page 1080, ligne 10, au lieu de : « par M. le docteur Sirvan », il faut lire : « par M. le docteur Girard. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

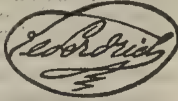
Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21881

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



25

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

33

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau [illegible] grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOT[illegible] BONJEAN sont employées avec le plus gran[illegible]s pour *faciliter le travail de l'accoucheme[illegible] arrêter les hémorrhagies* de toute nature [illegible] pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combatt[illegible] la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Ab[illegible], Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

10

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mode d'emploi. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. Houdé, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

21

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas*.

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antiseptie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr Bouchardat.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le Fer et le Phosphore trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, Dethan, phien, et ttes les pharmacies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

32

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

44

L'ÉLIXIR TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

Est le plus puissant **Digestif** connu. Contre *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Constipation, Vomissements, Diarrhée.* Dose : Un petit verre à liqueur après chaque repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. Mazier, 264, boul. Voltaire, Paris.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

92

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie Limousin ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

86

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,

Exiger Timbre de l'Etat — Pharmacies. Bains

N° 135. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 10 NOVEMBRE 1887. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr.	». — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question soulevée, dans le courant du mois de mai dernier, à l'Académie de médecine, par M. Alph. Guérin, relativement au phlegmon du ligament large, dont il conteste l'existence au double point de vue anatomique et clinique, pour lui substituer la notion de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, tend à affecter un type intermittent. On se rappelle avec quelle vivacité M. Sappey a discuté et contesté, au point de vue anatomique, la proposition de M. A. Guérin, qui n'en a pas moins persisté dans son dire, convaincu qu'à défaut de preuves actuelles, suffisantes, l'avenir lui donnerait raison, et dans cette confiance faisant appel aux observations ultérieures de ses collègues. Les choses semblaient devoir en rester là. C'est quatre mois après, dans la séance du 20 septembre, que M. Hervieux est venu répondre à cet appel.

Déclinant sa compétence au point de vue anatomique, M. Hervieux s'est renfermé dans le cercle déjà assez large de la clinique et de l'anatomo-pathologie, non pour soutenir, mais bien pour combattre, tout au contraire, la thèse de M. Guérin.

M. Guérin, a dit M. Hervieux, a répudié toutes les observations de phlegmon du ligament large existant dans la science, sous prétexte que ce sont des faits complexes et que dans les cas où l'on a trouvé du pus sous les replis séreux qui forment le feuillet superficiel du ligament large, il y en avait un peu partout dans le bassin; objection à laquelle M. Hervieux a répondu que les autopsies, faites par différents auteurs et par lui-même, prouvent que le pus n'est pas exclusivement placé sous les replis formant le feuillet superficiel du ligament large, mais qu'il peut se rencontrer dans l'épaisseur même de la trame aponévrotique de ce ligament; qu'en second lieu, lors même qu'il existerait d'autres foyers purulents dans le bassin, cela n'infirmerait nullement la réalité du phlegmon constaté dans l'écartement des feuillets du ligament large, etc. Et à toutes les observations répudiées par M. Guérin, celles de M. Bourdon, de Béhier, de West, de Marchal (de Calvi), de Guéneau de Mussy, de MM. Bernutz, Emile Thierry, Siredey, etc., il a restitué leur valeur et leur signification première, qui est à ses yeux seule réelle.

De sorte que M. Alph. Guérin, qui était absent lors de l'argumentation de M. Hervieux, en a été pour les frais d'une nouvelle argumentation, se cabrant seul contre tous, avec la fière devise : *Etiam si omnes non ego*.

Non seulement M. A. Guérin ne démord pas d'un iota de son premier dire, mais il semble mettre ses contradicteurs au défi de démontrer le leur.

Nous verrons ce que nous apportera la suite du débat dont l'objet nous semble, en réalité, reposer un peu sur une pointe d'aiguille.

HOPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
M. PINARD.

De la conduite à tenir pendant la demi-heure qui suit la sortie du fœtus.

Une femme est accouchée depuis une demi-heure, ou mieux, je suppose, le fœtus a été expulsé, soit naturellement, soit à l'aide du forceps, depuis une demi-heure. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et le placenta est encore dans la cavité utérine. Quelle conduite l'accoucheur doit-il tenir ? Que faut-il faire ?

Tout d'abord, il s'agit de savoir pourquoi le placenta est resté dans la cavité et pourquoi il n'y a pas eu de perte de sang, car il y a là quelque chose de particulier. Or, le fait peut tenir à deux causes : 1° ou à une inertie de l'utérus; 2° ou à des adhérences anomales du placenta. Outre ces causes, il en est une autre aussi que nous devons soupçonner, ce sont les spasmes ou les contractions irrégulières de l'utérus.

1° *Inertie utérine.* — Dans certains cas, l'inertie utérine peut être, pour ainsi dire, prédite ; en effet, elle peut survenir, soit à la suite de l'épuisement de l'organisme, soit à la suite de l'épuisement de l'organe utérin lui-même, c'est-à-dire par défaut de contractilité organique ou de contractilité des tissus. Ainsi, 1° chez les femmes épuisées par quelque maladie antérieure, par un état général misérable, alors l'utérus reste dans le relâchement, après la sortie du fœtus; 2° chez une femme bien portante, dont tout l'organisme est sain, mais dont l'organe utérin a eu à lutter longtemps et vigoureusement contre un obstacle quelconque (rétrécissement du bassin, mauvaise présentation de l'enfant) : en pareils cas, l'inertie tient à l'épuisement des forces.

Cette dernière cause est plus fréquente que la précédente;

elle se produit lorsque le travail a été long, pénible. Aussi, faut-il y attacher une plus grande importance qu'à l'épuisement de la femme par une affection antérieure. En effet, vous voyez des femmes phthisiques, même avancées, accoucher parfaitement, sans présenter la moindre inertie, l'utérus restant tout aussi rétractile et contractile que chez la femme la mieux portante.

En dehors de ces cas, il en est d'autres aussi, tels, par exemple, que celui d'une déplétion trop rapide de l'utérus, s'effectuant en dix minutes, en un quart d'heure. Il faut savoir se méfier de ces cas d'inertie de l'organe, cas auxquels on a donné le nom de relâchement par stupéfaction de l'utérus. Il en est de même des femmes chez lesquelles l'utérus a été distendu outre mesure comme, par exemple, par une hydropisie de l'amnios. Il y a là encore une cause d'inertie de l'utérus qui reste mou, flasque, comme parésié. Le fait peut être comparé à la parésie vésicale consécutive à une rétention prolongée de l'urine dans la vessie.

Enfin, je dois encore signaler une autre cause d'inertie de l'utérus, je veux parler de la putréfaction du fœtus ou du placenta retenu dans la cavité utérine et du développement de gaz qui en est la conséquence, c'est-à-dire de la physométrie.

Telles sont les principales causes de l'inertie de l'organe utérin.

J'en reviens donc à ma question : une femme est accouchée depuis une demi-heure, elle ne perd pas de sang, le placenta n'est pas décollé, que faut-il faire? Et je répète de nouveau : d'abord faire le diagnostic, rechercher la cause du non-décollement.

Le diagnostic doit se faire exclusivement par la main appliquée sur la paroi abdominale et cherchant à travers cette paroi l'organe utérin. Cette exploration peut vous donner deux états : ou bien on sent mal l'utérus, il est mal délimité ; ou bien il est rétracté, consistant, c'est ce que l'on appelle le globe de sûreté.

Dans le premier cas, la difficulté de sentir l'utérus tient à sa mollesse et indique l'inertie de l'organe. Mais celle-ci n'est-elle que partielle, ou bien est-elle totale? Je ne parlerai ici que de ce dernier cas : il y a inertie totale, l'utérus est mou, flasque, inerte ; que doit-on faire? Pratiquer immédiatement dans la cavité utérine une injection avec un liquide aseptique, chaud, à la température de 45 à 48 degrés.

Les accoucheurs les plus expérimentés ne sont pas tous d'accord sur la pratique à suivre en pareil cas. C'est ainsi que les uns — il faut se garder de les imiter — conseillent d'exercer des tractions sur le cordon dans le but d'exciter l'utérus ; d'autres de titiller le col ; d'autres encore de faire des injections à travers les vaisseaux placentaires ; enfin on a été jusqu'à proposer de tirailler sur les poils du mont de Vénus ! afin d'amener une excitation particulière, moyen absolument inefficace et surtout ridicule.

En Angleterre, certains accoucheurs ont conseillé de mettre l'enfant nouveau-né au sein, afin de réveiller par action réflexe les contractions utérines, ou bien, à défaut de l'enfant, d'appliquer des ventouses sur les seins. Le conseil est logique en soi, mais le procédé n'a pas la valeur de l'injection d'eau chaude dans la cavité de l'utérus.

Un certain nombre d'accoucheurs ont dit qu'il fallait introduire la main dans la cavité utérine, sa présence pouvant suffire à ramener les contractions de l'organe. Quant au seigle ergoté, je n'en parle que pour le signaler comme un moyen dangereux, désastreux même.

Pour moi, je le répète, je commence par faire une large et abondante irrigation d'eau chaude (3, 4, 5 ou 6 litres) ; le procédé m'a *toujours* réussi, j'ai toujours vu l'utérus se contracter, le placenta se décoller et la délivrance se faire.

Mais, je suppose l'utérus rétracté et le placenta non décollé, que faut-il faire? Deux cas peuvent se présenter : ou bien le placenta est enfermé par des tractions irrégulières de l'utérus, ou bien il est maintenu par des adhérences anomales avec l'organe utérin.

Les contractions irrégulières de l'utérus peuvent se produire en dehors de toute adhérence anomale du placenta, malgré ce qu'ont écrit à ce sujet quelques auteurs.

A l'occasion d'un fait très intéressant dont nous parlerons tout à l'heure et qui s'est passé à la Maternité de Nancy, un de mes confrères a émis une théorie sur les contractions irrégulières qui, dans certains cas, se produiraient, par suite d'un amincissement acquis ou congénital de la paroi utérine, en rapport avec l'inaction placentaire. Je ne suis pas disposé à admettre cette théorie, d'autant plus que le fait sur lequel s'appuie M. Stapfer, c'est-à-dire l'amincissement de la paroi utérine dans le cas de contractions irrégulières de l'utérus, n'est pas encore absolument démontré ; et je crois que, si cet amincissement acquis ou congénital existait réellement, nous rencontrerions plus souvent ces contractions irrégulières de l'utérus. Néanmoins, l'hypothèse émise est très ingénieuse, mais elle me paraît rester à l'état d'hypothèse, et la vérité est que nous ne savons pas encore le pourquoi de ces contractions. On pourrait tout aussi bien admettre — à titre d'hypothèse également — qu'elles seraient le résultat de tractions exercées sur le cordon, soit dans certains cas par l'accoucheur, soit dans d'autres par le fœtus lui-même, alors que le cordon se trouve trop court.

On a dit que l'utérus pouvait se rétracter de différentes façons :

1° En emprisonnant le placenta, soit en revenant sur lui-même depuis l'orifice externe jusqu'au fond. Cette proposition, repoussée par Desrousseaux, a été soutenue par Paul Dubois pendant quelque temps, mais plus tard il l'a abandonnée. Aujourd'hui, cette rétraction spasmodique de l'utérus est également rejetée par presque tous les accoucheurs. Aussi je n'insiste pas.

2° Par rétraction de l'orifice interne. Le col reste long et l'utérus se rétracte, emprisonnant complètement le placenta, de façon à laisser passer seulement le cordon par l'orifice interne. Cette rétraction est admise par tout le monde, c'est la rétraction totale dont le maximum est à l'orifice interne.

3° Par contractions irrégulières. Ici nous trouvons de nombreuses divisions dans les auteurs (l'enkystement complet ou incomplet, l'enchâtonnement complet ou incomplet, l'emprisonnement de chaque cotylédon, etc., etc.). Ces divisions peuvent avoir quelque importance, mais le grand fait est de savoir que les contractions irrégulières peuvent avoir pour effet d'emprisonner complètement ou incomplètement le placenta, et que, si l'emprisonnement est complet, il y aura absence totale d'hémorrhagie ; s'il est incomplet, il peut y avoir des hémorrhagies.

Mais comment diagnostiquer cet emprisonnement? Encore une fois, par la main appliquée sur la paroi abdominale, qui, lorsque la rétraction est totale, sentira l'utérus avec sa forme normale, et qui, lorsqu'elle est incomplète, sentira un organe dur, ligneux, mais de forme irrégulière.

Dans ces conditions d'emprisonnement complet ou incomplet, que faut-il faire? Faut-il laisser la nature agir toute

seule? faut-il au contraire intervenir? Oui, quoi qu'en pensent certains auteurs, il faut intervenir.

Voici, à ce propos, l'observation de M. Hergott, publiée dans la *Revue médicale de l'Est*, en 1882, et résumée en quelques lignes: femme de dix-huit à vingt ans, entrée à la Maternité de Nancy, primipare, grossesse à terme, présentation en occipito-iliaque gauche, travail normal jusqu'à l'expulsion du fœtus; à ce moment, on est obligé de rapprocher l'enfant de la vulve afin d'éviter des tiraillements dangereux du cordon sur le placenta. Une demi-heure se passe ensuite, pas de perte de sang, pas de placenta décollé; le palper de la paroi abdominale montre un utérus irrégulier, bilobé. La sage-femme introduit le doigt dans le col utérin, mais ne peut lui faire dépasser l'orifice interne. Le professeur et son chef de clinique, appelés quatre ou cinq heures plus tard, constatent l'existence de contractions irrégulières, la corne droite de l'utérus très développée, un enkystement considérable, le doigt ne peut toujours pas pénétrer dans l'utérus, même la femme étant chloroformisée. Le lendemain, des accidents fébriles se déclarent, l'infection se produit et la malade succombe le cinquième jour. L'autopsie est faite et montre une partie du fond de l'utérus distendue et formant une poche extrêmement mince, remplie par un placenta libre, décollé, tandis que la portion de l'organe non distendue a conservé des parois épaisses. Bref, le placenta était, comme l'a dit M. Hergott, retenu dans une hernie de nouvelle formation. L'auteur qui a basé sur ce fait sa théorie de l'amincissement des parois de l'utérus, a dit qu'il ne s'agissait pas d'une hernie, mais bien d'une portion de la paroi utérine plus mince que le reste, laquelle avait emprisonné le placenta.

Ce fait nous montre, qu'en l'absence même de toutes adhérences du placenta, celui-ci peut être emprisonné dans une des cornes de l'utérus, sans en sortir, malgré les tentatives exercées pour faciliter son expulsion.

L'IRRIGATION D'EAU TRÈS CHAUDE

CONTRE LES ÉPISTAXIS GRAVES

Par M. le docteur ALVIN, médecin consultant au Mont-Dore.

Le 4 août dernier, deux de mes confrères du Mont-Dore me prient de les assister auprès d'un malade chez lequel ils n'ont pu enrayer une épistaxis persistant depuis plus de quarante-huit heures.

Les moyens employés ont été: les pédiluves, la glace, le perchlorure de fer, le seigle ergoté, le tamponnement du nez d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Le siège de l'hémorrhagie est la narine droite. Quand je vois le malade, le sang filtre à travers les tampons et se fait un passage par le point lacrymal. Le nez est le siège d'une tuméfaction considérable produite par le sang qui remplit sa cavité.

Je prie mes confrères d'enlever le pansement qui avait été, du reste, fait très habilement. Le sang coule avec abondance. Je ne puis songer à faire l'inspection de la fosse.

Muni, à tout événement, d'un irrigateur anglais, ayant à ma disposition de l'eau à la température de 65 à 70° centigrades, je pratique séance tenante une abondante irrigation. Le liquide revient quelque peu par la même narine, mais en grande partie par l'autre et la gorge. Au bout de deux à trois minutes, l'eau de retour n'est plus teintée de sang, l'écoulement sanguin est arrêté.

L'irrigation avait été peu ou pas douloureuse, malgré la haute température de l'eau que la main ne pouvait tolérer.

Je quittai le malade, laissant des instructions en cas de récidive, afin que la garde pût opérer en notre absence.

Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre; il n'y a eu lieu de renouveler l'irrigation que deux fois dans la soirée.

Je conclus de cette observation:

1° Que l'irrigation d'eau très chaude est un moyen très puissant à employer dans les cas d'épistaxis, et surtout d'épistaxis graves;

2° Que ce moyen ne présente aucun danger;

3° Qu'il est accepté sans répugnance;

4° Qu'il n'est nullement douloureux;

5° Que le malade doit être surveillé une dizaine d'heures, ayant de l'eau bouillante et un irrigateur à sa disposition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend:

Une lettre du ministre du commerce transmettant le compte rendu des vaccinations opérées dans le territoire de Belfort au cours de l'année 1886 (comm. de vaccine).

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. Calmette (de Narbonne), qui soumet à l'Académie un nouveau procédé de vinification par l'emploi du tartrate de chaux, formé au sein de la vendange par l'acide tartrique et la chaux blanche (comm. MM. Jungfleich, Bouchardat et Gautier);

2° Un travail de M. le docteur Cavaillon (de Carpentras), sur la variole et l'antisepsie (comm. des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Ferrand (de Saint-Barnabé), sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1886 à Saint-Barnabé et dans les environs de Marseille, pendant une violente épidémie de variole (comm. de vaccine);

4° Une lettre de M. le docteur Pellerin (de Nantes), sur l'hypnotisme (comm. de l'hypnotisme);

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Culot (de Lille) (accepté).

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Riembault son correspondant à Saint-Étienne, récemment élu.

M. le président fait part ensuite à l'Académie que le rapport qui devait être fait aujourd'hui en comité secret sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie, sera remis à la séance prochaine par suite d'un empêchement de M. Laborde, le rapporteur.

M. LÉON LABBÉ, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé (l'éloge de Velpeau), au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bretonneau, Velpeau et Trousseau à Tours.

RAPPORT

M. BLANCHE, au nom de la commission du prix Lefebvre, donne lecture du rapport sur les travaux envoyés au concours pour ce prix. Les conclusions seront lues et soumises au vote de l'Académie en comité secret.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE ET L'ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN

M. ALPH. GUÉRIN a la parole pour répondre aux observations que M. Hervieux a présentées à l'Académie dans la séance du 20 septembre dernier, à l'occasion de sa communication du 10 mai sur ce même sujet.

M. Alph. Guérin se félicite de l'intervention de M. Hervieux dans cette question, parce qu'elle servira à démontrer que personne avant lui n'avait soutenu la thèse qu'il défend depuis près de dix ans.

La communication de M. Hervieux, en attirant l'attention sur la question de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, contribuera à n'attribuer à aucun étranger l'opinion qui bientôt, espère-t-il, sera universellement admise.

Après ce témoignage, il se croit dans l'obligation de répondre aux critiques de son collègue.

Il résulte d'une longue citation que fait M. Guérin de ses précédents travaux, qu'il n'avait pas méconnu les signes attribués au phlegmon du ligament large, ainsi que le lui reproche M. Hervieux, et que, s'il n'a pas vu, cadavériquement parlant, un seul cas de phlegmon du ligament large, il a vu cliniquement ce que l'on a décrit sous cette qualification qu'il croit erronée, depuis que deux autopsies ont éclairé ses études sur ce point de gynécologie.

M. Guérin croit que, si son collègue s'est mépris sur la signification du mot phlegmon, s'il a confondu avec cette maladie des lésions essentiellement différentes, c'est uniquement la conséquence de la précipitation qu'il a mise à répondre à l'appel fait à tous ses collègues.

Je ne sais si je me trompe, dit M. A. Guérin, mais il me semble que notre collègue appelle phlegmon toute collection purulente. Il nous donne comme des types de phlegmons des lésions qui n'ont rien de phlegmoneux.

Ici M. Guérin commente les observations que son collègue a mises obligeamment à sa disposition ; et de l'étude analytique et critique de ces observations, il conclut en ces termes :

Je crois pouvoir conclure que non seulement j'ai démontré l'existence de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, mais que l'existence du phlegmon du ligament large doit être niée, tant qu'une autopsie récente n'aura pas donné la preuve de sa réalité.

Si je ne craignais pas d'abuser de la patience de l'Académie, j'invoquerais les faits qui ont été récemment apportés à cette tribune, et dans lesquels des salpingites purulentes avaient pu se produire sans que l'inflammation se fût étendue au rare tissu cellulaire des ligaments larges.

Jusqu'à preuve du contraire, je croirai que le pus que l'on a trouvé sous les feuillets séreux des ligaments larges n'était que la conséquence d'une péritonite plus ou moins généralisée. Quand le péritoine suppure, pourquoi ne suppurerait-il pas au niveau des ligaments larges? Ce n'est pas là ce qu'on a décrit sous le nom de phlegmon. Le phlegmon du ligament large a toujours été considéré comme une tumeur venant s'appliquer contre la branche horizontale du pubis, et dans les observations que l'on m'a opposées, on ne voit rien de semblable.

M. HERVIEUX demande à répondre à M. A. Guérin dans la prochaine séance.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Blanche et pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les candidats aux deux places vacantes de correspondant de l'Académie dans la première division.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'amputation du membre supérieur dans la continuité du tronc (amputation interscapulo-thoracique), par M. Paul Berger (1).

C'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs classiques des notions étendues sur l'amputation totale du membre supérieur. Un silence à peu près complet a toujours régné sur cette question. Aussi, croirait-on volontiers que c'est là une opération bien exceptionnelle, sans règle opératoire connue et pour laquelle le chirurgien n'a qu'à subir les indications du moment et du cas particulier.

Il appartenait à M. Berger de nous faire revenir de cette erreur. Avec une scrupuleuse exactitude, il a fait une revue complète des cas, jusqu'alors épars dans la littérature médicale, et, remontant jusqu'aux sources de chaque observation, il est arrivé à cette conclusion consolante, c'est que cette intervention, si terrible en apparence, possède un manuel opératoire réglé d'avance dans ses principaux temps et, chose plus inattendue, qu'elle comporte un pronostic relativement favorable.

Ce n'est qu'après avoir rapporté et analysé les cinquante et un cas publiés que M. Berger étudie cette opération dans ses résultats, ses indications et son manuel opératoire.

Le fait le plus frappant qui se dégage de la lecture de cet ouvrage est certainement le peu de gravité que présente une mutilation aussi considérable, et les résultats immédiats sont fort encourageants; on n'a pour s'en convaincre qu'à lire les statistiques suivantes :

Pour les amputations pathologiques d'emblée, la mortalité est de 19,05 p. 100; elle est de 19,1 pour les amputations pathologiques consécutives, pour les cas traumatiques 1/3 des blessés ont succombé; mais il faut savoir que, dans certains de ces cas malheureux, la terminaison fatale a été la conséquence de lésions concomitantes, et de la situation désespérée du blessé au moment de l'intervention chirurgicale.

M. Berger étudie ensuite avec soin quelles peuvent être les causes de la mort — l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines, le shock opératoire, comme accidents immédiats, la septicémie comme accident consécutif.

En résumé, il reste acquis que l'amputation totale du membre supérieur se présente comme une opération peu grave dont la mortalité générale ne dépasse pas le cinquième des cas, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas celle des amputations de cuisse et qu'elle est fort inférieure à celle qu'entraîne la désarticulation de la hanche. Les résultats éloignés de l'opération, au point de vue des récidives, de la plastique et de la prothèse chirurgicale sont ensuite étudiés tout au long dans le chapitre suivant.

C'est avec regret que nous ne faisons qu'effleurer l'étude des indications chirurgicales, chapitre marqué au coin du sens clinique le plus pur. Nous ne pouvons qu'en indiquer ici les lignes principales qui doivent servir de guide à l'intervention. Voici les conclusions auxquelles arrive M. Berger.

Dans les *tumeurs de l'omoplate* nécessitant une intervention chirurgicale active, le choix n'est plus à faire qu'entre la résection de l'omoplate et l'amputation interscapulo-thoracique. Cette dernière intervention donne une mortalité bien supérieure à celle de la résection, mais elle se prête bien moins à la récidive, et surtout à la récidive locale.

En d'autres termes, la résection est le procédé de choix, mais elle doit faire place à l'ablation totale du membre, dans certains cas et par exemple :

1° Quand la tumeur entoure les vaisseaux axillaires ou qu'elle affecte avec eux des rapports intimes ;

2° Quand la tumeur englobe l'articulation de l'épaule et s'étend jusqu'à la partie supérieure du bras ;

3° En général, quand la tumeur a un volume excessif ;

4° D'une façon abolue quand la peau est envahie ou ulcérée ;

5° Ou quand les ganglions axillaires sont envahis.

Les contre-indications de l'amputation interscapulo-thoracique sont communes à l'ablation de toutes les tumeurs malignes, on peut les résumer en disant que, pour l'entreprendre, il faut être sûr de pouvoir enlever toute l'étendue du mal.

Les *tumeurs malignes de l'humérus* nécessitent l'amputation totale du membre quand la désarticulation de l'épaule est devenue insuffisante. Quant à l'amputation pathologique consécutive, en dehors de cas exceptionnels d'ostéite, elle est commandée par la récidive du mal, lorsqu'on peut tout enlever, et que l'état général du malade, la possibilité d'une généralisation, le développement de la tumeur en avant ou autour des vaisseaux, ne viennent pas contre-indiquer formellement l'intervention.

Dans les *lésions traumatiques*, ce sont surtout les arrachements du membre, plutôt que les coups de feu, les broiements par les machines, et les grands fracas du membre qui fournissent l'indication opératoire. L'ablation totale du membre supérieur est surtout requise, en effet, lorsque l'*étendue de la destruction des parties molles* met le chirurgien dans l'impossibilité de constituer un moignon suffisant pour la désarticulation de l'épaule.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson, éditeur.

C'est après avoir parcouru successivement toutes ces étapes, que l'auteur arrive à un des chapitres les plus originaux de son ouvrage, nous voulons parler de la description de l'acte opératoire lui-même.

Le choix des incisions cutanées qui règle d'ordinaire la détermination des procédés opératoires, n'a plus ici qu'un médiocre intérêt; la nécessité d'adopter la voie la plus rapide et la plus sûre, constitue une indication de premier ordre. C'est un point sur lequel insiste beaucoup M. Berger. D'ailleurs un remarquable succès, remporté par ce chirurgien à l'hôpital de la Charité, donne à ce chapitre une autorité toute particulière.

Mais, nous laissons la parole à l'auteur, qui, après avoir étudié les procédés de M. Chauvel, de Gross, de M. Chalot, ceux qui s'appliquent à certains cas particuliers, arrive au procédé de choix et résume ainsi les principaux temps de l'acte chirurgical :

« Qu'on ait à pratiquer l'amputation totale d'emblée, une amputation pathologique consécutive ou une amputation traumatique, *ce sera toujours par la paroi antérieure de l'aisselle que l'on attaquera l'interstice interscapulo-thoracique.* »

« La résection de la partie moyenne de la clavicule immédiatement suivie de la section entre deux ligatures de l'artère et de la veine sous-clavières, ou des vaisseaux axillaires au-dessus de l'origine de leurs branches collatérales, doit toujours constituer le premier acte de l'amputation et comme une sorte d'opération préliminaire. »

« Dans l'exécution des temps subséquents, il convient de sectionner d'abord les attaches musculaires antérieures du membre où la circulation artérielle est suspendue par la ligature de l'artère sous-clavière, de ne couper qu'en dernier lieu les attaches des muscles au bord supérieur et au bord spinal de l'omoplate, et les vaisseaux qui leur correspondent. »

Mais il ne faut pas oublier que, « à un membre profondément altéré dans sa forme et dans sa structure, il faut adapter les règles opératoires fondées sur sa morphologie et son anatomie normales ». C'est donc à l'opérateur avant tout de faire preuve d'un jugement sûr dans la déte[illegible]nation du plan chirurgical qu'il va suivre.

Manuel de trachéotomie, par M. le docteur Paul Renault (1).

Ce manuel est certainement un des livres les plus pratiques qui aient été écrits sur ce sujet; il fourmille de renseignements, il est rempli de ces mille détails, si importants, si indispensables pour le praticien et sans la connaissance desquels la réussite de la trachéotomie demeure bien incertaine.

Avec un style simple et précis à la fois, ce petit manuel étudie tout ce qui a trait à la trachéotomie; indications, procédés, manuel opératoire, suites de l'opération, soins de la canule, hygiène de l'opéré, tout y est bien et complètement passé en revue.

On ne peut que remercier MM. les docteurs Darier et Carron de la Carrière qui ont bien voulu revoir et publier le manuscrit de Renault.

A. Ricard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La quatrième épreuve du concours du prosectorat des hôpitaux de Paris — composition écrite — a eu lieu lundi dernier, à l'Hôtel-Dieu. La question donnée aux candidats a été : « Anatomie pathologique des angiômes. »

— Les dernières questions données aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux de Paris — épreuve orale d'anatomie — sont : 1° L'artère fémorale; 2° Muscles de la paroi abdominale antéro-latérale; 3° L'articulation tibio-tarsienne.

— Le concours pour la nomination à trente-cinq places de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est ouvert lundi dernier. Le nombre des candidats qui se sont présentés a été de 76 au lieu de 90 inscrits. Le sujet de la première épreuve (composition écrite) a été : « De la délivrance artificielle et de la conduite à tenir dans les différents cas. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les commissions des prix à décerner pour l'année scolaire 1886-1887, viennent d'être formées ainsi qu'il suit :

Prix Barbier. — Président : M. Panas; membres : MM. Duplay, Tarnier, Lannelongue et Gariel; suppléants : MM. Regnault et Le Fort.

Prix Chateauvillard. — Président : M. Ball; membres : MM. Dieulafoy, Guyon, Laboulbène et Charles Richet; suppléants : MM. Bouchard et Fournier.

Prix Corvisart. — Président : M. Germain Sée; membres : MM. Damaschino, Peter, Jaccoud et Potain; suppléants : MM. Charcot et Lannelongue.

Prix Jeunesse (Histologie). — Président : M. Charcot; membres : MM. Cornil, Grancher, Hayem et Mathias-Duval; Suppléants : MM. Damaschino et Proust.

Prix Jeunesse (Hygiène). — Président : M. Brouardel; membres : MM. Damaschino, Gautier, Proust et Tarnier; suppléants : MM. Dieulafoy et Hayem.

Prix des thèses. — Président : M. Germain Sée; membres : MM. Ball, Dieulafoy, Laboulbène, Le Fort, Mathias-Duval, Peter, Tarnier et Trélat; suppléants : MM. Cornil et Gariel.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Delplanque est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle. — M. Focken est maintenu dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

MM. les docteurs Carpentier et Curtis sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira, le 21 novembre 1887, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

M. Doumer, agrégé, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Charier est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Le ministre de la guerre a décidé que la convocation des engagés conditionnels, étudiants en médecine et en pharmacie, régulièrement inscrits pour recevoir l'application des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, sera ajournée.

En conséquence, les jeunes gens appartenant a cette catégorie recevront ultérieurement, conformément au paragraphe 7 de ladite circulaire, des ordres d'appel individuels, par les soins des commandants de recrutement.

Ceux qui auront pu déjà leur être adressés seront considérés comme annulés.

— Le ministre du commerce vient de décerner une médaille d'or à « l'École dentaire de Paris », ouverte en 1879 et dirigée par M. le docteur Th. David.

— M. le docteur Lacombe est nommé médecin-adjoint au lycée de Périgueux, en remplacement de M. le docteur Parrot, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Léger, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

— La « Smithsonian institution » nous fait part de la perte considérable qu'elle vient de faire en la personne de Spencer Fullerton Baid, LL. D., secrétaire de l'institution et directeur du Muséum national des États-Unis, cette perte sera vivement sentie dans le monde scientifique.

— M. Cuénot soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 11 novembre 1887, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Contribution à l'étude anatomique des astérides. »

— M. le docteur Campenon, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, le jeudi 10 novembre 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même h[illegible]

(1) Un vol. Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Il traitera des fractures, des luxations, des maladies des os, des articulations, des vaisseaux et des nerfs.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera ses leçons de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 11 novembre 1887, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure. Le mardi les leçons se feront au lit des malades; le vendredi elles auront lieu à l'amphithéâtre à dix heures du matin.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, le vendredi 11 novembre 1887, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de médecine de l'hôpital Necker, et le continuera les mercredis et les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Troisier, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne, le vendredi 11 novembre 1887, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des maladies générales et des fièvres.

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique le vendredi 11 novembre 1887 à cinq heures du soir, à la Faculté de médecine, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis et les vendredis suivants à la même heure dans le dit amphithéâtre, tandis que le mercredi les leçons auront lieu à l'École pratique, à une heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au 2e étage. Le cours aura pour objet : l'anatomie pathologique générale (altérations des cellules, inflammations, mortifications, dégénérescences, néoplasmes, parasites végétaux (bactéries) et animaux); les lésions des os et des articulations.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera, à l'École pratique, un cours sur les affections de l'urèthre et de la prostate, le vendredi 11 novembre 1887, à cinq heures et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Budin, agrégé, commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 12 novembre 1887, à neuf heures du matin, à la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. — La visite des malades aura lieu tous les matins, à huit heures et demie du matin.

— M. Péan reprendra ses leçons cliniques et ses opérations, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 12 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de pathologie interne, le samedi 12 novembre 1887, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, les jeudis et les samedis suivants à la même heure. Il traitera cette année des maladies de l'appareil digestif.

— M. le docteur Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ses conférences d'histoire naturelle médicale, le samedi 12 novembre 1887, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il traitera du parasitisme en général et du parasitisme végétal en particulier.

— M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire, le samedi 12 novembre 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il s'occupera, cette année, du traitement des maladies des organes génitaux et urinaires, chez l'homme et chez la femme, et des opérations qui se pratiquent sur ces organes.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales (pathologie mentale et maladies de l'encéphale), à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, le dimanche 13 novembre 1887, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

— M. le professeur Lannelongue commencera son cours de pathologie chirurgicale, le lundi 14 novembre 1887, à trois heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il s'occupera, cette année, de la chirurgie de la tête (face, crâne et encéphale).

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons, sur les maladies des femmes, à la clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 14 novembre, à une heure. — Examen des malades tous les lundis à la même heure.

— M. le docteur Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie, le lundi 14 novembre 1887, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours aura pour objet : l'anatomie des régions; les membres.

— M. le docteur P. Regnier, agrégé, commencera ses conférences de physiologie le mardi 15 novembre 1887, à trois heures de l'après-midi dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Les sujets traités dans ces conférences seront : la digestion (absorption, sécrétion et nutrition) et la circulation.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours de médecine opératoire oculaire, le lundi 14 novembre 1887, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les élèves seront exercés aux opérations.

— M. le docteur Fournel ouvrira un nouveau cours d'accouchements, en quarante leçons, le lundi 14 novembre 1887, à huit heures du soir, rue Suger, 4.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 15 novembre à cinq heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Pozzi, agrégé libre, commencera un cours de gynécologie, le mardi 15 novembre 1887 (petit amphithéâtre de la Faculté), à six heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : « Maladies des organes génitaux de la femme. »

— M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 16 novembre, à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation tous les samedis.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale, le mercredi 16 novembre 1887, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Charité. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant : les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations, à dix heures du matin; les lundis, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures du matin.

— M. le docteur Legroux, agrégé libre, commencera son cours de pathologie interne, le mercredi 16 novembre 1887, à huit heures et demie du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis suivants à la même heure. Le programme du cours comprendra l'étiologie, la pathogénie, les signes, le traitement et la prophylaxie des maladies principales de l'enfance.

— M. le docteur Doléris commencera, 12, rue de Navarre, un cours de gynécologie, le mercredi 16 novembre, à trois heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21895

21

ENVOI D'ÉCHANTILLONS

PANCRÉATINE DEFRESNE

Expérimentée et adoptée officiellement par la Marine française et les Hôpitaux de Paris.

La **PANCRÉATINE** *est le digestif le plus puissant et le plus complet, puisqu'elle transforme simultanément : 30 gr. albumine, — 11 gr. corps gras, — 10 gr. amidon.*

La forme sous laquelle la **Pancréatine** doit être administrée n'est pas indifférente :

Si l'on veut agir sur la digestion en cours, la **PANCRÉATINE DEFRESNE** *doit être administrée à la fin des repas, sous forme de* **PILULES** *enrobées de cire et de sucre.*

Ces pilules se dissolvent trois heures plus tard au milieu du chyme qui ne contient alors que des acides organiques dont la **Pancréatine** n'a rien à redouter. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, t. LXXXIX, 1879.)

S l'on veut agir sur les glandes et activer les isécrétions salivaire et pancréatique, la **PANCRÉATINE** *doit être administrée au commencement des repas à l'état de* **POUDRE :**

Elle tombe alors au milieu du suc gastrique pur qui contient de l'acide chlorhydrique; dans ce cas, la **Pancréatine** est absorbée « in situ »; elle passe dans la circulation à l'état de zymogène qui devient, dans le foie, une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon, et, dans la rate une zymase qui, transmise au pancréas, double l'activité du suc pancréatique. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, 3 mai 1886.)

En outre de ces considérations théoriques, les observations cliniques de M. le professeur Potain et celles de M. H. Huchard autorisent certainement le praticien à recourir à la **Pancréatine** dans les dyspepsies en général, et dans la dyspepsie en particulier :

Doses :

2 à 4 cuillerettes de Pancréatine Defresne.
3 à 5 pilules de Pancréatine Defresnes.
Dépôt : 2, rue des Lombards, et toutes ph^ies^.

36

DRAGÉES de T. GRAS

à l'**huile** de foie **Morue phosphatée.**

Phthisie, Scrofule, Anémie, Débilité.

6 *dragées* contiennent 0gr,60 *de phosphate de chaux.* — **Plus efficaces** que l'**Huile** de foie de **Morue seule.** — *Assimilation complète.*

Ph^ie^ T. Gras, 9, r. Le Peletier, Paris.

24

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie^ Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Grez, Ph^ien^ laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

62

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros chez tous les droguistes.

69

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu Beslier.**

			Diamètre
Petit modèle.	(n° 1)	p^r^ enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(n° 2)	p^r^ enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(n° 3)	p^r^ adultes :	12 cent.
Grand modèle supér^r^.	(n° 4)	p^r^ adultes :	15c 1/2
Grand modèle supér^r^.	(n° 5)	p^r^ adultes :	20 cent.
Grand modèle extra supér^r^.	(n° 6)	p^r^ adultes :	25 c.
Grand modèle extra supér^r^.	(n° 7)	p^r^ adultes :	25 c.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. Beslier, 13, *rue Sévigné, Paris* (*anciennement* 40, *rue des Blancs-Manteaux.*)

Nota. — Avoir soin de désigner chaque appareil par son numéro d'ordre.

111

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (ferro-arsenicale), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res^, 16, r. Parc-Royal, Paris et ph^ies^.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau. **2 fr. 50**

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.* **1 fr.**

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

10

SOLUTION TROUETTE-PERRET

à la **PAPAÏNE** *contre le* **CROUP**

Solution extrêmement concentrée, dissolvant les fausses membranes. Un badigeonnage toutes les demi-heures au moyen d'un pinceau; sans danger pour le malade, au cas où il en avalerait. — Se trouve dans toutes les ph^ies^.

Gros : E. Mazier, 264, boul. Voltaire, Paris.

7

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive Bouchardat. »

Paris, ph^ie^ G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

19

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Ph^ie^ **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

22

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite.*

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. Houdé, Paris, r. f^g^ St-Denis 42, et ph^ies^.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

23

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt gén^al^ : Ph^ie^ Centrale, f^g^ Montmartre Paris

N° 137. — MARDI 15 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 15 NOVEMBRE 1887. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Examen des inculpés du crime de viol; examen des taches de sperme.

Nous avons à peu près terminé l'étude de ce qui a trait au viol et il ne nous reste plus à examiner que deux questions relatives à l'expertise, qui ne nous arrêteront pas longtemps.

Au point de vue de l'examen de l'inculpé, il peut arriver que la victime indique des signes spéciaux, certains stigmates qui permettent d'affirmer l'identité : par exemple, la présence sur le corps d'une tumeur érectile en forme de fraise. Dans un cas rapporté par Tardieu, la petite fille avait remarqué, chez celui qui l'avait violée, une raie verticale séparant en deux les poils du pubis, roulés en boucles. La vérification de ce fait a certainement été une des charges les plus accablantes contre l'accusé.

Quelles sont maintenant les excuses que les inculpés invoquent le plus volontiers pour leur défense? Ils disent quelquefois qu'ils n'ont pas eu conscience de leurs actes. Or, un homme peut-il avoir des rapports sexuels à son insu? Je veux bien que, dans les familles pauvres, sous l'influence d'une promiscuité excessive, des attentats aient pu se commettre dans l'état de sommeil. Néanmoins, ces faits sont tellement exceptionnels que nous ne devons pas les admettre en principe.

Des inculpés allèguent aussi leur impuissance. Il est très difficile de se prononcer sur l'âge limite de la virilité : il varie infiniment avec les individus. Quant au phimosis, à la hernie inguinale, à l'hypospadias, etc., tout cela n'a pas de valeur sérieuse comme obstacle absolu au coït. Enfin, une des maladies encore invoquées est le diabète, qui a réellement pour effet d'entraîner presque toujours l'impuissance. Mais je vous engage, lorsque vous ferez votre analyse, à faire uriner les individus inculpés devant vous. Vous savez qu'il n'est pas rare d'être induit en erreur, à l'hôpital, par des gens qui ont soin de mettre dans leurs urines du *sucre de raisin* et non du sucre de canne qui serait facile à reconnaître.

La dernière épreuve de l'expertise, qui n'est pas la moins importante, consiste dans la recherche des taches de sperme sur les vêtements de la victime ou de l'inculpé. Il est d'usage que le commissaire de police saisisse immédiatement leurs chemises. Vous comprenez qu'il peut y avoir un réel intérêt à constater la concomitance des taches de sperme et de sang sur ces vêtements. Mais il est évident que, si on ne trouve que du sperme sur la chemise de l'inculpé, il n'y a rien à en tirer.

Il faut connaître l'aspect des taches de sperme sur les différents tissus : il n'est pas le même sur un tapis, une chemise, du velours, etc. Ne croyez pas, en effet, qu'on n'en rencontre que sur le pan antérieur de la chemise. Dans certaines expertises, on en a trouvé sur un fichu, un bonnet, une manche de robe, un mouchoir, sur le parquet, partout.

Sur le linge ordinaire, l'aspect habituel d'une tache de sperme est, selon l'expression consacrée, celui d'une *carte de géographie* teintée en gris, à contours sinueux et légèrement jaunâtres. Mais on trouve aussi de petites taches presque rondes, provenant d'une goutte essuyée à l'extrémité du gland. Lorsque du sperme tombe sur du velours et que ce velours n'est pas trop rapé, il reste le plus souvent étendu sur la pointe des fils de velours, et alors, en les coupant ou en les rasant, on obtient le sperme presque intact, sous la forme de petites écailles.

Il est bon que vous soyez prévenus que les taches de sperme peuvent être confondues, à première vue, avec des taches provenant d'un écoulement leucorrhéique.

Dans l'expertise, vous devez toujours commencer par vous préoccuper de rechercher des traces de sperme soit à la surface du corps, sur la peau du ventre, des cuisses, etc., soit dans les réservoirs muqueux, tels que le vagin et le rectum. Dans une affaire où un homme de trente-deux ans était accusé d'avoir défloré une petite fille après l'avoir grisée, j'ai trouvé une énorme tache de sperme sur le pubis de l'enfant. Dans ce cas, il suffit de faire tomber les écailles sur un verre de montre, pour les examiner au microscope. Dans les muqueuses, où le sperme ne se reconnaît pas à l'œil nu, il faut racler les parties avec la pointe d'un scalpel, ou essuyer les mucosités avec un linge entortillé autour d'un morceau de bois.

Lorsqu'on est en présence d'une chemise, la première chose à faire c'est de s'orienter un peu au milieu de toutes les taches qu'on trouve et d'en faire une espèce de topographie. Le médecin expert, vous l'apprendrez vite, ne travaille pas, en général, sur le linge propre. Il y a quelquefois

200 taches sur une même chemise et 10 ou 15 seulement sont suspectes. Vous verrez qu'il y a là des difficultés réelles inhérentes aux conditions accessoires de l'expertise. C'est pourquoi, pour procéder avec méthode, je vous conseille, après avoir retourné la chemise sous toutes ses faces, d'entourer chacune des taches que vous comptez examiner, d'un cercle avec un numéro spécial, au crayon dermographique.

Je passe à l'examen micrographique, le seul sérieux. On trouve dans le sperme différents éléments figurés parmi lesquels le spermatozoïde est absolument probant. Mais ne vous contentez pas de voir une tête; vous ne pouvez vous montrer affirmatifs, que lorsque vous avez vu un corpuscule entier. Je vous rappelle que la tête, aplatie et piriforme, mesure environ $0^{mm},002$ d'épaisseur, $0^{mm},005$ de long et $0^{mm},003$ de large; la queue a à peu près $0^{mm},050$.

Un des points les plus importants à constater est la persistance des mouvements ondulatoires. On ne les obtient plus généralement avec une tache desséchée depuis huit ou dix jours. Cependant, dans le vagin ou le rectum, ils peuvent rester vivants bien plus longtemps. On fait actuellement des recherches dans ce sens au laboratoire de toxicologie de la Faculté de médecine de Paris, qui sembleraient démontrer que des spermatozoïdes peuvent être encore animés de mouvements, un mois après l'émission du sperme.

On rencontre dans le sperme plusieurs autres éléments : des cellules épithéliales pavimenteuses qui viennent de la muqueuse de l'urèthre, des cellules épithéliales cylindriques avec ou sans cils vibratiles venant de l'épididyme, des vésicules séminales, etc., des cristaux de phosphate de chaux, des globules blancs et quelquefois des hématies. Quant aux spermatozoïdes, j'ajouterai ce qu'il est bon de savoir, que, dans une tache de sperme desséchée sur du linge, ils sont le plus souvent réunis en paquet au même endroit, lorsqu'il y en a plusieurs, plutôt à la périphérie qu'au centre.

Outre ces parties constituantes du sperme, il y a encore d'autres éléments figurés dont il faut savoir faire le départ, pour ne pas les confondre avec des spermatozoïdes : ce sont des filaments très fins, des grains d'amidon provenant du linge, des spores de champignons, etc.

Au point de vue technique, permettez-moi quelques conseils. Lorsque la tache est restée à la surface de l'étoffe, sous forme de petites écailles foliacées, prenez-les avec la pointe d'un scalpel et déposez-les sur un verre de montre. C'est le procédé le plus sûr. Mais lorsque le linge a été imprégné, comme cela arrive presque toujours, le moyen le plus simple est de l'imbiber par capillarité, c'est-à-dire en faisant tremper dans l'eau la partie du linge qui est audessous de la tache et non la tache elle-même. C'est quelquefois très difficile et très long, quand le linge est gras. Ceci fait, on racle la tache et on porte ce qu'on enlève sur la lame du microscope. C'est un examen qui exige beaucoup de soin et de patience. Il faut quelquefois attendre plusieurs heures avant de découvrir un seul spermatozoïde. Si le raclage n'en a pas donné, on doit effilocher, dilacérer l'étoffe fibre à fibre.

On emploie un grossissement de 500 diamètres environ et il importe de changer souvent l'éclairage, en variant la position du miroir. Les spermatozoïdes sont assez transparents pour que les rayons d'une lumière vive les traversent, de sorte qu'il serait impossible de les voir. On peut les colorer avec différents réactifs. Roussin a indiqué l'iode dissous dans l'eau à l'aide de l'iodure de potassium, qui teint les têtes en rouge. On a parlé aussi du carmin. En somme, ces procédés n'offrent pas un très grand avantage.

Les causes d'erreur sont nombreuses dans l'expertise. Vous pouvez prendre notamment une tache blennorrhagique, voire même un crachat pour du sperme : dans la muqueuse uréthrale, les cils vibratiles des cellules sont beaucoup plus longs que dans la trachée. Mais surtout, ne concluez jamais avant d'avoir vu l'élément vrai, le seul caractéristique, le spermatozoïde.

L'examen des taches de sperme peut être utilisé à plusieurs points de vue, en matière criminelle, et il présente quelquefois des particularités remarquables. Dans une affaire d'assassinat, on avait saisi chez la victime une serviette tachée de sperme et il s'agissait de savoir si le rapport sexuel avait eu lieu avant ou après le meurtre. Or, il me fut facile d'affirmer que le sperme avait été craché sur la serviette, car je trouvai au microscope des cellules épithéliales de la trachée et des grains de tabac à priser. La nature du rapport mi-sexuel n'était donc pas douteuse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Pneumonie congestive et pneumonie franche; broncho-pneumonie double; bronchite capillaire.

Je vais aujourd'hui vous parler de malades atteints d'affections aiguës de la poitrine, intéressants surtout au point de vue du diagnostic différentiel.

Le premier est un homme de vingt-sept ans, couché au lit n° 23 de la salle Sainte-Anne. Cet homme a toujours joui d'une bonne santé; il n'a aucun antécédent héréditaire; et, dans ses antécédents personnels nous ne relevons qu'une première maladie, une affection de poitrine, comme celle qu'il présente aujourd'hui, une pneumonie, au printemps de l'année 1880.

Quant à l'affection dont il est actuellement atteint, le début en remonte à cinq jours, au 28 du mois dernier. Ce jour-là, il a éprouvé, vers la fin de la journée, un refroidissement, et dès onze heures du soir il a eu son premier frisson, des vomissements, et a ressenti un point de côté à gauche. Trente-six heures plus tard, le 30 au matin, on l'a amené à l'hôpital.

Dès son arrivée dans la salle, nous avons constaté un pouls fréquent, la peau chaude, la langue blanche, une expectoration de crachats un peu aérés, légèrement colorés, présentant ce qu'on appelle la teinte fleur de pêcher; de plus, dans la fosse sous-épineuse du côté gauche, de la matité, un souffle tubaire *sans râles* descendant, en s'éteignant peu à peu, jusqu'à la partie inférieure de la poitrine, où il existe de la bronchophonie. Dans le côté droit de la poitrine, la sonorité est normale, la respiration puérile, comme il arrive toujours en pareils cas.

En résumé donc, notre diagnostic est celui de pneumonie du sommet gauche, avec cette particularité que la maladie, au bout de trente-six heures seulement, est déjà parvenue au second degré.

Si la pneumonie lobaire, comme vous le savez, commence par une fluxion pulmonaire avec matité, râles crépitants se produisant par bouffées à l'expiration, il faut se rappeler aussi que, à côté d'elle, on peut rencontrer certaine forme de pneumonie, dans laquelle la symptomatologie est différente, c'est-à-dire où, dès le début, et pour ainsi dire d'emblée,

on constate l'existence d'un souffle, sans râles et s'entendant à la racine des bronches, dans la fosse sous-épineuse, surtout à sa partie la plus interne. Parfois aussi, c'est à la base que ce souffle est perçu. Cependant, la matité n'est pas ordinairement aussi profonde que chez notre malade, elle est bien plutôt représentée par de la submatité.

Mais en quoi donc ces phénomènes diffèrent-ils de ceux de la pneumonie commune? C'est ce que nous allons étudier, bien que leur constatation ne soit pas toujours très facile, car si la maladie ne présente aucune complication, elle se termine par la guérison; de là pas d'autopsie, partant nous ignorons l'anatomie pathologique de cette forme de pneumonie.

Or, ce qui se passe dans le poumon, c'est que le souffle tubaire et la matité perçus, dès au bout de trente-six heures comme chez notre malade, persistent un temps des plus variables, plus ou moins long, tantôt pendant sept ou huit jours, tandis que, dans certains cas, dès le quatrième jour il n'y a plus rien. L'évolution de la maladie est donc, je le répète, des plus variables.

En effet, si l'affection reste simple, le souffle ainsi que la matité s'éteignent peu à peu, sans aucun râle crépitant de retour, et si vous percevez chez ces malades, parfois, quelques râles crépitants, ce ne sont nullement des râles de retour, comme dans la pneumonie ordinaire. Ce sont des râles à bulles très fines, superficielles, multipliées, râles dont le bruit a été comparé à celui du froissement des cheveux. J'ajouterai qu'on les rencontre aussi quelquefois dans certains cas de *pleurite* ou de pleurésie sèche, où on leur a donné le nom de crépitation pleurale, quoique le bruit se passe, en réalité, dans les vésicules pulmonaires, car bien que les bruits de frottement soient très variables comme forme dans la *pleurésie*, aucun d'eux ne présente la moindre ressemblance avec cette crépitation pleurale. De plus, celle-ci est bornée à l'inspiration et ne s'entend pas dans l'expiration. C'est là un caractère de crépitation pleurale sur lequel il est bon d'insister.

Ces râles crépitants, tout à fait particuliers, se passent donc dans le poumon, dans ses vésicules les plus superficielles, c'est-à-dire dans les vésicules immédiatement sous-pleurales, et se rencontrent surtout dans les affections pulmonaires compliquées de pleurite.

J'ai cru devoir insister sur ces bruits, en raison de l'intérêt considérable qu'ils présentent au point de vue du diagnostic différentiel des deux formes de pneumonie: la pneumonie lobaire ordinaire et la pneumonie congestive ou spléno-pneumonie.

Cette seconde forme, qui est celle que nous observons chez notre malade, peut se rencontrer isolément, donnant lieu à une expectoration de crachats incolores, puis en masse, légèrement visqueux comme une solution gommeuse, contenant à peine quelques bulles d'air, parfois striés de très minces filets de sang, distincts absolument, par conséquent, des crachats habituels de la pneumonie ordinaire que vous connaissez bien.

Quelquefois, cette seconde forme est associée, non pas à une pleurite, mais à une pleurésie véritable et alors vous avez une pleuropneumonie; quelquefois aussi elle s'associe à la pneumonie franche, c'est-à-dire que vous avez un noyau central de pneumonie franche, marchant à l'hépatisation et évoluant comme la pneumonie ordinaire, entouré d'une zone de pneumonie congestive avec tous ses caractères particuliers, de sorte que vous avez à la fois, selon la zone que vous examinez, les signes de l'une et l'autre pneumonie. C'est ainsi, d'ailleurs, que la pneumonie congestive prépare le champ à la pneumonie vraie en favorisant l'extension du noyau qui peut alors envahir la zone congestive. Dans ces conditions, l'expectoration se trouve modifiée, par une prédominance des crachats colorés sur les crachats incolores. C'est, du reste, ce qui est arrivé chez notre malade, où la complication que je viens d'indiquer s'est produite; chez lui, l'expectoration présente une teinte de rouille, nous montrant ainsi que sa pneumonie congestive du début s'est transformée en pneumonie ordinaire.

Nous devons aussi ajouter que, dans la première, il y a affaissement des vésicules pulmonaires sans production d'exsudat fibrineux comme dans la pneumonie ordinaire. L'expectoration est identique à celle des malades auxquels on a fait la thoracentèse, c'est-à-dire caractérisée par des crachats albumineux venant des bronches et non des vésicules pulmonaires.

En résumé, lorsque la pneumonie, dite congestive, est surajoutée de pneumonie franche ordinaire, vous avez une expectoration présentant le mélange des crachats de l'une et l'autre affection, mais jamais les crachats de la pneumonie suppurée. C'est cette double forme dont notre malade est atteint, c'est-à-dire d'une pneumonie congestive avec hépatisation centrale de pneumonie ordinaire; mais, je m'empresse d'ajouter : sans que cette dernière ait pris encore une grande extension.

Le pronostic n'en est pas grave, comme d'aucuns pourraient le craindre ; notre malade en est une preuve, car son état général paraît s'améliorer.

Le traitement que nous avons employé consiste dans l'application de ventouses scarifiées et de vésicatoires, et dans l'administration de toniques (alcool, etc.) et d'une potion contenant un peu de kermès. Du reste, toutes les fois que, en pareils cas, les phénomènes congestifs prédominent, il faut avoir recours aux émissions sanguines, surtout si l'on a affaire à des sujets vigoureux.

Le second malade est celui qui est couché au n° 5 de la salle Sainte-Anne. C'est un homme atteint aussi de pneumonie, dont les symptômes ne sont pas très différents de ceux du malade que je viens d'étudier, et cependant, dès le début, nous avons émis un pronostic grave. Pourquoi? Parce que, chez lui, nous trouvons une bronchopneumonie double, parce que les deux côtés de la poitrine sont le siège d'une fluxion pulmonaire très intense, avec des râles fins dans les deux temps, râles de bronchite des petites bronches. Chez lui, la température est à 39°6, le pouls à 104, et la respiration très fréquente. Or, autant la pneumonie congestive est bénigne, autant la pneumonie franche a de chances de guérir, autant, par contre, la bronchopneumonie est toujours grave. C'est une maladie assez exceptionnelle, il est vrai, chez l'adulte, tandis qu'elle est fréquente chez les enfants, où elle est souvent secondaire de quelque affection éruptive (rougeole, variole), de quelque diphthérite, et parfois aussi de la fièvre typhoïde. Elle est alors le plus souvent de nature hypostatique.

Chez notre malade, l'affection résultant d'un refroidissement après qu'il eût été exposé à une pluie froide de longue durée, et qui a débuté dès le lendemain par un frisson, etc., ne serait-elle pas secondaire de quelque tuberculose. J'avoue que le diagnostic différentiel de la pneumonie primitive d'avec la pneumonie secondaire est très difficile. Ses antécédents ne sont pas très précis, nous savons seulement que

son frère a eu une pleurésie avec épanchement considérable dont il s'est difficilement remis. Lui-même est maigre et quelque peu chétif; cependant, l'ensemble qu'il présente n'est pas suffisant pour nous prononcer.

Quant au troisième malade, il s'agit d'une femme entrée dans le service, avec une bronchite aiguë, aujourd'hui capillaire, à râles très fins et secs dans les deux temps, en même temps qu'il y a de la bronchopneumonie avec respiration soufflante, râles durs. Ici, la situation est d'autant plus grave, que depuis deux mois déjà son état est suspect, que depuis cette époque elle a beaucoup maigri, l'appétit peu à peu s'est perdu. Quant à l'affection aiguë qu'elle présente aujourd'hui, elle remonte à six jours; elle a débuté sans cause apparente, sans refroidissement, par un point de côté, par de la fièvre. Cependant, l'examen des deux sommets ne nous révèle rien de bien caractéristique encore. De là l'impossibilité, quant à présent, de déclarer qu'il s'agit d'un état aigu enté sur une tuberculose primitive, ou mieux qu'il s'agit d'une tuberculose aiguë granuleuse.

CONTRIBUTION
AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ONGLE INCARNÉ

par M. le docteur Pomarel.

La *Gazette des hôpitaux* a récemment publié deux articles sur la cure de l'ongle incarné, le premier indiquait un traitement médical, le second exposait divers procédés opératoires : cela m'a donné l'idée de publier celui que j'emploie depuis plus de vingt-cinq ans. Mon objectif est de respecter l'ongle et de ne pas y toucher. Je procède de la manière qui suit : supposons que l'ongle soit incarné au côté interne, c'est-à-dire au bord libre du gros orteil. La phalange unguéale est d'abord insensibilisée par des pulvérisations d'éther, aussitôt après, un bistouri est plongé un peu au-dessus de la naissance de l'ongle, dirigé obliquement de dedans en dehors, de haut en bas et d'arrière en avant, de façon à aller sortir au-dessous de la phalange, taillant un lambeau ménagé de manière à laisser entre l'ongle et ce lambeau toute la partie charnue dans laquelle l'ongle est plongé, cette portion de chair est ensuite prise entre les mors d'une pince et enlevée par une incision allant rejoindre l'origine de la première. C'est l'affaire de quelques secondes pour l'accomplissement de ces deux temps de l'opération. La phalange unguéale se trouve alors débarrassée de sa partie incarnée et ulcérée, le lambeau, s'il a été bien calculé, s'applique de façon que son bord supérieur vient affronter le bord interne de l'ongle, qu'il affleure seulement et laisse parfaitement libre et dégagé, le lambeau recouvrant la plaie.

Le pansement est des plus simples : après avoir attendu que l'hémorrhagie soit arrêtée, une petite bandelette de diachylum rapproche et maintient le lambeau, l'orteil est enveloppé avec de l'ouate et de la gaze antiseptiques, une peau de gant est cousue par-dessus, l'appareil reste en place de dix à quinze jours, pendant lesquels le malade peut marcher plus facilement qu'avant d'être opéré ; au bout de ce temps, la cicatrisation est ordinairement faite par première intention.

Ce procédé m'a réussi dans un grand nombre de cas, je n'ai pas eu de récidives; je le crois plus facile, plus expéditif et moins douloureux que ceux qui consistent à arracher l'ongle en entier ou en partie, ou à le détruire par la cautérisation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1887. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATION

De la tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — M. MERKLEN fait une communication sur ce sujet. Il commence par faire connaître l'observation qui en est le point de départ.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'accidents dyspnéiques et de palpitations. Il présentait à son entrée à l'hôpital l'apparence d'un cardiaque asystolique. Le pouls était tellement fréquent et petit qu'il était incomptable. Au cœur 160 battements réguliers, forts, pas de souffle. Ce malade fut soumis à la digitale et au bromure de potassium qui ne donnèrent aucun résultat. Les crises augmentant dès le lendemain, on fut obligé de recourir aux injections sous-cutanées de spartéine, les accès de dyspnée continuèrent ; on essaya la teinture de digitaline, rien n'y fit. Le pouls resta fréquent. Il survint une petite congestion pulmonaire aiguë. Il parut y avoir, dans les troubles cardiaques, un peu de rémission, puis le malade mourut subitement.

A l'autopsie, le cœur était dilaté, la cavité droite contenait des caillots anciens. Aucune trace d'endocardite. L'examen du médiastin fit découvrir une adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse. La masse ganglionnaire est traversée par le nerf pneumogastrique. Il s'agissait, en résumé, d'une paralysie du nerf vague par compression de ce nerf. L'adénopathie tuberculeuse était primitive.

M. Merklen rapproche de ce fait celui d'une jeune fille de quinze ans, qu'il a vue avec M. Labric, et qui a été atteinte de tachycardie dans le cours d'une coqueluche. Dans cette affection, la tachycardie peut être également causée par la compression du pneumogastrique par des ganglions bronchiques hypertrophiés.

M. BARIER a vu récemment un malade atteint de cancer primitif de la plèvre, qui a présenté une fréquence excessive des battements du cœur. A l'autopsie, il trouva deux ganglions bronchiques qui enserraient le pneumogastrique.

M. RENDU a vu un malade atteint de cancer primitif de l'œsophage qui a présenté ces symptômes de tachycardie. A l'autopsie, on trouve le pneumogastrique comprimé par des ganglions. Il ne faudrait pas en conclure que chaque fois qu'il existe de l'adénopathie trachéo-bronchique enserrant le pneumogastrique, il s'ensuit fatalement qu'il y ait de la tachycardie. M. Rendu cite l'exemple de plusieurs enfants qui ont eu de l'adéno-trachéo-bronchite sans ce phénomène.

M. MERKLEN croit qu'il faut une compression assez énergique du pneumogastrique pour en amener la paralysie.

M. LABBÉ cite plusieurs cas de cancer du médiastin, ayant donné lieu à ce phénomène de tachycardie.

LECTURE

M. ANDRÉ PETIT communique une observation de ganglion sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer utérin (comm. MM. Bucquoy et Troisier).

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

I

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira, le lundi 26 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission à seize emplois de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être né ou naturalisé français ; 2° avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1887 ; 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de major de deuxième classe au moins ; 4° souscrire l'engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur une question de pathologie générale ; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie ; 3° un examen clinique de deux malades.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la guerre (bureau des hôpitaux), avant le 15 décembre prochain.

Ces pièces sont : acte de naissance, revêtu des formalités prescrites par la loi ; diplôme de docteur en médecine ou, à défaut, certificat de réception au doctorat (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; certificat d'aptitude au service militaire ; engagement de dix ans ; certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat, au point de vue du service militaire ; indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 2 800 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement. Les stagiaires, qui ont satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe, ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité de première mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire avant d'avoir accompli l'engagement de dix ans.

II

Rapport au Président de la République française.

Monsieur le Président,

La situation militaire des membres du corps de santé étant la même, au point de vue de l'avancement, que celle des autres officiers ; d'autre part, les nécessités du service exigeant que les médecins de l'armée possèdent une activité et une vigueur égales à celles des officiers des corps de troupe, qu'ils accompagnent partout, en temps de paix comme en campagne, il semble indispensable que la limite d'âge, pour la retraite, soit la même pour les uns que pour les autres.

Cependant, si le médecin inspecteur général, les inspecteurs et les principaux de première classe, sont respectivement retraités au même âge que les officiers généraux et les colonels, les principaux de deuxième classe, les majors et aides-majors de première et de deuxième classe, sont mis à la retraite à un âge différent de celui des officiers dont ils ont la correspondance de grade.

Cette différence du temps d'activité ne répond pas aux besoins réels du service, elle nuit à l'émulation générale, elle retarde d'autant l'avancement d'un certain nombre d'officiers qui seraient très dignes d'arriver aux grades supérieurs.

Sans doute, quelques anciens serviteurs perdraient, par les fixations nouvelles, des chances ultimes d'avancement, mais il sera possible, à la faveur d'une disposition transitoire, de ménager les droits acquis, pour ceux qui sont actuellement inscrits au tableau d'avancement pour le grade supérieur.

C'est dans ces vues que j'ai l'honneur de vous prier, monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint, qui a pour but, tout en sauvegardant de légitimes intérêts, d'imposer aux membres du corps de santé militaire la même limite d'âge, pour la retraite, que celle fixée pour les officiers des différentes armes.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement,

Le ministre de la guerre,
Gal Ferron.

DÉCRET

Le Président de la République française,

Vu le décret du 23 mars 1852, la décision impériale du 29 juin 1863, la loi du 16 mars 1882 ;

Sur la proposition du ministre de la guerre,

Décrète :

Article premier. — Les médecins et pharmaciens militaires, réunissant les conditions réglementaires pour l'obtention de leur pension de retraite, à titre d'ancienneté de service, seront admis, d'office, à la retraite, quand ils auront atteint les limites d'âge fixées pour les officiers des corps de troupe de toutes armes dont ils ont la correspondance de grade.

Art. 2. — Les médecins et pharmaciens militaires, actuellement inscrits au tableau d'avancement, seront maintenus en activité jusqu'à leur promotion au grade supérieur.

Art. 3. — Toutes dispositions antérieures, contraires à la teneur du présent décret, sont et demeurent abrogées.

Art. 4. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 11 novembre 1887.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :
Le ministre de la guerre,
Gal Ferron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Danion.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hirtz et Séglas, médecins des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Périer.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Picqué, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Auvard, chirurgien-accoucheur des hôpitaux de Paris.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Jullien, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Schwartz, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Laugier, préparateur de chimie au laboratoire des hautes études au Muséum.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Denoix.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Desbrosse et Biot ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Pauffard, professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Ménard, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lacombe et Mirabel ; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Raymondaud et Dérignac, professeurs à l'École de médecine de Limoges.

Brigade d'occupation de Tunisie. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Arnaud, médecin des hôpitaux de Marseille.

— Par décret, en date du 11 novembre 1887, M. Damien, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Lille.

— Par décision ministérielle, en date du 11 novembre 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chenet, pour la poudrerie du Bouchet; Spire, pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse.

M. le médecin aide-major de première classe, Prost-Maréchal, pour le 134e d'infanterie.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Miraillié, Neveu, Chaillous, Gendron, Guépin, Bichon et Morin.

Internes provisoires : M. du Bouays du Couësbouc, Sureau et Joüon.

Externes : MM. Sourdille, Leray, Redureau, Chevalier, Neveu-Dérotrie, Briton, Jeulin, Tulasne, Bellouard, Gouraud, Perrault, Brianceau, Renoul et Brindeau.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : premier prix, M. Allaire; deuxième prix, M. Brindeau ; accessits, MM. Bellouard, Briton et Renoul. — Deuxième année : prix, M. Guépin. — Troisième année : premier prix, M. Jeulin; deuxième prix, M. Dauly; troisième prix, M. Voyer. — Quatrième année : prix, M. Valentin.

Prix de clinique : premier prix, M. Monnier; deuxième prix, M. Cheneau; troisième prix, M. Guibert. — Prix d'examen : M. Dauly.

Pharmacie. — Première année : premier prix, *ex æquo*, MM. Tripot et Meneux. — Deuxième année : premier prix, M. Bomet; deuxième prix, M. Barge; troisième prix, *ex æquo*, MM. Perron et Lespinasse; accessits, MM. Grias et David. — Troisième année : prix, M. Cordier; accessit, M. Chalet.

Prix de travaux pratiques. — Première année : premier prix, M. Tripot; deuxième prix, M. Meneux; accessits, MM. Martin et Hallouet; mention honorable, M. Bruguières. — Deuxième année : premier prix, M. Perron; deuxième prix, M. Martineau; accessit, M. Mocudé. — Troisième année : premier prix, M. Bouliau; accessit, M. Chalais; mentions honorables, MM. Cordier et Maynard.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Graciette est nommé bibliothécaire de l'École.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur T. Reeb, médecin principal de première classe, en retraite.

— M. le professeur Le Fort commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le jeudi 17 novembre 1887, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mardis et les jeudis suivants à la même heure. La visite des malades aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin.

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera d'Harvey et de la circulation du sang et fera la suite de l'histoire des maladies parasitaires.

— M. le docteur Verrier, ancien préparateur à la Faculté de médecine, recommencera son cours de maladies des femmes le jeudi 17 novembre, à cinq heures du soir, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (amphithéâtre n° 1), et le continuera tous les jeudis à la même heure.

— M. le professeur Charcot commencera ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux à l'hospice de la Salpêtrière, le vendredi 18 novembre 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Ses conférences cliniques ont lieu tous les mardis à neuf heures du matin.

Sont seuls admis, sur présentation de leur carte, les étudiants de quatrième année et ceux qui ont seize inscriptions.

— M. le docteur de Saint-Germain commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 24 novembre 1887, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— *Erratum.* — Page 1129, 2e colonne, ligne 37e, au lieu de : « Par M. le docteur Buquet », il faut lire : « Par M. le docteur Pluquet, de Guerbigny (Somme). » Notre confrère, en nous adressant cette rectification, ajoute :

« Il est regrettable qu'on n'ait pas essayé mon appareil qui, dans sa grande simplicité, vaut beaucoup mieux que tous les appareils employés aujourd'hui et dont les grands avantages sont :

Pas de douleur, même chez les enfants; — pas de compression, guérison plus prompte; — facilité de visiter la fracture chaque jour, d'où guérison plus certaine et plus favorable; — applications à tous les cas de fracture de la jambe et de la cuisse.

Dernièrement, chez un enfant de sept ans, j'obtenais la consolidation d'une fracture double de la cuisse au vingtième jour; il ne boite pas. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1880-1881, par le docteur Péan, 1 fort volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Ce volume forme le tome V des leçons du docteur Péan; les quatre premiers volumes se vendent chacun séparément. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Médecine clinique, par M. le professeur G. Sée et M. le docteur Labadie-Lagrave, médecins des hôpitaux, etc., tome IV. *Urologie clinique et maladies des reins,* par M. Labadie-Lagrave. 1 fort vol. in-8° avec 43 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 18 francs.

Avis. — Les tomes I à V sont en vente, le tome VI paraîtra fin janvier. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Traité de pharmacie galénique, par M. le professeur E. Bourgoin, 2e édition revue et augmentée. 1 fort volume in-8° avec 91 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Les religions actuelles, leurs doctrines, leur évolution, leur histoire, peuples sans religions, fétichisme, brahmanisme, bouddhisme, parsisme, judaïsme, mahométisme, christianisme, sectes extravagantes (*Bibliothèque anthropologique,* tome V), par M. le professeur J. Vinson. 1 vol. in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par L. Baumel, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et une planche. — Prix : 9 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'évolution du mariage et de la famille (*Bibliothèque anthropologique,* tome VI), par M. le professeur Letourneau. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Exposé pratique du traitement de la rage, par la méthode Pasteur : *Historique. Communications. Technique. Résultats,* par M. le docteur J.-R. Suzor. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur. In-8° avec figures. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21914

21

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les ph^ies^.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

17

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorrhoides, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs*, *huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels*, *eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

93

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 francs.

Ph^ie^ LIMOUSIN. ✻ 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

66

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« **Les Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

41

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas**

MARIANI ph^ien^, 41, B^rd^ Haussmann et t^tes^ ph^ies^

69

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon 3 fr., 105, r. de Rennes, Paris, et Ph^ies^.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Dr. Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

55

IODURES EN SOLUTION SOUS ENVELOPPE DE GLUTEN

J. WARIN, Pharmacien, Joinville-le-Pont.

BULLES IODURÉES : Chacune contient en solution 0gr,25 d'Iodure de potassium complètement assimilés et sans irritation du tube digestif.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES : Chacune contient **EN SOLUTION** 0gr,25 d'iodure de potassium pur et 1/2 centigramme de bi-iodure de mercure, de sorte qu'elle correspond à **1/2 cuillerée de sirop de Gibert.**

Dépôt : MEULEY, 133, rue Saint-Antoine, Paris.

1886. Récompenses Liverpool et Paris.

12

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Ph^ie^ DUFILHO, Saint-Cloud, et t^tes^ pharmacies.

73

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

6

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le **Vin iodé de Moride** est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre*; il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et t^tes^ pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

33

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0f,50** le mètre; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1f,25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1f,25** le mètre; 4° le macintosh, **5f.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

77

VIN DU DOCTEUR CABANES

(KINA CABANES)

AU LACTOPHOSPHATE DE CHAUX ET DE FER

ET AU QUINQUINA TITRÉ

Contre *Dyspepsie, Anémie, Chlorose, Convalescences, Inappétence, Formation des jeunes filles, Menstruations difficiles et douloureuses.*

DOSE : Un verre à madère avant chaque repas.

— Se trouve dans toutes les ph^ies^

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : **2** FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée

N° 138. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 17 NOVEMBRE 1887. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« Les gens que vous tuez se portent assez bien » : c'est ainsi qu'on pourrait résumer la réplique qu'a faite hier M. Hervieux à l'argumentation de M. A. Guérin. « Je regrette, avait dit M. Guérin à la fin de la séance précédente, que M. Hervieux n'ait pas entendu la première partie de mon argumentation, il se serait vite aperçu que, de toutes ses assertions, il ne reste absolument rien. » Ce coup droit semblait devoir laisser M. Hervieux pour mort. Il s'en est fallu de tout. On a pu en juger par la vivacité avec laquelle, dans sa réplique, il a non seulement maintenu, mais encore fortifié la valeur de ses observations contre l'agression de son collègue, lui retournant ses critiques et devenant l'agresseur à son tour.

De cette lutte que résultera-t-il? Que M. A. Guérin, en analysant les observations données par M. Hervieux comme des exemples de phlegmons du ligament large, ait constaté que, dans la majorité des cas, cette affection était en quelque sorte noyée au milieu de lésions complexes ayant amené l'issue fatale; et qu'il se soit demandé quel intérêt clinique et pratique peut offrir la phlegmasie soit hypertrophique, soit suppurée du ligament large, quand il existe une péritonite généralisée ou une phlébite frappant non seulement des tissus utérins, mais toutes les veines du bassin, celles des membres inférieurs, et s'accompagnant des symptômes de la diathèse purulente; d'accord. Mais en quoi cela infirme-t-il la réalité de l'existence du phlegmon du ligament large? M. Hervieux ne convient-il pas, de son côté, qu'il est difficile de préciser les caractères symptomatiques qui appartiennent en propre à l'inflammation du ligament large, et que, malgré les efforts tentés dans ce sens par quelques pathologistes distingués, il reste beaucoup d'obscurité dans l'histoire séméiotique de cette affection?

La notion du phlegmon adéno-juxta-pubien que M. A. Guérin entend substituer à celle du phlegmon du ligament large, fût-elle aussi nettement démontrée qu'il le prétend, quelle serait l'importance pratique de cette découverte? aurait-elle en clinique ou en thérapeutique beaucoup plus d'intérêt qu'il n'en accorde à la phlegmasie du ligament large? Nous n'oserions rien affirmer à cet égard; mais il nous est permis, jusqu'à plus ample renseignement, d'en douter. Si bien que, tout compte fait, nous ne verrions pas un grand avantage à voir se prolonger davantage une discussion qui laisse les deux contendants retranchés dans leurs convictions respectives, sans qu'ils aient fait de prosélytes l'un plus que l'autre.

Si nous avions une conclusion à tirer de ce débat, ce serait celle qu'en a tirée, sous forme de vœu, M. Hervieux lui-même : « Après tout, pourquoi le phlegmon adéno-juxta-pubien et le phlegmon du ligament large, qui ont tant d'affinités étiologiques et séméiologiques, vivraient-ils sur le pied de guerre, au lieu de s'entendre comme de bons voisins? »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Épithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais.

Il est entré, il y a quatre jours, dans nos salles, un homme que nous avions déjà eu l'occasion de voir à la consultation il y a trois semaines environ, pour un épithélioma du plancher de la bouche, de la base de la langue et du pilier antérieur droit du voile du palais.

Cet homme, encore vigoureux, est âgé de soixante ans; il ne présente aucun antécédent morbide personnel autre qu'un peu de rhumatisme. Il est grand fumeur, fumeur de pipes courtes de tuyau, mais cela ne paraît avoir eu aucune influence sur le développement de son épithélioma, car nous n'en trouvons aucune trace, non plus sur les lèvres que sur la partie antérieure de la langue. La tumeur néoplasique est exclusivement localisée dans les parties profondes de la cavité buccale.

Le début de la maladie remonte à sept mois environ; il a été caractérisé par des douleurs dans l'oreille droite, c'est-à-dire du côté correspondant au néoplasme, et ce n'est que trois mois plus tard, au mois de décembre dernier, que, éprouvant une gêne assez grande dans les fonctions de la mastication, son médecin constata l'existence d'une tumeur dans l'arrière-gorge. Il lui prescrivit immédiatement le sirop de Gibert, mais ce médicament n'eut aucun effet.

Enfin, lorsqu'il est entré samedi dernier dans nos salles, le malade était à peu près dans les mêmes conditions que le jour où nous l'avons vu pour la première fois, il y a trois

semaines. Il paraissait seulement un peu amaigri. Voici, du reste, l'état tout à fait semblable dans lequel il est aujourd'hui, ainsi que mes auditeurs ont pu le voir à la visite. Il n'existe chez lui aucun engorgement ganglionnaire; les ganglions carotidiens et sous-claviculaires ne sont ni indurés ni augmentés de volume, la région cervicale ne présente aucune lésion et ce n'est que près du bord inférieur du maxillaire inférieur du côté droit, à la partie postérieure de la glande sous-maxillaire, que nous constatons l'existence d'une induration prononcée et du volume d'une grosse noix. Cette induration n'est pas adhérente à la peau, laquelle, d'ailleurs, n'est nullement ulcérée.

Du côté de la bouche, nous trouvons des lèvres saines et une langue normale dans sa partie antérieure; par contre, dans l'arrière-bouche, on voit la partie postérieure du bord latéral droit de la langue fortement indurée, mais sans la moindre ulcération jusqu'à présent. Cette induration occupe plus de la moitié de la langue. Dans le voisinage de l'épiglotte, on constate avec le doigt que la langue est très profondément atteinte jusqu'à sa base, enfin, sur le côté, on voit que le pilier antérieur droit du voile du palais est également envahi à son origine par une induration du même genre et toujours aussi sans ulcération. Je dois ajouter que, lorsque l'on enfonce le doigt dans le sillon labio-gingival, on ne peut pas arriver à circonscrire l'induration linguale, laquelle correspond très nettement avec l'induration que l'on voit à l'extérieur sous le bord du maxillaire inférieur du côté droit.

En résumé, de cet examen il ressort que cet homme est porteur d'une tumeur néoplasique, du volume d'une grosse noix, qui occupe la partie la plus reculée de la langue, le pilier antérieur droit du voile du palais à son origine et le plancher de la bouche, en rapport avec le bord libre.

Telle est donc la lésion, dont le début a été caractérisé par des douleurs dans l'oreille droite, il y a sept mois, véritable phénomène initial d'un néoplasme dont la constatation n'a été faite que trois mois plus tard.

Dans le mémoire qu'il a publié sur les tumeurs profondes de l'arrière-gorge, M. Castex a classé ces tumeurs sous trois types, au point de vue initial : 1° le type dans lequel les premiers signes des tumeurs néoplasiques de la bouche sont la difficulté de la déglutition, de l'articulation de la parole, c'est-à-dire des signes appartenant à l'arrière-gorge; 2° un type dans lequel le début de la maladie est caractérisé, comme chez notre malade d'aujourd'hui, par des douleurs dans l'une ou l'autre oreille; 3° un type dans lequel il n'existe ni douleurs irradiées, ni grande gêne dans la gorge, mais du gonflement ganglionnaire.

Cette classification de M. Castex est basée sur un ensemble de 35 ou 36 observations cliniques, recueillies par l'auteur de différents côtés.

Dans les leçons que je vous ai faites à plusieurs reprises sur la question qui nous occupe aujourd'hui, j'ai souvent appelé votre attention sur ce fait qu'il fallait toujours se défier : 1° des individus chez lesquels se produisait insidieusement, et en dehors de toute scrofule ou tuberculose, un gonflement ganglionnaire bilatéral, dont l'origine était ignorée, ces gonflements étant le plus souvent la première manifestation apparente du cancer; 2° des individus également qui avaient atteint ou dépassé l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans, chez lesquels on voyait apparaître tout à coup, sans cause appréciable, un gonflement ganglionnaire à marche torpide et sans rougeur. Il y a donc, vous le voyez, des malades qui n'ont, au début, d'autre symptomatologie de leur affection cancéreuse, qu'un engorgement ganglionnaire. Ces malades rentrent dans le troisième type de la classification de M. Castex.

Mais, pour en revenir à notre malade, je vous répéterai donc que cet homme est vigoureux, qu'il a soixante ans, qu'il est sans antécédents morbides, que sa maladie a débuté par des douleurs dans l'oreille droite, que sa tumeur n'a été constatée, qu'il y a quatre mois et qu'elle est aujourd'hui très nettement caractérisée, sans pouvoir laisser le moindre doute sur sa nature, enfin, qu'elle ne s'accompagne d'aucun gonflement ganglionnaire.

Actuellement, il se plaint de douleurs dans la langue elle-même, d'une mastication très difficile, d'une salivation abondante, de difficulté de parler, bref d'un état pour lequel il nous demande d'intervenir par une opération chirurgicale.

Mais, la première question que nous avons à nous faire est de savoir si une opération d'exérèse, une ablation de sa tumeur est possible, réalisable. Ce genre d'opérations a été pratiqué avec de nombreuses variantes, jusqu'à tout enlever: base de la langue, pilier du voile du palais, amygdale, etc. Nous avons encore, en ce moment, dans nos salles, un malade auquel nous avons enlevé, au mois de novembre dernier, une notable portion de la paroi pharyngienne. L'expérience nous montre donc qu'une opération de ce genre peut être pratiquée. Mais, autre question, est-elle indiquée dans le cas de notre malade? Oui, mais nous devons savoir que c'est là une opération hardie, difficile, dont les résultats ne sont pas encourageants, si l'on espère en obtenir la guérison ou même une longue survie. En effet, généralement, le mal récidive à une date plus ou moins rapprochée, et la mort a lieu rapidement. Cependant, quelquefois la survie a pu être de deux ou trois ans, voire même, mais très rarement, de quatre ans. C'est là la plus longue survie que je connaisse, tandis que le plus souvent, je le répète, le cancer récidive rapidement et cette récidive est suivie d'une mort prompte.

Je pourrais vous citer l'observation d'un architecte atteint d'un épithélioma du plancher de la bouche qui fut opéré au mois de mai ou de juin dernier et qui a succombé en septembre ou octobre, c'est-à-dire au bout de quatre mois; je pourrais vous citer aussi celle d'un malade du service que j'ai opéré au commencement de l'année et dont la mort paraît également devoir être prochaine.

Mais, d'autre part, les douleurs éprouvées par les malades, les hémorrhagies qui les épuisent, les altérations putrides qui les rendent odieux à eux-mêmes, sont telles, qu'ils veulent, pour ainsi dire à n'importe quel prix, être opérés, menaçant même parfois de se suicider, si vous vous refusez à intervenir. Dans ces conditions, nous nous trouvons amenés à considérer notre intervention comme un soulagement, surtout si, comme dans le cas présent, la tumeur n'est pas encore très avancée, si elle n'est pas encore ulcérée, si le sujet est encore vigoureux, toutes conditions qui sont favorables à une plus longue survie.

C'est ainsi que, d'après l'expérience de mes confrères et d'après ma propre expérience qui comporte quatre ou cinq opérations de ce genre, je conclus que l'opération que nous avons à faire chez cet homme est réalisable. Elle l'est d'autant mieux, que nous prendrons ou que nous avons pris, au préalable, certaines précautions, notamment celle d'habituer le malade, pendant quelques jours, à s'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne. Autrefois, ces malades,

même dans le cas d'opérations moins étendues, moins considérables, se trouvaient assiégés doublement par la putridité du fond de leur plaie et par l'inanition. La première est victorieusement combattue par les agents antiseptiques et la seconde par la sonde œsophagienne.

Je passe maintenant, en quelques mots, au manuel opératoire. Le premier temps de l'opération comprend la ligature de la carotide externe qui assure celle de la linguale et de la faciale, et, par suite, une bonne hémostase. Elle a l'avantage d'être plus complète et d'une durée plus courte que si l'on faisait les deux ligatures susdites séparément, et par suite le sang ne vient plus dans la plaie que par quelques anastomoses. Ce premier temps comprend aussi la section du maxillaire inférieur que l'on peut éviter quelquefois lorsque la tumeur n'a point contracté d'adhérences avec le périoste. Certains chirurgiens font la résection de la mâchoire, d'autres se bornent à faire la section temporaire si elle n'est point envahie par le néoplasme.

Enfin, il est une troisième condition opératoire que M. Castex recommande, c'est-à-dire l'emploi du thermo ou du galvano-cautère pour la section des parties molles. Nul n'a été certainement un plus fervent adepte que moi de l'anse galvano-caustique, mais les progrès de la chirurgie contemporaine me l'ont fait abandonner, et je la considère aujourd'hui comme d'une pratique un peu ancienne. Aussi, chez mon malade, vais-je me servir du bistouri et des ciseaux après avoir amené le plus possible une bonne hémostase. Il est possible que, pendant le cours de l'opération, l'artère linguale du côté opposé soit ouverte, surtout si le mal dépasse la ligne médiane; dans ce cas, je placerai une ligature sur son tronçon. Quant à l'incision, j'adopte le procédé de Schmitz (de Boston), procédé qui, ainsi que M. Castex a pu le vérifier sur le cadavre, permet le mieux d'aborder les parties profondes. Il consiste dans une première incision, longue, qui a pour but la ligature de la carotide externe; puis, dans une seconde qui part de la première, longe le bord inférieur de la mâchoire en se dirigeant vers le menton. Elle met ainsi à nu le plancher de la bouche et facilite la section du maxillaire inférieur, soit donc une double incision en L renversé.

Un dernier mot avant de finir : d'après les observations qu'il a publiées dans son mémoire, M. Castex pense que ces épithéliomas de l'arrière-gorge débutent le plus souvent par les amygdales, je ne le contredirai pas, mais dans les opérations que j'ai pratiquées, la tumeur n'a jamais été primitivement amygdalienne, mais linguale, de l'isthme du gosier ou des piliers antérieurs du voile du palais.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE
PAR LA MÉTHODE DE LITTLE

Par M. le docteur A. Ramonet, médecin-major de 1re classe.

Conclusions. — 1° La méthode de Little marque un progrès considérable dans la thérapeutique chirurgicale du foie; elle est supérieure à toutes les autres méthodes employées jusqu'à ce jour;

2° Elle est loin d'exposer, autant qu'on le croit généralement, à la pénétration du pus dans la cavité péritonéale; mais elle fait incontestablement courir ce risque dans certains cas, dont le plus fréquent et le plus à craindre est un violent effort de vomissement;

3° Pour lui permettre de faire face à toutes les éventualités, et lui assurer, autant que possible, l'innocuité et l'efficacité en toutes circonstances, il est nécessaire de lui faire subir quelques modifications;

4° Ces modifications consistent à évacuer le pus par la ponction aspiratrice, avant d'inciser les tissus, à pratiquer l'incision couche par couche, et à nettoyer le foyer, non par des pressions exercées sur la paroi abdominale, mais par des lavages antiseptiques à grand courant. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*)

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA MYOSITE INFECTIEUSE PRIMITIVE

Par M. le docteur Raoul Brunon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un grand nombre de maladies infectieuses bien définies peuvent présenter des myosites comme complication : la myosite consécutive à la fièvre typhoïde en est le type. A côté de ces myosites secondaires, il existe une myosite primitive ayant ses caractères propres et une évolution particulière : cette myosite primitive peut, en raison de ses caractères, être considérée comme une maladie infectieuse. Il existe un lien de parenté entre la myosite infectieuse primitive et l'ostéomyélite, le phlegmon diffus et le pseudo-rhumatisme infectieux.

La myosite primitive infectieuse peut revêtir trois formes cliniques :

A. *Forme maligne.* — La mort survient en quelques jours.

B. *Forme aiguë.* — La guérison est possible malgré la gravité des symptômes généraux.

C. *Forme surbaiguë.* — Elle n'éveille qu'une faible réaction.

Le surmenage de l'individu est la principale cause prédisposante. L'effort musculaire est la cause occasionnelle. Mais la cause première, intime, est dans une affection générale.

Le traitement ne peut être que prophylactique; éviter par des mesures hygiéniques les causes d'infection.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de la digestion sur certaines diathèses

Par M. le docteur S. Labastide.

L'intégrité des fonctions digestives est une des conditions les plus impérieuses du maintien de la santé : « Toute l'économie digère par l'estomac », a écrit un physiologiste de Montpellier. Dans les conditions d'existence actuelle cette intégrité est rare, mais les troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinal, qui jouent un rôle étiologique si important dans un grand nombre de maladies, ne sont pas toujours évidents; souvent il faut beaucoup de sagacité de la part de l'observateur et du praticien pour en reconnaître l'existence, en apprécier la nature et choisir le médicament approprié.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner de voir attribuer à tel médicament la propriété de guérir un certain nombre de maladies qui n'ont guère de rapport entre elles. Cela ne se comprend pas évidemment à première vue, mais il est possible quelquefois d'en expliquer l'action thérapeutique par l'influence que ce médicament peut avoir sur l'amélioration de la digestion et partant de la nutrition en général. Une bonne digestion fournit des produits sains à l'absorption; une digestion faussée, déviée, donne des résultats tout opposés; c'est ainsi que sont produits et entretenus certains états morbides permanents ou diathésiques. Partant de cette idée, nous sommes parvenu à faire disparaître des prédispositions permanentes ou à guérir des maladies dont une thérapeutique d'un sens rationnel apparent ne parvenait pas à triompher, en ramenant tout simplement la digestion à son état physiologique; les deux observations suivantes viennent à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Mme F. L..., quarante-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut prise, il y a vingt-deux mois, d'une sciatique du côté gauche qui l'a tenue au lit pendant un laps de temps considérable. Elle a subi tous les traitements internes et externes imaginables sans succès. A quelques jours d'amélioration succèdent bientôt le

retour des douleurs dans toute l'étendue du membre, avec gonflement considérable et grande sensibilité des articulations du pied, du genou et de la hanche, de façon à faire croire à une extension de l'affection primitive à ces parties. — Perte de l'appétit. — Comme cela arrive en pareilles circonstances, un eczéma généralisé des plus douloureux avait fait irruption. Rien non plus n'opérait contre cette complication qui rendait l'état de la patiente insupportable et la privait même de sommeil. Ce que notre pauvre malade a souffert pendant ce long espace de temps est incroyable et un dépérissement marqué s'en était suivi. En dépit de notre confiance dans sa constitution et dans sa résistance morale, nous étions à bout de nos moyens puisque nous les avions essayés tous sans succès. Nous attendions que la nature nous vînt en aide, quand nous eûmes l'idée d'agir directement au moyen de la pancréatine, dans le but de modifier la nature des matériaux fournis à l'absorption et à la nutrition. Nous prescrivîmes donc quatre pilules de Pancréatine Defresne aux principaux repas; au bout de quelques jours l'allure des digestions fut changée; l'appétit revint et se régularisa; une quinzaine de jours suffirent pour amener un changement radical dans l'état de la malade. L'eczéma s'éteignit sensiblement, les ongles des pieds et des mains grandissaient blancs, ils portaient en travers une ligne de démarcation attestant le moment où la nutrition s'était améliorée, le sommeil reparut, la sensibilité du membre diminua progressivement dans toutes ses parties ainsi que la tuméfaction, enfin la sciatique et les complications qu'elle avait fait naître ont en quelque sorte disparu, et il reste seulement à ramener l'usage du membre, qu'une inaction aussi prolongée avait porté à l'état de paralysie à peu près complète. Dès ce moment, les mouvements passifs, exercés sur la jambe du malade, l'ont assouplie et nous espérons une guérison prochaine, étant en possession, grâce à la Pancréatine Defresne (1), du moyen d'empêcher le retour des principaux phénomènes morbides.

M. M..., entrepreneur, quarante ans, tempérament sanguin, doit à sa profession et à sa manière de vivre le rhumatisme goutteux qui le tourmente. Il a les articulations de la jambe, du tarse, du métatarse et des orteils, déformées au point de devoir se faire façonner des chaussures spéciales; il n'est presque jamais sans souffrances et est souvent obligé de garder la chambre pendant des mois entiers; il a usé de tout : l'alcoolature de colchique seule lui procurait quelque soulagement au retour des accès. Cet état ne semblait pas devoir s'amender quand nous pensâmes à agir directement sur la digestion et la nutrition au moyen de la pancréatine, sans rien changer dans le régime du patient, qui ne voulait à aucun prix renoncer à la bonne chère; il lui fut prescrit de prendre régulièrement six pilules de Pancréatine Defresne aux deux principaux repas. Nous devons avouer que nous n'avons pas été médiocrement surpris de constater au bout de trois semaines un changement radical dans l'état général du malade; après quatre mois environ de cette médication bien régulièrement suivie, toute souffrance a cessé, la déambulation est possible; restent seules les déformations sur lesquelles la médication pancréatique n'a aucune action directe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre ministérielle relative aux eaux minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

Un pli cacheté de M. Vergniaud, professeur à l'École de médecine de Brest.

(1) Nous considérons que la pancréatine retirée des ruminants ne contient pas de trypsine et ne digère pas l'albumine, nos confrères comprendront que nous ayons cru devoir nommer la Pancréatine Defresne qui possède la trypsine et est très active sur l'albumine.

LECTURE

Œdème des nouveau-nés. — M. Léon Dumas (de Montpellier) donne lecture d'un travail sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens. Suivant M. Dumas, l'œdème des nouveau-nés, nettement distinct du sclérème avec lequel on le confondait autrefois, offre la plus grande analogie avec la phlegmatia alba dolens au triple point de vue des symptômes, de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Sous ce dernier rapport, il consiste dans la présence de la lésion fondamentale de la phlegmatia, la thrombose veineuse. M. Dumas a cherché et trouvé le thrombus des deux veines fémorales, dans un cas d'œdème suivi de mort. L'œdème des nouveau-nés ne serait donc, suivant lui, qu'un des symptômes de la phlegmatia alba dolens. Il en déduit les conséquences suivantes :

1° On doit appliquer à l'œdème du nouveau-né le traitement de la phlegmatia et insister notamment sur l'emploi de la chaleur sous la forme de la couveuse Tarnier; une minutieuse attention apportée à l'établissement de la respiration constituera un important moyen préventif.

2° On doit s'abstenir absolument des malaxations conseillées par tous les auteurs, parce qu'elles exposent à produire une embolie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE ET JUXTA-PUBIEN.

M. Hervieux. M. A. Guérin m'a dit que, de toutes les objections faites à la thèse qu'il soutient, il ne reste rien. J'ai lu le travail de M. Guérin et n'ai pas été trop surpris de retrouver mes objections toutes debout.

Qu'il me soit permis d'abord de me défendre d'une omission qui m'a été reprochée, de n'avoir pas lu le livre de M. Guérin. Dans sa leçon sur le phlegmon du ligament large, M. Guérin n'a oublié qu'une chose, c'est l'anatomie pathologique. Or, la question que nous discutons en ce moment n'est qu'une question d'anatomie pathologique. Or, il ressort de cette leçon même que M. Guérin n'a jamais fait d'autopsie de phlegmon du ligament large. Il a fait, il est vrai, deux autopsies de phlegmon juxta-pubien. Mais je comprendrais difficilement comment ces deux autopsies pourraient éclairer l'anatomie pathologique du phlegmon du ligament large.

Ceci posé, j'arrive à la critique de mes observations. Ces observations et ce qu'elles renferment relativement à l'anatomie pathologique sont précisément la condamnation de la thèse soutenue par M. Guérin. Elles ne prouvent pas seulement que le phlegmon du ligament large est une réalité, mais elles mettent en évidence les différentes formes sous lesquelles ce phlegmon peut se produire.

En parcourant à nouveau le livre de M. Guérin, j'ai constaté qu'il n'admettait que deux terminaisons du phlegmon : la suppuration et la résolution. Il a oublié l'induration que j'ai décrite sous le nom de variété hypertrophique. Aussi n'ai-je pas été médiocrement étonné de voir que M. Guérin m'accusait de réserver le nom de phlegmon aux seules collections purulentes.

De quel nom appellerez-vous ces lésions qui caractérisent la forme hypertrophique, si vous ne leur appliquez pas celui de phlegmon? Mais si vous pouviez douter qu'il s'agit bien là d'un phlegmon, quelques-unes de mes observations vous en fourniraient la preuve.

Si mes observations personnelles de la forme hypertrophique associée à la forme purulente du phlegmon du ligament large ne réussissent pas à satisfaire M. Guérin, peut-être une observation de M. Bernutz trouvera-t-elle grâce devant lui.

Mais il s'agit de savoir si les motifs sur lesquels s'appuie notre collègue pour récuser impitoyablement les faits recueillis par tant d'hommes expérimentés dont j'ai cité le témoignage, ont toute la valeur qu'il leur attribue.

Ce sont des faits complexes, a-t-il dit; il est bien vrai que toutes mes observations ont été recueillies sur des femmes en couches, chez lesquelles la septicémie puerpérale s'est traduite par des

affections diverses et souvent multiples. Mais du moment que vous répudiez les cas complexes, vous aurez la partie belle pour rejeter tous les cas de phlegmon du ligament large qui existent dans la science. En de telles conditions, je ne dissimulerai pas les inquiétudes sérieuses que j'éprouverais pour le sort du phlegmon juxta-pubien.

M. Guérin l'a dit très justement : Nous ne parlons pas la même langue.

M. Guérin m'a reproché de n'avoir pas répondu à un argument qu'il a reproduit avec insistance, c'est celui qui se rapporte à ses recherches sur l'anatomie normale du ligament large. De ses recherches, il résulterait qu'il existe une petite cavité close, limitée par les lamelles aponévrotiques du ligament large, de telle sorte qu'un abcès formé au sein de cette cavité ne pourrait se frayer une issue et s'étendre au delà. Si notre collègue, au lieu de s'appuyer seulement sur les données de l'anatomie normale, avait, comme nous, l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique du ligament large, s'il avait vu, comme nous, cette barrière qu'oppose d'après lui la charpente fibreuse à l'extension du pus, et il parlerait avec un peu moins d'assurance de l'obstacle qu'elle peut opposer au développement d'une tumeur phlegmoneuse formée à ses dépens.

Dans sa première communication, dit M. Hervieux en terminant, M. A. Guérin se plaignait que, depuis la publication de ses idées sur le phlegmon adéno-juxta-pubien, les cliniciens n'étaient pas arrivés à résipiscence. Moi, j'avais pensé que, après avoir pris connaissance ne nos premières explications, ce serait lui qui viendrait à résipiscence et qui reconnaîtrait le bien fondé de nos revendications. J'ai été trompé dans mon attente; mais la franchise et la loyauté de notre collègue ne me permettent pas de désespérer encore. Aussi bien, pourquoi le phlegmon juxta-pubien et le phlegmon du ligament large, qui ont tant d'affinités étiologiques et séméiologiques, vivraient-ils sur le pied de guerre, au lieu de s'entendre comme de bons voisins? J'en appellerai donc, de M. A. Guérin, égaré par une interprétation erronée de quelques faits anatomiques et cliniques, à M. A. Guérin, éclairé par les recherches les plus précises et les observations les plus probantes de ses contemporains.

M. A. GUÉRIN. Non seulement nous ne parlons pas la même langue, M. Hervieux et moi, mais M. Hervieux ne parle pas la même langue que tout le monde. Ses observations se rattachent à des pelvi-péritonites, des phlébites, des maladies infectieuses, tandis que le phlegmon dont je parle n'a rien d'infectieux.

M. A. Guérin maintient ses précédentes affirmations, en déclarant que, sans nier absolument l'existence du ligament large, il ne croit pas que l'on puisse admettre comme développée dans le tissu cellulaire ou dans la charpente de ce ligament, la tumeur inflammatoire du bassin qui vient s'accoler derrière le pubis.

M. HERVIEUX. Ce qui a conduit M. Guérin à faire la campagne actuelle contre le phlegmon du ligament large, c'est la croyance que la charpente anatomique du ligament large est incapable de donner lieu à la formation d'un abcès. Or, mes observations démontrent la fausseté de cette manière de voir, puisque j'ai pu constater que les inflammations en question s'accompagnent toujours de la destruction de cette charpente.

M. GUÉRIN. L'aponévrose du ligament large, loin d'être l'origine première de la collection purulente, paraît bien plutôt disposée pour arrêter la diffusion du pus.

M. HERVIEUX. Dans mes observations on ne retrouve plus d'aponévrose parce qu'elle est détruite par le pus.

M. GUÉRIN. Un dernier mot, pour finir. Quand j'ai défendu mes théories sur l'antisepsie, c'est M. Hervieux qui a brûlé les dernières cartouches contre moi; mais depuis, M. Hervieux lui-même a défendu la théorie antiseptique. J'espère qu'il en sera de même pour le sujet de notre discussion actuelle.

La discussion est close.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection de deux membres correspondants dans la première division (médecine).

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Widal (d'Alger); en deuxième ligne, M. Mordret (du Mans); en troisième ligne *ex æquo*, M. Pitres (de Bordeaux), M. Wannebroucq (de Lille); en quatrième ligne *ex æquo*, M. Leloir (de Lille), M. Renaut (de Lyon).

Pour la première place, le nombre de membres votants étant 77, majorité 39 :

M. Widal obtient	30 suffrages.
M. Renaut	15 —
M. Leloir	14 —
M. Pitres	9 —
M. Mordret	3 —
M. Wannebroucq	3 —

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un deuxième tour de scrutin, qui donne, sur 69 votants, le résultat suivant :

M. Widal	45 suffrages.
M. Leloir	9 —
M. Renaut	8 —
M. Pitres	3 —
M. Mordret	2 —

M. Widal, ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

Pour la deuxième place, mêmes candidats à l'exception de M. Widal élu ; sur 71 votants, majorité 36, M. Renaut obtient 24 voix ; M. Leloir, 21 ; M. Mordret, 18 ; M. Pitres, 10 ; M. Wannebroucq, 2 (pas de majorité).

A un deuxième tour de scrutin, votants 62, majorité 32, M. Renaut obtient 42 voix; M. Leloir, 13; M. Mordret, 9. — M. Renaut est proclamé élu.

RAPPORT

M. VALLIN, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, donne lecture du rapport sur les travaux envoyés à l'Académie pour ce concours.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ce rapport et pour entendre le rapport de M. Lannelongue sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

10. M. Corneille-Saint-Marc. Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. — 11. M. Joliot. De l'entorse radio-carpienne. — 12. M. Esprit. De la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de petit calibre. — 13. M. Lota. Deux ans entre le Sénégal et le Niger; contribution à la géographie médicale du Soudan français.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Ricard, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur des hôpitaux de Paris.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Amodru, Ricklin, Richer; Gille et Gaucher, médecins des hôpitaux de Paris ; Nélaton, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ozenne et Barette, chefs de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Michaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Morat, médecin-major de deuxième classe.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gignoux, Cusset; Josserand, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fonrobert et Chaboud.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Verne, pharmacien aide-major de première classe.

— Par décret, en date du 14 novembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de deuxième classe. — M. Barriat, médecin auxiliaire de deuxième classe.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Réland, aide-pharmacien, pharmacien universitaire de première classe.

— Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Demoulin.

— Les dernières questions données pour le concours de l'externat des hôpitaux sont : 1° L'articulation temporo-maxillaire ; 2° Les parois osseuses des fosses nasales.

— L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, a eu lieu hier mardi 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se compose de MM. Peter, président; Damaschino et Ballet (de Paris), Olivier et Petel (de Boron), juges titulaires, et de MM. Dieulafoy et Dejerine, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, sont MM. les docteurs Brunon et Devaux.

La question donnée pour la composition écrite a été : La méningite tuberculeuse.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Noblot est chargé des fonctions de préparateur de physiologie, en remplacement de M. Chaleix, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Quint est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Traille, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Porteret est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

M. Curtillet est nommé préparateur des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Lecordonnier, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bimar, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pour l'année scolaire 1887-1888.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés : directeur du laboratoire des cliniques : M. Guérin, agrégé; — chef des travaux chimiques : M. Thorion; — préparateur de chimie : M. Fistié; — chef des travaux de physique : M. Bagnéris, agrégé; — chef des travaux d'hygiène : M. le docteur Vallois; — chef des travaux du laboratoire de thérapeutique : M. le docteur Ganzinotti.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Bouton est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Faculté des sciences de Caen.* — Un congé est accordé, pour raisons de santé, à M. Guesdon, préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Mermeret (Mary) est chargé des fonctions de préparateur de physique, pendant la durée du congé accordé à M. Bourget.

M. Mosnier est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Truchot, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Reboul, professeur de chimie, est nommé doyen.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Jardin est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Londes, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Colleu est chargé des fonctions de préparateur de zoologie, pendant la durée du congé accordé à M. Bézier.

— M. Lacroix est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France, en remplacement de M. Offret, appelé à d'autres fonctions.

— Le conseil municipal de Marseille vient de renouveler le vœu que l'École de médecine de Marseille soit transformée en Faculté et que les Facultés de droit et des lettres soient transférées d'Aix à Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cauvy (de Béziers), Johannet (de Chelles) et Laprevotte (de Rouvres-en-Xaintois).

— Un incendie considérable s'est déclaré, dans la nuit de lundi à mardi, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. Le feu a pris naissance dans un cabinet du premier étage, faisant partie du laboratoire de M. Richet, trois vipères d'Afrique ont disparu; la plupart des autres animaux ont été sauvés.

— M. le professeur Richet commencera ses leçons de clinique chirurgicale, samedi prochain 19 novembre 1887, à dix heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine opératoire de J.-F. Malgaigne. 9e édition par M. Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — 1re partie : opérations générales, avec 352 figures, intercalées dans le texte. — La deuxième partie paraîtra dans le courant de l'année 1888. — 2 volumes in-12. — Prix : 16 francs. — Paris, Félix Alcan.

Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion, par M. le professeur Evrald. I. Physiologie de la digestion, 2e édition traduite par MM. les docteurs Dagonet et Schuman-Leclerq, revue et augmentée par le professeur et précédée d'une préface de M. le docteur Quinquaud. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Études de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques, par M. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. 1 volume in-8° de 80 pages, avec vingt-huit photographies originales. — Prix : 5 francs. — Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils.

Des limites de la conservation après les traumatismes de la main, par M. Veroudart. In-8°, 112 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la rage paralytique, par M. le docteur Ygouf. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la toux utérine, par M. le docteur Paul Muller. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'électricité comme agent thérapeutique en Gynécologie, par M. le docteur Paul-F. Mundé, professeur de Gynécologie à la Polyclinique de New-York, traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par M. le docteur P. Ménière, rédacteur en chef de la *Gazette de Gynécologie.* 1 vol. grand in-8° raisin de VIII-72 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Considérations pratiques sur les présentations de la face. In-8°, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil, par M. le docteur PANEL. In-8° avec planche. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par M. le docteur MAVRIKOS. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21914

77

ANTISEPTIQUES INJECTABLES

à la **Vaseline liquide médicinale**
du Dr ALBIN MEUNIER
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement rationnel de la *Tuberculose*, des *Maladies du Larynx*, des *Bronches* et des *Maladies infectieuses*.

SOLUTION d'eucalyptol, d'eucalyptol iodoformé, de phénol, de phénol iodoformé, d'hélénine, d'iode, de térébenthène.

Ces diverses solutions doivent être injectées trois fois par semaine en moyenne et à la dose de 2 à 5 grammes.

Dépôt : Phie VICARIO, boul. Haussmann, 13, près la rue Taitbout, Paris, et toutes pharmacies.

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine et phies.

7

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni-« que; pris avant le repas, il facilite la diges-« tion. Il est très utile pour empêcher le re-« tour des fièvres intermittentes sujettes à ré-« cidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

78

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.
ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreuses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : 5 francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR
CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.
2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

33

AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DU LARYNX

PASTILLES CHARLARD-VIGIER

Au biborate de soude pur, 0gr,10 par pastille.

Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

43

QUINOIDINE-DURIEZ

10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris, 20, pl. des Vosges.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

27

VÉRITABLE SOLUTION D'ANTIPYRINE DU DR CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur.

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN**, d'un dosage rigoureusement exact, contient :
1gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25cent. — — *par cuillerée à café.*

DOSE : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

41

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

77

CACHETS MOISAN AU PAULLINIA VALÉRIANÉ

Souverains contre les névralgies et les migraines même celles qui accompagnent les règles.

Dose 4 p. jour. Les 2 premiers à 20 min. d'intervalle, les 2 autres, de 2 en 2 h. — 1 fr. 50 l'étui, fo. 65, r. d'Angoulême, Paris, et toutes pharmacies.

184

PAPIER RIGOLLOT.

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

51

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

85

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

12

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et ttes pharmacies.

84

DRAGÉES & ÉLIXIR DU DR RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

21

LE VÉRITABLE EMPLATRE A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

22

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite.*

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

42

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre, REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

47

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

HOGG, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies

39

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine,
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose quot. Granules (1 à 3). — Solution pr us. int. (10 à 30 gttes)

Pour éviter les Digitalines étrangères **impures** formuler : la *Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.*

Dr Homolle *Quevenne*

N° 140. — MARDI 22 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 22 NOVEMBRE 1887. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

De la fièvre de croissance.

J'ai été récemment consulté pour une jeune fille de 19 ans qui avait été prise tout à coup, au milieu d'accidents fébriles, d'une douleur généralisée, très vive, prononcée surtout au niveau de la hanche gauche, en même temps que sa taille s'était assez rapidement accrue. Le médecin qui lui donnait ses soins, attribuant les phénomènes morbides à une coxalgie, l'avait fait mettre dans une gouttière de Bonnet. Au bout de quelque temps, je fus mandé à mon tour par la famille, assez anxieuse de savoir si l'on devait continuer longtemps ladite gouttière. Or, après un examen attentif de la malade, je reconnus qu'il s'agissait de ce que l'on appelle la fièvre de croissance.

Ce nom de fièvre de croissance n'a pas sa place dans la nomenclature officielle; il est beaucoup plus employé par les gens du monde, par les matrones que par les médecins, sauf dans quelques cas rares, et encore sous ce nom a-t-on confondu souvent une série d'affections différentes les unes des autres.

C'est à M. Bouilly que revient le mérite de nous avoir fait connaître ce que c'est en réalité que la fièvre de croissance et de nous en avoir donné, en 1879, une excellente description, insistant surtout sur les trois points cardinaux qui la caractérisent. Depuis lors, un certain nombre d'auteurs ont publié à leur tour des observations, moi-même j'en ai recueilli trois, enfin Mlle Agnès Lovery a publié sur le même sujet, en 1884, une très bonne thèse.

La fièvre de croissance est une maladie de l'enfance et de l'adolescence; elle est très rare dans le tout jeune âge, cependant on connaît le fait d'un enfant de 25 mois dont la taille, pendant le cours d'une fièvre de croissance, a augmenté de 8 centimètres en six semaines; par contre, comme époque de la vie la plus avancée, je vous citerai, outre la jeune fille de 19 ans dont je viens de vous parler, deux cas de fièvre de croissance à 20 et 21 ans. Mais, en général, cette affection se manifeste entre 7 et 15 ans, ou en moyenne vers l'âge de 13 ans.

Elle est liée à des mouvements exagérés, à un exercice immodéré, à de grandes fatigues, éclatant tout à coup après une journée de jeu, de longues courses à pied, d'une gymnastique ou d'une natation prolongées, tel fut le cas, par exemple, d'une jeune fille à la suite d'une longue excursion dans les montagnes. Quelquefois aussi on la voit éclater après une pyrexie (fièvre éruptive, fièvre typhoïde), mais dans ce cas, l'analyse en est très difficile, aussi dans cette leçon mon intention est-elle de me borner à traiter seulement de la fièvre de croissance pure.

Les altérations qui la caractérisent anatomiquement sont difficiles à connaître, car la mort n'en étant jamais la terminaison, on n'a pas eu l'occasion de faire des autopsies. Nous savons très bien cependant que ces altérations sont dues à des troubles nutritifs du côté des cartilages de conjugaison, cartilages parmi lesquels les plus fertiles, seuls, sont atteints, soit, comme vous le savez, du côté de l'humérus, le cartilage de l'extrémité supérieure, qui donne 7 en longueur tandis que celui de l'extrémité inférieure donne 1; du côté du radius et du cubitus, le cartilage de l'extrémité inférieure qui donne 2 contre celui de l'extrémité supérieure qui donne 1. Pour le membre supérieur, ce sont donc les cartilages éloignés du coude qui fournissent le plus d'os.

Au membre inférieur, le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure donne 4 tandis que le supérieur donne 1; par contre, ce sont les cartilages supérieurs du tibia et du péroné qui donnent 4, tandis que les inférieurs donnent 1.

Par suite, dans la fièvre de croissance, les troubles de nutrition se manifestent sur les épiphyses les plus fertiles; c'est donc là qu'il faut aller les chercher et notamment, pour le fémur, à la partie interne de l'extrémité inférieure.

J'ajoute que, d'ailleurs, toutes les épiphyses peuvent être envahies (os longs et os courts).

Ainsi que je le disais tout à l'heure, l'absence d'autopsies fait que nous ne connaissons pas les altérations réelles des os qui caractérisent la fièvre de croissance. Cependant il existe une gamme de lésions osseuses, cousines ou sœurs les unes des autres, depuis la simple congestion déterminant l'accroissement de la taille jusqu'à la poussée la plus évidente, jusqu'à l'ostéomyélite.

Dans certains cas, la fièvre de croissance donne lieu à la formation d'hyperostoses, soit sur quelques épiphyses, soit sur un point seulement de l'une d'elles. Dans d'autres, beaucoup plus rares, elle a pour conséquence une véritable

inflammation ensemençant des staphylococcus aureus et l'on se trouve en face d'une ostéomyélite infectieuse. En somme elle peut présenter tous les degrés depuis le plus faible jusqu'au plus excessif.

Au milieu du chaos qui existait encore il y a dix ans, M. Bouilly a su dégager, cliniquement, l'existence de trois signes vraiment cardinaux ou symptômes principaux qui sont : 1° une douleur spéciale; 2° un allongement de la taille; 3° une fièvre particulière.

A. La douleur peut être de deux sortes : 1° spontanée, mais elle n'a pas une grande importance, quoiqu'elle attire l'attention à la fois dans tous les membres, le long de la colonne vertébrale, dans les reins, douleur généralisée qui fait que le malade se sent comme meurtri de partout. Cette douleur que l'on retrouve au début d'un certain nombre de maladies n'a rien de pathognomonique; 2° tout autre est la douleur du côté des épiphyses, par exemple à la partie interne des extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia, douleur qui ne siège pas au niveau de l'interligne articulaire, mais au-dessus ou au-dessous, c'est-à-dire au niveau du cartilage conjugal des épiphyses fertiles.

B. L'allongement, l'accroissement de la taille est rapide, considérable. Ainsi cet enfant de 25 mois dont la taille s'accroît de 8 centimètres en 6 semaines, un enfant de 13 ans, 8 centimètres également, un jeune barbiste de 15 ans, 14 centimètres en 6 mois, un autre enfant du même âge, 14 centimètres aussi en 2 mois.

C. La fièvre spéciale qui accompagne la fièvre de croissance peut revêtir trois formes différentes : 1° une forme aiguë, rapide; 2° une forme aiguë, prolongée; 3° une forme traînante.

La forme aiguë est caractérisée par une fièvre analogue à celle que vous rencontrez par exemple au début de la fluxion de poitrine; elle revient le soir à la suite d'une longue course, de grandes fatigues, très intense tout à coup, précédée d'un frisson violent, avec 40 et 41 degrés de température, accompagnée de douleurs très vives dans les membres. Elle dure un ou deux jours, puis la défervescence se produit et les malades ne conservent qu'une fatigue générale, des douleurs, puis au bout de 7 ou 8 jours on constate que la taille s'est accrue de 1 à 3 centimètres.

Dans la forme aiguë prolongée, la fièvre de croissance peut donner lieu à des erreurs de diagnostic; elle est souvent précédée de prodromes: céphalalgie, douleurs générales, épistaxis, bourdonnements d'oreille, tout comme si l'on allait avoir affaire à une fièvre typhoïde; puis surviennent un frisson violent, de la fièvre, des nausées, des vomissements, des troubles respiratoires, la rate est hypertrophiée, on constate quelques taches sur le corps, la langue est saburrale, fuligineuse, il y a de la diarrhée, des gargouillements dans la fosse iliaque. Puis au bout de 5 à 7 jours, tous les phénomènes disparaissent et le malade entre en convalescence, restant seulement étiolé pendant quelque temps encore, tandis que sa taille a pris un accroissement plus ou moins prononcé.

Si, pendant le cours de la maladie, on a soin d'examiner les épiphyses, la douleur évoquée en certains points vous permet de diagnostiquer qu'il s'agit en réalité d'une fièvre de croissance.

Dans certains cas on a affaire à des formes hybrides, tenant à la fois de la dothiénentérie et de la fièvre de croissance, qu'il est souvent bien difficile de distinguer l'une de l'autre.

Quant à la forme traînante, ici la fièvre est peu vive, la température ne dépasse pas 39 degrés, elle dure seulement quelques heures, ayant les allures d'un accès passager, lequel se renouvelle, dans les mêmes conditions, plusieurs fois de suite, pendant l'espace de quelques mois, avec des intervalles plus ou moins longs. Cette fièvre reste sans étiquette marquée si l'on n'examine pas les épiphyses, si la taille ne paraît pas s'accroître, tandis que la douleur à la pression au niveau des cartilages de conjugaison, la fièvre et l'allongement de la taille permettent de faire le diagnostic.

Cependant je me suis trouvé, il y a trois ans, en face d'un cas qui donna lieu à des erreurs de diagnostic. Il s'agissait d'un jeune garçon de 10 ans, habitant la province, se plaignant de vives douleurs dans la hanche; le médecin auprès duquel il fut conduit diagnostiqua une coxalgie et le fit mettre dans la gouttière de Bonnet. Cependant sa mère effrayée du mot coxalgie, ne voulant pas se contenter de voir un seul médecin, partit pour Paris avec son enfant. Elle vint me consulter; or, mon attention venait d'être récemment appelée sur des accidents du même genre. Je fis causer cette femme et j'appris que la maladie avait commencé à la suite d'une séance très prolongée de natation, que le début avait été marqué par une fièvre très intense avec épistaxis, douleurs vives à la hanche, aux genoux, aux poignets, si bien que l'on avait cru tout d'abord à un rhumatisme généralisé.

Quand je vis le malade, tous les phénomènes morbides avaient disparu, il ne restait qu'une douleur épiphysaire. Je reconnus aussitôt qu'il s'agissait d'une fièvre de croissance, je fis supprimer la gouttière, et me bornai à prescrire l'immobilisation au lit pendant quelque temps. La maladie cessa pour de temps à autre reparaître par intervalles, par une série de poussées successives.

Chez la jeune fille de 19 ans, à propos de laquelle je vous ai fait cette leçon, le diagnostic de coxalgie fut également émis; or cette jeune fille jouissait d'une très bonne santé, elle n'avait aucun antécédent morbide, et c'est à la suite d'une longue excursion dans les montagnes qu'elle avait été prise d'une douleur vive, à la fois au niveau du grand trochanter et surtout à la partie interne de l'extrémité inférieure du fémur. Je lui fis retirer aussi la gouttière de Bonnet et elle marche très bien.

M. Brissaud a eu aussi l'occasion de voir à la Pitié, dans le service de Lasègue, une jeune fille de 16 ans chez laquelle on émit tour à tour les diagnostics de chlorose aiguë, de fièvre typhoïde, de granulie, etc., et qui, en fin de compte, n'avait pas autre chose qu'une fièvre de croissance, pendant laquelle sa taille s'accrut de 7 à 8 centimètres, dans l'espace de deux mois.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse. — II. Chlorose, insuffisance mitrale. — III. Épanchement pleurétique, ponction et révulsifs.

I. Sur un brancard de notre salle des femmes, est couchée une jeune fille de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital pour une intumescence douloureuse de l'abdomen. Le ventre, en effet, est irrégulièrement tuméfié, sans que cette augmentation de volume soit due à un véritable tympanisme gastro-in-

testinal, ni à un épanchement ascitique proprement dit. De plus, la température de la paroi abdominale est plus élevée qu'à l'état normal, — fait sur lequel je reviendrai tout à l'heure, — la pression est douloureuse; par la palpation et la percussion on sent une série de bosselures irrégulières, sonores, résultant d'une distension de certaines parties de l'intestin par des gaz, tandis que dans les flancs, sur les parties déclives du ventre, la percussion révèle une matité prononcée due à la présence d'un épanchement liquide dans le péritoine. Bref, nous sommes en présence d'une péritonite avec léger épanchement dans cette séreuse.

Mais le ventre de la femme est toujours plein de mystère en raison de son utérus; aussi avons-nous dû chercher, par l'examen de cet organe, par le toucher, s'il n'y aurait pas là quelque métro-péritonite. Non, nous trouvons seulement, du côté droit, un peu d'empâtement du ligament large (cette femme a eu un enfant il y a deux ans). Sa péritonite est caractérisée par des douleurs abdominales constantes, des vomissements de temps à autre, sans diarrhée, ce qui me donne lieu de croire que jusqu'à présent l'intestin est indemne, qu'il n'existe pas d'entérite. De plus, il n'y a qu'une fièvre très légère. Or, une question importante est celle de la chaleur du ventre. Quelle est donc sa température chez notre malade? Tandis que la température, prise dans l'aisselle, est de 37°6, celle de la paroi abdominale, prise dans la région hypogastrique, est de 37°8, alors qu'à l'état normal elle est de 35°5 à l'épigastre et de 35°3 à l'hypogastre. Donc nous trouvons chez notre malade une élévation de température de 2°3 au-dessus de la normale, laquelle signifie, sans aucun doute possible, l'existence d'une phlegmasie abdominale.

C'est là, dans certains cas, un fait non pas banal mais hautement significatif. En effet, lorsque vous vous trouvez en face d'un épanchement liquide considérable, presque ascitique, il serait nécessaire de savoir à quelle cause l'attribuer, à une péritonite ou à une cirrhose du foie par exemple; si de plus il n'existe ni douleurs abdominales, ni fièvre, s'agirait-il de quelque hydropisie ou de phlegmon. Or, vous savez que la péritonite tuberculeuse s'accompagne presque toujours, du moins au début, de fièvre et de douleurs abdominales, douleurs qui cessent un peu plus tard; de plus, j'ajoute que, si peu intense que soit la phlegmasie péritonéale de nature tuberculeuse, elle entraîne toujours une élévation de température des parois du ventre, élévation que, par contre, vous ne rencontrerez pas dans le cas d'ascite due à la cirrhose, par exemple. C'est donc là un phénomène très important au point de vue du diagnostic.

En résumé donc ces 2°3 d'élévation de la température abdominale indiquent une phlegmasie péritonéale, laquelle a entraîné la formation d'un épanchement liquide peu considérable qui nous explique la matité des parties déclives de l'abdomen. De plus, la surface de l'intestin doit être parsemée de granulations tuberculeuses, et la parésie de la muqueuse intestinale nous rend compte aussi du ballonnement du ventre.

Ajouterai-je que la malade est atteinte depuis trois mois au moins, que la lenteur d'évolution de son mal, que son aspect cachectique, strumeux, que l'état de dépression générale dans lequel elle se trouve, tout, en un mot, concourt à nous faire dire qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse?

Or, comme nous connaissons cette grande loi que tout sujet tuberculeux, par l'un quelconque de ses organes, l'est aussi par ses poumons, nous n'avons été nullement surpris de trouver une mauvaise sonorité au niveau du sommet droit, une respiration un peu faible en avant et à gauche, rude, avec craquements humides en avant et à droite, une matité en arrière, aux deux sommets et principalement à droite.

D'où nous concluons, en résumé, à une tuberculose pulmonaire compliquée de péritonite tuberculeuse.

II. La seconde malade, dont je veux vous parler, est une jeune fille, chlorotique depuis cinq mois, type complet de la chlorose avec tous ses signes caractéristiques à la base du cœur, dans l'artère pulmonaire, dans les vaisseaux du cou. Nous entendons aussi un souffle d'insuffisance mitrale, souffle très doux, très systolique, correspondant au choc de la pointe du cœur. Cette insuffisance est de celles qui guérissent et qui guériront, dans le cas présent, lorsque le cœur aura recouvré sa vigueur musculaire.

Lorsque vous interrogez cette jeune fille sur son état de santé, elle vous répond cette phrase charmante: « Je suis seulement fatiguée, je ne suis pas malade, » ce qui veut dire que ses muscles sont fatigués parce qu'ils sont mal nourris par un sang mal hématosé; ses muscles du cœur en sont là aussi, ils sont fatigués, d'où une impotence fonctionnelle des muscles valvulaires. Aussi lorsque, grâce au traitement par le fer et l'hydrothérapie, cette jeune fille aura récupéré sa vigueur première, son souffle d'insuffisance mitrale cessera.

Si d'aucuns ont nié le pouls veineux, cela tient aux conditions d'attitude dans lesquelles ils ont examiné leurs malades, ce pouls veineux disparaissant quand les malades sont assis dans leur lit, tandis qu'il reparaît lorsqu'ils sont couchés, le reflux veineux se faisant mieux dans cette dernière position.

III. Enfin, au n° 23 de notre salle des hommes, est couché un jeune garçon de vingt-cinq ans, qui est entré hier dans notre service. Il est arrivé à pied à l'hôpital, malgré l'état dans lequel nous l'avons trouvé.

Il se plaint, depuis une quinzaine de jours, d'un point de côté qui se prolonge jusque dans le ventre, d'une part, et de l'autre dans les reins, et pour lequel on lui a appliqué, en ville, un vésicatoire. Il a eu aussi de la fièvre, de l'oppression; bref, il a été atteint de pleurésie, pleurésie peu intense pour laquelle il a consulté un pharmacien du voisinage. C'est lui qui lui a conseillé de se mettre un vésicatoire.

Au premier abord, en l'examinant couché sur le dos, nous constatons une légère ampliation du côté droit du thorax, puis, à la percussion, une matité presque complète dans toute la partie antérieure de la poitrine, sauf au niveau du moignon pulmonaire; en arrière la matité est aussi presque absolue; enfin le malade ne tousse pas lorsqu'il veut se tenir sur son séant. Bref, l'épanchement est assez considérable.

A l'auscultation nous entendons, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, en avant, un frottement rude mais non à grands fracas; au-dessous de ce point, silence à peu près absolu.

En arrière, dans les trois quarts supérieurs, même frottement; plus bas, pas de souffle, mais de l'égophonie prononcée, surtout au niveau de la réunion du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs.

En résumé, cet homme a un épanchement pleurétique, mais il n'a plus de pleurésie, plus de phénomènes fébriles; il a dû avoir un épanchement considérable, la matité s'étendant en arrière jusqu'au sommet; il a eu beaucoup de

liquide dans la poitrine, la matité existant à peu près partout. Enfin, les frottements très manifestes indiquent la présence de fausses membranes. Aujourd'hui cet épanchement pleurétique est en voie de résorption.

J'ajoute qu'un signe absolu des épanchements pleurétiques est la persistance des vibrations thoraciques perçues par la main dans les trois quarts supérieurs de la poitrine, lorsque l'on fait parler le malade, c'est-à-dire là où cet épanchement a disparu, et leur abolition dans le quart inférieur, là, au contraire, où il existe encore une certaine quantité de liquide.

Dans ces conditions, que devons-nous faire comme traitement? Devons-nous faire la thoracentèse? Je crois pouvoir évaluer aujourd'hui la portion du liquide résorbé à un litre et demi au moins, et la portion restante à un litre environ. D'où je conclus à l'inutilité d'une ponction, ayant tout lieu d'espérer que cette résorption continuera. D'ailleurs nous devons y aider, chercher à la favoriser par un traitement énergique.

Nous allons ainsi faire des applications de pointes de feu au nombre de vingt-cinq à trente chaque fois, sur la poitrine, en avant et en arrière, à des intervalles de deux jours, et je pense que deux ou trois de ces applications suffiront pour achever la disparition de cet épanchement.

Je vous citerai, à ce propos, le fait que je viens d'observer en ville, celui d'une très grande dame, d'une femme de la haute société, bien qu'elle soit quelque peu alcoolique, — alcoolisme de bonne compagnie. — (Elle boit chaque jour plusieurs petits verres d'eau de mélisse, de chartreuse, de cognac, et sans compter le champagne.)

Or, cette femme a contracté tout récemment une pleurésie dans son propre hôtel — peut-être dans un moment d'ébriété, — pleurésie des plus insidieuses, diaphragmatique, c'est-à-dire la pleurésie des organismes débilités. Chez elle l'épanchement a été considérable. Lorsque je fus appelé auprès d'elle, en consultation, il y a vingt jours, on ne savait pas trop quel diagnostic porter. Elle n'avait pas de fièvre, sa douleur de côté paraissait siéger dans la rate. Mais ce que je pus constater tout d'abord, ce fut une voussure considérable du côté gauche, une matité absolue, un cœur battant sous le mamelon droit. De là à conclure à pratiquer la ponction, il n'y avait qu'un pas et c'est ce que j'ai fait, surtout vu la quantité de liquide épanché, l'absence de fièvre, le siège de l'épanchement du côté gauche et la débilité du sujet, enfin le déplacement très notable du cœur et par suite les menaces de syncope.

Dès le lendemain matin, je lui enlevais deux litres trois quarts de liquide. A ce moment l'épanchement datait de quinze jours. J'étais convaincu que celui-ci se reproduirait et que je serais obligé de faire une seconde fois la thoracentèse, si je n'intervenais pas très énergiquement par la médication révulsive. C'est ainsi que j'ai fait appliquer un vésicatoire de 12 centimètres sur 10; le liquide reproduit est, le lendemain, d'environ deux tiers de litre; le surlendemain deuxième vésicatoire; trois jours plus tard j'entends des bruits de frottement au niveau du point où le liquide s'est reproduit.

J'ai revu la malade, il y a huit jours, on entendait des frottements presque partout, et hier — vingt jours après la thoracentèse — il n'y avait plus l'ombre de liquide.

C'est ainsi que, dans des cas semblables où l'épanchement a été considérable, on doit, après la ponction, agir par les révulsions répétées pour empêcher le liquide de se reproduire.

FOLIE MÉLANCOLIQUE

ET AUTRES TROUBLES MENTAUX DÉPRESSIFS DANS LES AFFECTIONS OTOPIÉSIQUES DE L'OREILLE

Par M. le docteur Boucheron.

Nombre d'auteurs déjà ont observé que les affections de l'oreille retentissent sur les centres nerveux pour produire à distance des troubles nerveux multiples : vertiges, convulsions, épilepsie, dépression mentale, folie même, etc.

Ce sont naturellement les lésions relativement grossières de l'oreille qui ont été le plus souvent signalées, parce qu'une otorrhée, une suppuration de l'apophyse mastoïde, une carie du rocher, une perforation de la membrane tympanique, des cicatrices vicieuses de la caisse tympanique, un bouchon cérumineux, un corps étranger, un traumatisme de l'oreille, etc., sont faciles à reconnaître.

Mais les affections nerveuses irradiées, dont le point de départ est une pareille lésion de l'oreille, ne sont pas toujours faciles à modifier, car la lésion auriculaire est souvent elle-même irréductible.

J'ai porté, au contraire, mes recherches sur les affections nerveuses irradiées, procédant des affections de l'oreille à lésions moins grossières, en particulier sur les affections otopiésiques par obstruction de la trompe d'Eustache où la pression atmosphérique sans contrepoids (par suite du vide de la caisse tympanique) produit une excitation du labyrinthe et du nerf acoustique par compression — otopiésis.

Dans ce cas, le nerf acoustique excité peut transmettre son excitation aux diverses parties des centres nerveux et produire, selon les sujets et selon leur prédisposition, des effets irradiés divers.

Ainsi transmise : 1° au bulbe et à la moelle, cette excitation produit de l'épilepsie, de la pseudo-méningite, ou des convulsions variées sans caractère spécial; 2° du côté du cervelet, elle produit des troubles de l'équilibration, vertiges, chute, rotation; 3° arrivée jusqu'au cerveau et à l'écorce cérébrale, l'irradiation produit des troubles mentaux légers ou graves ayant un caractère commun de dépression.

Les troubles mentaux légers sont la perte ou la diminution de la mémoire, de l'esprit de suite, de la réflexion, de la vivacité de conception; la diminution de l'affection pour ses proches; des idées de tristesse, de suspicion, de défiance, de persécution, — de l'hypochondrie.

Les troubles mentaux graves peuvent s'élever jusqu'à la folie mélancolique aiguë avec délire, hallucinations et illusions de l'ouïe, pertes de connaissance, etc.

Dans un cas de ce genre, mélancolie aiguë récente, où une diminution de l'audition et des troubles de l'équilibration permettent de reconnaître l'affection auriculaire otopiésique, les insufflations d'air dans la caisse tympanique firent cesser immédiatement la crise de folie mélancolique qui était symptomatique de l'affection de l'oreille. — De même que le traitement de l'oreille fait cesser les troubles mentaux dépressifs moindres et met fin aux séries de crises d'épilepsie également symptomatique de l'otopiésis.

L'intérêt de ces faits est que l'affection causale auriculaire étant relativement facile à modifier, les affections mentales ou nerveuses irradiées peuvent aussi assez facilement être améliorées.

C'est la contre-partie des notions plus étudiées des affections méningo-encéphaliques et myéliques avec lésions propagées vers le nerf acoustique et le labyrinthe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

De la cure radicale des hernies. — M. TH. ANGER craint que, dans la discussion dont le travail de M. Richelot a été le point de départ, on abuse un peu du mot de cure radicale. Il croit que

la moitié au moins des opérés sont atteints de récidive. Pour éviter autant que possible cette récidive, M. Anger laisse la plaie ouverte, de façon à avoir une cicatrice plus étendue et plus solide. Tel est le procédé qu'il a récemment employé chez un malade atteint de hernie congénitale avec le testicule englobé dans les anses intestinales. Il y avait plus de 20 centimètres d'intestin hernié. Ce malade a été assez rapidement guéri, cependant M. Anger lui fait porter un bandage, convaincu que, sans cela, la hernie se reproduirait.

M. TERRIER croit qu'il faut d'abord faire une distinction entre les hernies congénitales de l'enfant et celles de l'adulte. Il y a un certain nombre de hernies congénitales de l'enfance qui guérissent spontanément. Dans certains cas cependant, la guérison spontanée est impossible. Toutefois chez l'enfant, il lui paraît indiqué d'attendre avant d'intervenir par la cure radicale.

Chez l'adulte, on peut distinguer deux cas : ou bien il y a ectopie testiculaire, ou il n'y a pas ectopie testiculaire. Dans l'ectopie testiculaire compliquant une hernie congénitale, M. Terrier trouve plus logique d'enlever le testicule que de le conserver. Quand il n'y a pas d'ectopie, il faut à tout prix conserver le testicule.

Reste la question du procédé à employer. M. Terrier préfère le procédé de M. Lucas-Championnière à celui de M. Julliard (de Genève). M. Terrier fait très facilement la cure radicale de la hernie. Cette opération ne lui paraît pas avoir d'inconvénient. Il l'a faite 30 fois; dans ce nombre il n'a rencontré qu'un seul cas de hernie congénitale. La dissection de la gaine vaginale est difficile. M. Terrier la divise en deux parties et dissèque successivement chacune des parties; il attire le sac, en fait la suture au niveau du canal et le remonte aussi haut que possible. C'est en somme un procédé simple, pas aussi difficile que semble le dire M. Lucas-Championnière. M. Terrier a toujours cherché et obtenu la réunion par première intention. En cela, il est d'une opinion absolument opposée à celle de M. Anger.

Dans les ovariotomies, par exemple, chaque fois qu'il a eu une réouverture de la plaie par un accident quelconque, il a vu se produire consécutivement une éventration. La suppuration ne saurait donc être considérée comme un moyen d'obtenir une cicatrice solide.

M. BERGER veut porter la discussion sur la question des indications. Il semblerait, d'après M. Richelot, que la cure radicale fût indiquée dans tous les cas de hernie congénitale. Ce serait supposer que ces hernies ne guérissent jamais par les bandages, que l'opération est toujours bénigne et efficace. Ce sont ces points que M. Berger veut examiner.

Il a recueilli dix mille observations de hernies pendant six ans, au Bureau central. Sur ce nombre il a relevé 1212 hernies inguinales sur lesquelles il a vu 272 hernies congénitales jusqu'à l'âge de quinze ans.

Sur 60 individus atteints de hernies congénitales datant de l'enfance, pris entre quinze et soixante-dix ans, il n'y en a que deux qui n'aient pas guéri par des bandages; donc, la plupart des hernies congénitales, datant de l'enfance, guérissent spontanément ou par des bandages.

On a dit que les hernies congénitales étranglées ne pouvaient être réduites par le taxis. M. Berger n'accepte pas cette manière de voir. Il cite plusieurs exemples de hernies congénitales étranglées ainsi guéries. L'opération réussit très généralement dans ces cas. Toutefois, il y a encore une mortalité de 4 p. 100 dans ces opérations. Ce n'est donc pas une opération absolument bénigne. Or, la mortalité des malades non opérés n'est même pas de 1 p. 100. Donc, pour une affection qui n'amène pas 1 p. 100 de mortalité, on propose une opération qui donne une mortalité assez élevée.

Ce serait encore acceptable si l'opération était toujours efficace. M. Berger s'applique à démontrer qu'il n'en est rien.

M. Berger n'est donc pas opposé à la cure radicale de la hernie congénitale, mais il ne croit pas qu'il soit indiqué de la généraliser. Pour lui, on n'est jamais autorisé à opérer de la cure radicale de hernie congénitale, les individus âgés de moins de vingt-cinq ans. Au delà de cet âge, l'ectopie testiculaire, l'irréductibilité de l'épiploon lui paraissent indiquer formellement l'opération de la cure radicale; sauf dans les cas d'ectopie, il faut toujours conserver le testicule.

Pour ce qui est de l'hydrocèle congénitale, il est excessivement rare qu'elle précède ou accompagne la hernie congénitale, contrairement à l'opinion émise par M. Richelot.

M. SEGOND fait observer que la question s'est singulièrement élargie. Dans la communication de M. Richelot, il s'agissait surtout du manuel opératoire de la cure radicale des hernies. A ce point de vue, la question capitale est la dissection du sac. M. Lucas-Championnière a insisté avec raison sur l'importance et la difficulté de cette dissection. M. Richelot la considère comme assez facile et toujours possible. Telle n'est pas l'opinion de M. Segond, qui croit qu'il est des cas où elle est impossible; dans ces cas, il lui paraît indiqué de recourir au procédé de capitonnage dont a parlé M. Terrillon.

M. Segond aborde la question de la castration.

Un chirurgien allemand a écrit qu'il fallait toujours la pratiquer, quand il y avait des difficultés pour la dissection. C'est là une opinion contre laquelle M. Segond s'élève avec énergie.

M. Socin (de Bâle) dit que l'opération de la cure radicale donne de bons résultats quand il s'agit d'hommes bien portants, atteints de hernies petites, récentes et facilement réductibles. Or, dans ces cas, selon M. Segond, il n'est pas besoin d'opérer. Quant au bandage, que M. Socin considère comme nuisible à la suite de la cure radicale, M. Segond le croit indispensable à la suite de la cure de hernies volumineuses et difficilement réductibles. Ce bandage doit être petit, léger, et constituer simplement un appareil de contention.

LECTURES

M. GUERLAIN (de Boulogne) lit une observation de prolapsus complet de l'utérus opéré avec succès par un procédé de cloisonnement latéral (comm. M. Bouilly).

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Anus iliaque. — M. RECLUS a pratiqué, il y a sept mois, un anus iliaque, chez une femme atteinte de cancer du rectum. Cette femme est morte de généralisation dans le foie. M. Reclus présente aujourd'hui les pièces anatomiques provenant de cette malade.

M. Reclus avait pratiqué cette opération en deux temps. Il avait d'abord attiré l'anse intestinale au dehors, l'avait fixée simplement à la paroi par des bandelettes iodoformées, avait attendu la formation des adhérences et le sixième jour seulement avait ponctionné l'intestin. Les douleurs atroces dont était atteinte cette malade avaient aussitôt disparu après l'ouverture de l'intestin. Celui-ci avait été ouvert avec le thermo-cautère.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Corps de santé.

Le Conseil d'amirauté, dans sa séance du 19 novembre 1887, a inscrit au tableau d'avancement les officiers du corps de santé de la marine, dont les noms suivent :

1° *Pour le grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Michel.

2° *Pour le grade de médecin principal* : MM. les médecins de première classe : 1. Infernet; 2. Bellamy; 3. Cotte; 4. Moursou; 5. Bestion; 6. Aube.

3° *Pour le grade de médecin de première classe* : MM. les médecins de deuxième classe : 1. Dufourcq; 2. L'Honen; 3. Féraud;

4. Bellot; 5. Fras; 6. Le Dantec; 7. Marestang; 8. de Guyon de Pontouraude; 9. Colle.

4° *Pour le grade de pharmacien principal* : M. le pharmacien de première classe Sauvaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 novembre 1887, M. le docteur Simon, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 14 novembre 1887, M. Cassan, médecin-major de deuxième classe au 11e cuirassiers, a été désigné pour le 123e d'infanterie, par permutation avec M. Achintre.

— Par décision ministérielle, en date du 15 novembre 1887, ont été désignés :

M. Emery-Desbrousses, pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; MM. les médecins aides-majors de première classe Lafille, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Joire, pour le 43e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1887, M. Kocher, médecin aide-major de première classe au 9e cuirassiers, a été désigné pour l'hôpital militaire d'Ajaccio.

— Par décision ministérielle, en date du 18 novembre 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Charton, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (pour ordre) ; Colin, pour le 10e d'infanterie ; Apté, pour l'hôpital de Cambrai.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Héricourt est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de physiologie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les familles des médecins ayant appartenu comme professeurs aux écoles de médecine de Bordeaux, soit avant la révolution, soit depuis, et qui auraient des portraits de ces professeurs ou des documents les concernant, sont instamment priées de vouloir bien en donner communication au secrétariat de la Faculté.

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École, pour l'année scolaire 1886-1887.

Médecine. — Première année : premier prix, M. Auvray; — deuxième année : premier prix, M. Lesage; — quatrième année : premier prix, M. Loisel.

Concours Dan de la Vauterie : premier prix, M. Loisel; — concours Le Sauvage : deuxième prix, M. Dameuve; — concours de travaux cliniques : premier prix, M. Rondel.

Pharmacie. — Première année : premier prix, M. Renouf; mentions honorables, MM. Lecuyer et Lebrun; — deuxième année : premier prix, M. Desrez; mention honorable, M. Satis; — troisième année : premier prix, *ex æquo*, MM. Rancin et Eudes.

Concours de travaux chimiques : premier prix, M. Satis; mention honorable, M. d'Auploy.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Voulmier, préparateur de physique, est nommé chef des travaux pratiques de physique (emploi nouveau). — M. Chaput est nommé préparateur de physique.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval.

M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck.

— M. Troisier vient d'être élu membre titulaire de la Société de biologie, par 36 suffrages sur 41 votants.

— M. le docteur Bournet (d'Amplepuis) vient d'être nommé chevalier de la Couronne d'Italie.

— M. le docteur Labrousse, adjoint au maire de Ribérac, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque populaire de Ribérac.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Davis (de Morestel).

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 23 janvier 1888, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre d'inscriptions est ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, de neuf heures à midi, et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 16 janvier inclusivement.

— M. Paul Adam soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 23 novembre, à huit heures trois quarts, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Action de quelques chlorures organiques sur le diphényle en présence du chlorure d'aluminium. »

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le laboratoire de recherches de M. le professeur Gaston Bonnier (botanique) est ouvert, pendant l'année scolaire 1887-1888, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir. On s'inscrit, de deux heures à quatre heures, au laboratoire de botanique de la Sorbonne (Escalier E, au deuxième étage).

Le laboratoire d'enseignement est ouvert à partir du 21 novembre. Les exercices et travaux pratiques de morphologie, de physiologie et de botanique systématique dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles, auront lieu sous la direction du professeur. Les manipulations en vue de la préparation spéciale à la licence commenceront le 15 mars 1888. On s'inscrit de deux heures à quatre heures, au secrétariat de la Faculté des sciences.

Les laboratoires d'enseignement de MM. les professeurs H. de Lacaze-Duthiers et Yves Delage s'ouvriront à la même date.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours sous la direction des professeurs, de midi à quatre heures ; ils consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires de recherches seront ouverts à la Sorbonne, pendant toute l'année scolaire, et aux stations maritimes de Roscoff (Finistère) pendant l'été, et de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales), pendant l'hiver. On s'inscrit de deux heures à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traumatisme et névropathie, par M. le docteur Bataille. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement, par M. le docteur A. Étienne, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (prix de l'Académie 1886). Un volume in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées ; uréthrotomie interne, par M. le docteur Reliquet. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21946

10

ANALYSE DE NOVEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de novembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032 »
	gr.	
Beurre par litre	49.500	
Albumine	4.200	
Caséine	31.700	
Sucre de lait	53.000	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	145.600	145.600
Eau		886.400

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.230
Acide sulfurique	0.232
Chaux	1.749
Magnésie	0.174
Potasse	1.639
Soude	0.509
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.667
Total	7.200

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

58

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoform dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antiseptie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

18

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

21

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que **Hémorrhoïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal**

et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

32

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

24

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

25

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

26

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

19

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

51

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés contenant 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr

69

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU HÉMOSTATIQUE DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Employée dans les hôpitaux contre

RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, HÉMOPTYSIES

AFFECTIONS des VOIES URINAIRES

LE FLACON : 2 FRANCS

Gros, 5, rue Drouot, Paris.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. ».** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Péan a été élu hier membre de l'Académie de médecine... Comment, entendons-nous d'ici s'écrier un grand nombre de savants étrangers et peut-être pas mal de médecins en France même, M. Péan n'était donc pas de l'Académie? Non. Et il n'a pas dépendu de la commission d'élection qu'il n'en fût pas encore aujourd'hui. Heureusement la majorité de l'Académie s'est emparée de la balance et elle a fait pencher le plateau du côté de l'équité. M. Péan a été élu au premier tour par 47 voix sur 84 votants; M. Le Dentu, très soutenu d'ailleurs, en ayant obtenu 34. Quoique tardive, cette justice rendue à ses beaux travaux et à sa brillante carrière chirurgicale, est pour nous une grande satisfaction et nous sommes convaincus que le plus grand nombre de nos lecteurs l'accueilleront avec le même sentiment et y applaudiront comme nous.

Avant l'élection, l'Académie avait entendu la lecture du discours que M. Constantin Paul a prononcé en son nom à la cérémonie d'inauguration du monument Bretonneau, Velpeau et Trousseau. C'était l'éloge de Trousseau, dont il a été le collaborateur, qui lui incombait de par le vœu de la compagnie. Elle a entendu ensuite une lecture de M. Paul Berger sur l'autoplastie, par la méthode italienne modifiée.

Après, la tribune a été occupée d'abord par M. Tillaux, pour la présentation d'un malade auquel il a pratiqué la trachéotomie pour un néoplasme endo-laryngé; puis par M. Hérard, qui a lu, au nom d'une commission, un important et très consciencieux rapport sur les essais de traitement de la phthisie pulmonaire, par les inhalations d'acide fluorhydrique, faits et communiqués à l'Académie par MM. les docteurs Seiler et Garcin. On trouvera dans le compte rendu un résumé du rapport, particulièrement en ce qui concerne l'appréciation des résultats obtenus par ces deux bien inspirés et zélés expérimentateurs.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Des névroses sans lésion et des névroses avec lésion matérielle.

Dans les névroses, les troubles fonctionnels précèdent toujours les lésions et souvent les provoquent, et c'est ainsi, par exemple, que vous trouverez des hystériques sans lésions tout d'abord, puis, les années succédant aux années, avec lésions.

« L'hystérie, a dit M. Grasset (de Montpellier), est toujours une vraie névrose; il n'y a pas de lésion le plus souvent et, en tout cas, il n'y a pas de lésion constante. Tout le monde connaît le fait célèbre de M. Charcot; on trouva une sclérose des cordons latéraux, chez une vieille hystérique qui avait de très anciennes contractures. Mais ce n'était là qu'une coïncidence (une hystérique pouvant avoir un tabes dorsal), ou mieux une lésion secondaire, toute altération fonctionnelle pouvant entraîner une lésion anatomique à un moment donné, par le fait même de sa persistance et de sa répétition. »

Je n'aime pas le mot altération fonctionnelle; il ne vaut rien; il convient mieux de dire : trouble fonctionnel.

Tout acte fonctionnel implique une hyperhémie et toute hyperhémie est proportionnelle à cet acte même; de sorte que, si celle-ci persiste pendant un certain temps, elle entraîne un degré plus ou moins considérable d'hyperplasie.

Le passage de M. Grasset que je viens de vous lire est gros de conséquences au point de vue thérapeutique, et ce que je vais ajouter vous montrera l'importance de la révulsion, vous montrera que, si l'on arrive à temps, c'est-à-dire au début, on pourra, grâce à elle, enrayer l'hyperhémie.

Une névrose est donc un trouble fonctionnel, qui, s'il dure longtemps, peut entraîner le développement d'une lésion matérielle, c'est-à-dire de la sclérose, c'est-à-dire encore de l'induration. La sclérose, c'est la prolifération du tissu conjonctif interstitiel dans l'organe et, par suite, son étranglement.

La sclérose n'est pas un acte; elle est un fait. Un acte suppose des agents et par suite produit un degré d'usure plus ou moins considérable; or, tant que l'usure se trouve combattue par la réparation, l'équilibre se maintient, mais lorsque, au bout d'un certain nombre d'années, l'usure l'emporte sur la réparation, l'équilibre est rompu et la lésion se produit. Or, cette usure se porte surtout sur le système artériel et cardiaque, de là les lésions de sénilité.

De plus, il est un autre facteur, dont il faut savoir tenir grand compte, je veux parler de la vie anomale d'un certain nombre d'individus, vie agitée par des passions de toute nature, qui font que, dès l'âge de quarante ans, vous pouvez constater déjà des lésions artérielles, de l'artério-sclérose, c'est-à-dire des lésions résultant d'une irritation naturelle permanente, à laquelle se surajoute une irritation matérielle qui est le produit de certains abus : abus du tabac, du café, par exemple, etc., etc.

Ces individus ont, par suite, non seulement une artério-sclérose de l'aorte et de ses branches principales, mais encore des artères du cerveau. De là peuvent résulter des troubles gastriques avec dilatation stomacale, des troubles cardiaques, des troubles pulmonaires, certaines douleurs dans la région cervicale postérieure, entre les deuxième et troisième vertèbres cervicales, surtout du côté gauche, au point d'émergence des nerfs pneumogastriques. Enfin les accidents peuvent aller jusqu'à l'apoplexie par rupture de vaisseaux scléreux n'ayant plus leur élasticité normale.

D'autre part, les artères rénales pouvant également être atteintes d'artério-sclérose, vous verrez se dessiner des accidents de néphrite interstitielle.

C'est ainsi, en résumé, que des malades qui ont surmené leur organisme, se trouveront pris de vertiges sans troubles de la pensée, que d'aucuns considéreront comme des vertiges stomacaux, tenant à un certain degré de dilatation stomacale, et traiteront par des excitants. Mais le mal persistant, on ira consulter un autre médecin qui, examinant le cœur, trouvera un bruit de galop, des troubles circulatoires liés à quelque néphrite interstitielle. Mais les urines ne renferment pas encore d'albumine. Puis au bout d'un certain nombre de mois, on verra éclater, tout à coup, des accidents formidables, une dyspnée que rien, en apparence, ne justifiera, et un troisième médecin appelé déclarera qu'il s'agira d'asthénie, tandis qu'un quatrième opinera pour une angine de poitrine, en raison même de la douleur précordiale accompagnant les accidents.

Bref, le malade se trouve calmé momentanément par des injections sous-cutanées de morphine et des révulsions sur la région vertébrale, puis le mal reparaît, avec œdème des extrémités et des paupières, albumine dans les urines ; on consulte un cinquième médecin qui diagnostique une maladie de Bright. Or, de tous ces diagnostics, le seul vrai est celui d'artério-sclérose pour ainsi dire généralisée, tandis qu'on a pris successivement chaque fraction de maladie pour une maladie tout entière, alors qu'on avait affaire à une seule et même affection évoluant peu à peu sur chacun des organes du même individu, non seulement par le fait de l'usure vitale normale, mais encore d'une usure vitale exagérée.

Et ce que je viens de vous dire de l'artério-sclérose est parfaitement applicable à la névro-sclérose, c'est-à-dire à la sclérose de l'appareil nerveux ; témoin l'histoire d'un individu qui, voyant tomber autour de lui des éclats d'obus, au bombardement de Vienne, est pris soudain d'une terreur folle avec tremblement, puis, quelque temps après, de paralysie agitante et meurt quelques années plus tard, avec une sclérose de la protubérance et des cordons antérieurs de la moelle, ainsi que le démontra son autopsie ; témoin aussi le fait de la vieille hystérique de M. Charcot, dont je vous parlais en commençant cette leçon.

Voici un autre fait, que j'ai eu l'occasion d'observer, et des plus intéressants comme enseignement clinique. Je soignais une jeune Polonaise, d'un grand nom, en proie à des accidents hystériques des plus sérieux. Axenfeld et Duchenne (de Boulogne), avec lesquels je m'étais trouvé en consultation auprès d'elle, avaient prescrit un traitement hydrothérapique par des jets d'eau froide sur tout le corps, traitement auquel j'étais tout à fait opposé chez cette malade et dont elle-même, d'ailleurs, ne voulait pas entendre parler, n'ayant jamais pu supporter l'eau froide. Néanmoins on passe outre et, quelques jours plus tard, lorsque sa première douche lui est donnée, elle tombe brusquement à terre, contracturée et avec des accidents tétaniformes. Cela se passait en 1870, quelque temps avant la guerre.

A partir de ce moment, la malade était en proie à des spasmes parfois tels que la figure se cyanosait et qu'il y avait réellement menace de mort par asphyxie. Vous voyez par là combien les accidents étaient sérieux, la situation grave.

Une nouvelle consultation a lieu, à laquelle assistent encore d'autres médecins ; nous nous accordons tous pour reconnaître qu'il s'agit d'hystérie, et j'ajoute : d'un de ces cas d'hystérie grave, comme j'en ai rencontré quelquefois, dans lesquels les malades, conservant les phénomènes de contractures, restaient infirmes pour le reste de leur vie. Je dis encore que je suis convaincu que pareils troubles fonctionnels amèneront, à un moment donné, plus ou moins lointain, par leur persistance, une lésion matérielle du système nerveux, et je propose immédiatement d'avoir recours à la médication révulsive appliquée à hautes doses. Ma proposition est absolument repoussée par mes confrères qui, d'un commun accord, ordonnent l'électrisation.

Sur ces entrefaites, le siège de Paris a lieu, ma jeune malade quitte la France, se réfugie en Suisse. La famille consulte M. le docteur Gossi, ancien interne des hôpitaux de Paris, médaille d'or. Le traitement qu'il propose est exactement celui que j'avais également proposé quelque temps auparavant, c'est-à-dire la méthode révulsive. Il fait appliquer quatre moxas. Huit mois plus tard la jeune fille rentrait à Paris complètement guérie. Aucune rechute depuis lors ne s'est produite. Elle est actuellement mariée et mère de plusieurs enfants.

Vous voyez combien j'avais eu raison de vouloir traiter cette malade par les révulsifs et combien j'ai raison aussi de préconiser en pareils cas ladite médication. Je m'appuyais et m'appuie, pour soutenir le bien fondé de la méthode, sur des faits cliniques d'ataxie locomotrice, laquelle est aussi une sclérose, et qui, traitée ainsi dès le début, a eu les meilleurs résultats.

Ce n'est donc ni par l'eau froide, ni par l'électrisation qu'il faut combattre l'hyperhémie du système nerveux, mais bien par les révulsions. Il ne faut pas non plus rester spectateur silencieux d'un trouble fonctionnel d'une certaine intensité ou d'une certaine durée.

C'est ainsi que nous allons soigner l'hystérique que nous avons en ce moment dans nos salles, et qui est plongée depuis cinq ou six jours dans un état de profonde torpeur, sans contractures, c'est-à-dire en proie à des troubles fonctionnels qui finissent toujours par une lésion matérielle des centres nerveux. C'est ainsi, dis-je, que, chez elle, je vais recourir aux cautérisations le long de la colonne vertébrale.

DE L'OTOLOGIE (1)

Par M. le docteur Léonce Couetoux (de Nantes).

II

Après avoir, dans un article précédent, jeté un coup d'œil sur les deux plus communes affections de l'oreille, l'obstruction tubaire par végétations adénoïdes et l'otite scléreuse, nous avons constaté que la première était facilement éloignée par une main compétente; que, pour la seconde, une thérapeutique rationnelle pouvait arrêter souvent les progrès du mal, soulager presque toujours et quelquefois amener une évolution régressive. Ces considérations condamnent l'indifférence médicale, traitement habituel de ces affections fréquentes. Aussi peut-on affirmer que ne pas reconnaître les résultats, je dirai brillants, qu'obtient l'otologie dans les affections auriculaires de l'enfance, c'est vraiment mériter soi-même l'application du vieil adage : « Il n'est pire sourd que celui qui ne veut point entendre. »

Faut-il en conclure que la science qu'ont illustrée les Politzer et les Michel (de Cologne) mérite une place honorable à côté de celle qu'ont si haut placée les travaux des Desmarres, des Donders, des Graëfe et des Wecker? Assurément. Non seulement, en effet, elle la mérite par les guérisons si fréquentes qui récompensent les efforts de la thérapeutique, mais encore par la lumière que jette l'étude des symptômes otologiques sur les affections concomitantes. Si parfois l'ophthalmologiste reconnaît le tabes, la syphilis, le diabète, la néphrite, par le seul examen de l'œil, l'auriste ne laisse pas de reconnaître, plus rarement il est vrai, mais parfois cependant, soit la syphilis, soit le tabes, et l'organe qui fait l'objet de ses études peut être le seul atteint par un mal resté latent jusqu'au jour où éclatent les accidents auriculaires. Les travaux de Fournier, de Charcot, ne négligent pas ces indices, et l'auriste a parfois la bonne fortune d'être le premier mis sur les traces du mal. Il est bien vrai que, dans les deux cas dont nous parlons, son action est souvent bien faible au point de vue de la guérison de l'état local, mais cependant dans le tabes il peut parfois soulager des bourdonnements insupportables (Hermet) et, dans la syphilis tertiaire, il peut prévenir l'envahissement de lésions cérébrales.

En ce qui concerne la syphilis secondaire, les travaux de Jégu et Baratoux, auxquels je ne puis que renvoyer le lecteur, démontrent toute l'importance de l'examen otologique.

Sans parler des troubles cérébraux divers occasionnés par un corps étranger de l'oreille et qui, faute d'un examen otoscopique, ont provoqué d'étranges erreurs de diagnostic, rappelons que l'examen local de l'oreille est signalé par M. Charcot comme nécessaire, si l'on veut éviter de confondre le syndrome de Menière avec l'épilepsie, la grande hystérie. Sans cet examen le diagnostic différentiel peut être fort embarrassant; et ici la thérapeutique suivrait une voie bien différente, suivant le diagnostic.

Ces considérations sont loin de donner à l'otologie, au point de vue de la médecine générale, une importance aussi grande qu'à l'oculistique.

Mais où l'otologie prend une importance que n'a pas l'oculistique elle-même, c'est dans la notion qu'elle donne des lésions nasales, pharyngiennes et tubaires, et dans le retentissement de ces dernières sur la santé générale. Nous avons, en effet, insisté déjà sur la fréquence des céphalalgies que guérit la cautérisation pharyngienne ou nasale; mais quelle importance n'a pas le fait de débarrasser la gorge de ces végétations sous l'influence desquelles le nez, perdant son rôle d'organe respiratoire, se rétrécit par non-développement de sa charpente osseuse et par gonflement de sa muqueuse, tandis que les amygdales et les productions pharyngiennes s'hypertrophient et diminuent le passage réservé à l'apport de l'air respiratoire. Le poumon en subit le contre-coup et nous voyons M. Grancher diagnostiquer les végétations par la constatation du mode respiratoire et l'oreille appuyée sur son sthétoscope.

Nous n'insisterons pas sur l'immense bienfait qu'éprouvent les enfants, chez lesquels un traitement rapide rétablit les choses à l'état normal, alors qu'autrefois et trop souvent encore aujourd'hui, j'allais dire le plus souvent encore, leur aspect particulier, l'absence des plis de la face, leur bouche toujours béante les faisait traiter comme scrofuleux; singulière scrofule que n'accompagnent ni les lésions locales si fréquentes de cette diathèse, ni les ganglions sous-maxillaires, etc. Il n'en fallait pas moins absorber sirops et potions, et, pour comble, l'évolution régressive, qui est la marche ordinaire des végétations adénoïdes, était attribuée aux remèdes : l'enfant avait guéri grâce aux vésicatoires, aux sirops, mais l'oreille avait coulé plusieurs années, l'ouïe était atteinte définitivement, le nez et la poitrine se développaient mal et l'instruction ainsi que l'intelligence avaient parallèlement souffert. On reconnaissait bien quelquefois (Boucheron), non toujours, qu'il y avait obstruction tubaire, mais on en accusait des lésions inflammatoires de la scrofule, oubliant que, s'il en avait été ainsi, les déformations consécutives à ces lésions n'auraient pas laissé se rétablir par la suite la perméabilité du conduit, généralement du moins, et on se livrait à des cathétérismes au moins inutiles et où l'on faisait souvent intervenir l'emploi du chloroforme (Boucheron).

Pense-t-on, quand on agit ainsi, que cette habitude de la respiration buccale n'amènera pas plus tard des troubles vers la région tubaire? Nous ne pouvons éloigner cette idée que l'otite scléreuse dans bien des cas ne reconnaît pas autre chose que l'évolution des végétations telle que nous venons de la décrire : elles ont dans l'enfance établi la respiration buccale, leur régression incomplète ou trop lente a laissé bien établir l'habitude de cette respiration, d'où irritation tubaire et otite scléreuse. Il nous semble que, bien souvent, telle est l'origine de cette otite appelée à tort nerveuse, labyrinthique.

Il nous reste à étudier le rôle de l'otologie dans l'aliénation mentale.

On a remarqué que, lorsque ces malades se regardent comme empoisonnés et qu'une crise de plaintes avec excitation nerveuse se manifeste sous l'impulsion de cette idée, un purgatif ramène parfois le calme; de même en est-il pour ces bruits subjectifs dont ils se plaignent si souvent, paroles de menace, etc. J'ai vu l'état de surexcitation, dû à des voix, etc., se calmer un peu par le cathétérisme de la trompe. Toutefois, je suis obligé de généraliser un peu, car j'ai eu peu de faits de ce genre à étudier. Mais je tenais à aborder cette question parce qu'elle prend aujourd'hui un regain de nouveauté.

Ce n'est pas qu'on n'ait déjà signalé dans l'aliénation la fréquence prédominante des hallucinations auditives. Sur 58 cas d'hallucinations limitées à un sens, Marri en compte 27 auditives. On a signalé depuis longtemps, depuis Darwin et Foville surtout, l'excitation sensorielle comme le point de départ des hallucinations : différant sur la théorie, les aliénistes n'en reconnaissent pas moins tous le fait. Enfin pour ce qui est du traitement, Marri essayait déjà d'agir sur l'organe, en introduisant dans le conduit auditif de l'huile de jusquiame, etc. : tentative bien imparfaite par les moyens employés, mais provoquée par une conception très clinique.

Mais avec M. Ball la question prend une bien autre importance. Les hallucinations de l'ouïe, dit-il, sont les plus fréquentes, les plus graves, celles qui se rapportent le plus directement à la folie et qui se dissipent le moins facilement. La surdité, loin de mettre obstacle à ces phénomènes, paraît être l'une des causes prédisposantes les plus efficaces. Presque tous les aliénés sourds finissent par avoir des hallucinations; souvent on trouve à l'autopsie des lésions très prononcées de l'appareil auditif. C'est sans doute dans ces conditions que se produisent ces bruits singuliers qui ne sont perçus que d'un côté. Les recherches de Brunner sur l'action des courants galvaniques appliqués aux organes auditifs ont été reprises par Jolly (de Lyon) sur les hallucinés. Il a reconnu que presque tous ces malades présentaient une hyperesthésie du nerf acoustique. « Notons que cette hyperesthésie, appelée hyperacousie par les auristes, est signalée au début de l'otite scléreuse et s'accompagne dans ce dernier cas de diminution de l'ouïe. La ques-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1052.

tion est à reprendre chez les aliénés. On peut aussi chez ces malades provoquer de véritables hallucinations. Sous cette excitation ils entendent des mots, des phrases. Ce serait là un fait immense s'il était démontré; il faut un contrôle. » Ajoutons que l'école lyonnaise, par l'organe de M. Lannois, nous fait espérer de nouveaux travaux sur cette question pour le prochain congrès otologique.

Au point de vue philosophique, signalons la précision de cette méthode analytique, qui consiste à partir de l'étude d'un organe et, par un examen attentif, à déduire les lésions concomitantes éloignées ou voisines, surtout si on la compare aux vagues synthèses des théories diathésiques. Cette méthode analytique est à l'ancienne, ce que nos ingénieux appareils d'exploration sont aux moyens qu'employaient nos prédécesseurs, aussi faut-il s'étonner de voir pâlir sur le microscope des étudiants non encore initiés à l'exploration des organes vivants. Ils ne savent pas examiner une papille, un tympan, et ils étudient les lésions cadavériques. L'étude du malade ne serait-elle pas plus opportune que la préparation histologique, bientôt abandonnée pour toujours, ou la lecture de compendieux traités?

Peut-être lorsque l'on accordera à l'otologie la place qu'elle a légitimement conquise, ne verra-t-on plus, comme à Nantes, une école de sourds-muets que ne visite jamais un médecin auriste, et une bibliothèque d'école de médecine dite de plein exercice où n'a pas encore pénétré un seul traité d'otologie, de laryngologie, ni de rhinologie, ni un seul journal traitant ces matières.

AUTOPLASTIE PAR LA MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE

Par M. Paul Berger.

Le procédé d'autoplastie en question consiste dans la transplantation sur un ulcère ou sur une cicatrice vicieuse, préalablement avivés, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir. Il diffère de la méthode italienne proprement dite, en ce que, dans cette dernière, le lambeau, taillé à l'avance, n'est adapté à la surface à recouvrir que quand il suppure ou même quand il est recouvert de cicatrice, tandis que, dans l'opération nouvelle, on cherche à obtenir la réunion par première intention du lambeau fraîchement taillé avec son point d'application par la suture.

Après avoir rappelé les opérations de cette nature qu'il a antérieurement pratiquées et qui ont été communiquées à l'Académie et à la Société de chirurgie, M. Berger rapporte trois observations nouvelles et présente les malades et des photographies représentant les résultats obtenus.

Premier cas. — Cicatrice de brûlure circulaire et ulcères incurables de la jambe gauche remontant à douze ans. Guérison par l'application d'un lambeau emprunté à la jambe droite et laissé adhérent à son pédicule 27 jours. Une seconde tentative d'autoplastie fut moins heureuse, le lambeau se mortifia : néanmoins, et malgré un érysipèle, le malade guérit et cicatrisa complètement.

Deuxième cas. — Cicatrice totale de l'avant-bras, du coude, du bras et de l'épaule, avec ulcère incurable du pli du coude ayant amené l'impossibilité d'écarter le bras du tronc et la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Guérison complète par la transplantation successive sur le membre supérieur de trois grands lambeaux pris au tronc et laissés adhérents à leur point d'origine par leur pédicule 9, 17 et 19 jours. Une quatrième autoplastie par échange de lambeaux eut pour but de permettre l'écartement du bras et du tronc. Aujourd'hui la cicatrisation est complète; l'opéré peut étendre l'avant-bras sur le bras jusqu'à un angle de 140 degrés environ, et lever le coude à la hauteur de l'épaule.

Troisième cas. — Cicatrice vicieuse fixant le pouce sur la face dorsale de la main gauche; impossibilité de la flexion et de l'opposition du pouce, et de se servir de la main pour saisir aucun objet. Application dans le premier espace interosseux, après section des brides, d'un lambeau pris sous le sein droit et laissé 17 jours adhérent par son pédicule. Guérison, résultat fonctionnel parfait; opposition et flexion du pouce faciles; travail possible.

Sur six malades qu'il a traités par cette méthode, M. Berger a pratiqué neuf opérations, dont huit lui ont donné un résultat favorable. Une seule fois le lambeau s'est mortifié, et il a été facile d'assigner à cet insuccès des causes précises, de véritables fautes opératoires dans lesquelles on se garderait de tomber une autre fois.

Dans un cas seulement, on a vu survenir un érysipèle qui n'a pas compromis le succès de l'autoplastie. Chez ces six malades, le résultat obtenu a été celui qu'on se proposait d'obtenir au point de vue de la restauration de la forme et des fonctions.

Ce genre d'autoplastie, qui n'a d'autre désavantage que la position un peu forcée et l'immobilité prolongée qu'il faut infliger à l'opéré, paraît convenir surtout dans le cas où, autour de la perte de substance ou de la difformité à réparer, il n'y a pas de téguments sains pouvant servir à une autoplastie, et dans le cas où la formation de lambeaux pris au voisinage risquerait d'aggraver les difformités existantes; à la face, au voisinage des articulations, par exemple.

Pour ce qui est des précautions particulières à ce genre d'autoplastie, M. Berger insiste sur les points suivants :

I. *Avant l'opération.* — Il faut déterminer très exactement le lambeau, de telle sorte qu'après sa fixation, il ne soit le siège d'aucune traction et d'aucun tiraillement. Choisir son pédicule autant que possible dans le sens où les vaisseaux l'abordent. Préparer à l'avance l'appareil plâtré qui, après l'opération, doit maintenir les membres, réunis par le lambeau, dans une immobilité parfaite, mais dans une position aussi peu gênante que possible. Précautions antiseptiques rigoureuses.

II. *Opération.* — Premier temps (avivement) : Celui-ci doit comprendre l'ablation complète de la couche granuleuse des ulcères et la section des brides cicatricielles existantes.

Deuxième temps (dissection du lambeau) : Le lambeau déterminé et dessiné à l'avance doit dépasser d'un tiers, dans toutes les dimensions, la surface à recouvrir. Il doit comprendre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dont il faut se garder d'enlever la graisse.

Troisième temps (suture) : On réunit par première intention la plaie résultant de la dissection du lambeau; on réunit aussi la circonférence du lambeau au pourtour de la perte de substance à recouvrir par une suture très soignée au crin de Florence : on n'emploie de points de suture profonds que vers le pédicule.

Quatrième temps (immobilisation et pansement) : Le pansement qui convient le mieux est le pansement à l'iodoforme; il faut exercer sur le lambeau un certain degré de compression pour obtenir rapidement l'adhésion de sa face profonde à la surface qu'il recouvre. On immobilise sévèrement les membres ou les parties réunies par le lambeau pédiculé, avec l'appareil plâtré préparé à l'avance et complété par quelques tours de bande, en ayant soin d'interposer entre les membres quelques coussins, pour éviter que le lambeau ne soit trop replié et comprimé entre eux au niveau de son pédicule.

III. *Après l'opération.* — Le pansement ne doit pas être changé à moins d'indication formelle. Le pédicule du lambeau peut être coupé en toute sécurité vers le quatorzième jour, mais on pourrait opérer cette section beaucoup plus tôt s'il y avait tiraillement ou menace de quelque nature, ou si la position était trop pénible. Il vaut mieux l'effectuer en deux ou trois jours. Dès que le pédicule est sectionné, on peut utiliser sa partie exubérante pour compléter la réparation qu'on a tentée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle renferme une lettre du ministère de la Marine demandant à l'Académie du vaccin pour le Sénégal.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. le professeur Renaut (de Lyon), pour son élection au titre de correspondant ;

2° Une lettre de M. le docteur Morache, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui se présente comme candidat pour le titre de correspondant ;

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Paulier (accepté) ;

4° Un travail de M. le docteur Blayac, ayant pour titre : *Notre colonie scolaire, tableaux anthropométriques* (comm. de l'hygiène de l'enfance).

COMMUNICATIONS

M. CONSTANTIN PAUL, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours (l'Éloge de Trousseau) qu'il a prononcé au nom de l'Académie, lors de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bretonneau, Velpeau et Trousseau (l'Académie accueille cette lecture par des applaudissements).

Autoplastie par la méthode italienne. — M. PAUL BERGER lit, sous ce titre, la note suivante (voir plus haut, p. 1192).

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission d'élection a dressé la liste des candidats comme il suit :

En première ligne, M. Le Dentu ; en deuxième ligne, M. Terrier ; en troisième ligne, M. Péan ; en quatrième ligne, M. Périer ; en cinquième ligne, M. Berger ; en sixième ligne, M. Chauvel.

Le nombre des votants étant 84, majorité 43, le premier tour de scrutin donne le résultat suivant :

M. Péan.	47 voix.
M. Le Dentu	34 —
M. Chauvel	1 —
M. Périer	1 —

M. Péan ayant recueilli la majorité des voix est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du président de la République.

PRÉSENTATION

Trachéotomie pour un cancer du larynx. — M. TILLAUX présente un malade atteint d'une tumeur du larynx (endo-laryngée), située au niveau de la corde vocale inférieure droite. La lame du cartilage thyroïde correspondante était fortement rejetée en dehors. Le malade, très amaigri, très affaibli, était complètement aphone et présentait du tirage ; il avait eu plusieurs accès de suffocation.

La question d'extirpation du larynx se posait. C'était dans ce but que le malade lui avait été adressé. M. Tillaux crut toutefois devoir recourir à la trachéotomie, se réservant d'agir ultérieurement suivant les circonstances.

L'opération fut pratiquée le 29 juin sans chloroforme. La transformation du malade fut rapide. Il retrouva la gaieté, l'appétit, prit du corps. Il sortit de l'hôpital le 13 juillet pour reprendre sa vie habituelle, continuant, bien entendu, à porter sa canule.

Quant à l'affection locale, le larynx a diminué de volume, sous l'influence du repos absolu de l'organe.

L'intérêt de ce cas, fait remarquer M. Tillaux, réside en ce que nous ne sommes pas encore bien fixés sur la conduite qu'il convient de tenir en présence des néoplasmes endo-laryngés.

Lorsqu'une tumeur du larynx ne peut être enlevée par les voies naturelles, est-il préférable de recourir à une opération radicale, l'extirpation du larynx, ou bien à une opération palliative, la trachéotomie ? Les faits seuls pourront résoudre cette question, sur laquelle les chirurgiens sont encore partagés. Celui que je présente aujourd'hui à l'Académie me paraît plaider fortement en faveur de la trachéotomie, à laquelle j'aurais, jusqu'à nouvel ordre, une grande tendance à me rallier.

M. VERNEUIL. La supériorité de la trachéotomie palliative sur l'extirpation, dans le cancer du larynx, me paraît aujourd'hui démontrée par les statistiques, qui nous montrent la survie plus longue après la première opération qu'après la deuxième. L'extirpation est à mes yeux une opération lamentable ; si l'on n'en meurt pas au cours même de l'opération, on succombe aux suites ou à une récidive prochaine. Il n'en est pas ainsi de la trachéotomie. M. Verneuil l'a pratiquée deux fois, une première fois chez un malade atteint d'un épithélioma obturant entièrement la glotte, il lui pratiqua la laryngo-crico-trachéotomie à l'aide du thermo-cautère, qui lui donna neuf mois de survie. La deuxième fois, c'était en juin dernier, il a opéré, de la même façon, un jeune homme atteint d'une affection semblable et qui, depuis qu'il porte sa canule, va, vient, se livre à ses affaires et peut être considéré comme considérablement amélioré.

M. RICHET appuie complètement l'opinion de M. Verneuil. Il a, lui aussi, pratiqué plusieurs fois la laryngotomie palliative avec de grands avantages. Dernièrement on lui adressait un malade porteur depuis trois ans d'un cancer du larynx et qui avait subi en province la trachéotomie. Il se borna à remplacer la canule qu'il portait par une canule plus forte et le malade vécut encore dix-huit mois. En ce moment même il a encore dans ses salles un malade qu'il a opéré et qui se trouve dans les meilleures conditions.

M. L. LABBÉ reconnaît que l'opinion de ses collègues est très soutenable, mais il ne croit pas qu'il faille regarder avec eux la question comme définitivement jugée. Il ne peut admettre que la trachéotomie soit toujours la seule opération possible et qu'il n'y ait pas des circonstances où l'on puisse et doive recourir à l'extirpation pour obtenir une cure radicale. Il est convaincu que la plupart des insuccès de l'extirpation sont dus à ce qu'on y a eu recours tardivement. L'opération n'est ni aussi difficile, ni aussi dangereuse qu'on le croit. Il l'a pratiquée quatre fois pour des larynx cancéreux et il a eu trois guérisons qui ont persisté plus ou moins longtemps sans récidive. L'un de ses opérés est mort, mais il croit pouvoir affirmer que la mort n'est survenue que par suite d'une négligence regrettable de la part de la personne chargée de surveiller l'opéré.

RAPPORT

Traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. — M. HÉRARD, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Féréol et Proust, lit un rapport sur deux communications faites à l'Académie par MM. Seiler et Garcin, sur l'action de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Après un historique de la question et des circonstances qui ont conduit à l'idée de soupçonner et d'éprouver l'action de l'acide fluorhydrique sur l'économie, M. Hérard rappelle que, depuis longtemps, il n'était plus question de cet acide dans le traitement de la phthisie, lorsque M. le docteur Seiler reprit les expériences interrompues et lut à l'Académie une courte note, dans laquelle il signalait les bons effets de cette médication.

En 1886, au Congrès de Nancy, M. Seiler appela de nouveau l'attention sur cette médication.

Enfin, tout récemment, M. le docteur Garcin communiquait à l'Académie le résumé d'un travail important sur le même sujet, appuyé sur 100 observations. Comme M. Seiler, M. Garcin considère que l'acide fluorhydrique en inhalations est doué de propriétés thérapeutiques réelles et qu'il doit être placé au premier rang des médicaments reconnus efficaces dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Ici, M. le rapporteur examine jusqu'à quel point ces prétentions sont fondées ; puis il passe à l'étude de la question de savoir si l'acide fluorhydrique est bacillaire ; il arrive finalement à l'examen des résultats thérapeutiques obtenus.

La statistique de M. Garcin donne sur 100 malades phthisiques traités : guérisons, 35 ; améliorations, 41 ; états stationnaires, 14 ; morts, 10.

Devant cette statistique favorable, trop favorable même, pense-

ront quelques collègues défiants. M. Hérard a lu et relu les observations; il a visité la plupart des malades à domicile. Il a recueilli des renseignements auprès des parents ou des voisins. Les faits lui ont paru exacts. Mais il y avait encore à se demander si le temps écoulé depuis la mise en traitement était suffisant, pour pouvoir affirmer la guérison.

Or, pour les plus anciens des malades soignés par M. Garcin, quinze mois au plus se sont écoulés depuis la cessation du traitement. C'est beaucoup assurément, ce n'est pas assez pour avoir la certitude que la diathèse est complètement épuisée, et que les malades ne seront pas exposés à des retours offensifs de la maladie.

M. Seiler ne nous donne pas de statistique, mais j'ai compulsé ses registres d'observations. J'ai interrogé plusieurs de ses malades, et si les résultats sont un peu moins brillants, ce qui me paraît tenir à ce qu'il a eu à traiter des phthisiques plus gravement atteints, j'ai pu néanmoins constater également des résultats remarquables, obtenus chez un certain nombre de malades, dont la guérison pour quelques-uns remonte à près de deux ans.

M. le rapporteur conclut que les inhalations d'acide fluorhydrique possèdent une action thérapeutique incontestable, quand la phthisie n'est pas parvenue à une période trop avancée. M. Hérard ajoute qu'elles sont exemptes d'inconvénient, d'une application facile, et que, d'ailleurs, elles peuvent être combinées avec les médications internes ou externes, et surtout avec le traitement hygiénique, base essentielle de toute bonne thérapeutique.

La commission propose d'adresser des remerciements à MM. les docteurs Seiler et Garcin, et de déposer honorablement leurs mémoires dans les archives de l'Académie.

Les conclusions du rapport de M. Hérard sont mises aux voix et adoptées.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Laborde, sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, et les rapports de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1885.

Médaille d'or. — M. le docteur Philbert, médecin inspecteur des eaux de Brides.

Rappels de médaille d'or. — MM. le docteur Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil; Lacour, pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire d'Oran.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cazaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes; Challan de Belval, médecin principal de l'armée aux eaux de Bourbonne; Cros, médecin inspecteur des eaux de Lamalou-le-Bas.

Rappels de médaille d'argent. — MM. les docteurs Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins; Blanc, médecin inspecteur des eaux d'Aix; Bouyer, médecin inspecteur des eaux de Cauterets; Gubian, médecin inspecteur des eaux de la Motte-les-Bains; Grimaud, médecin inspecteur des eaux de Barèges.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Fargues, médecin consultant aux eaux de Cauterets; Mignot, médecin consultant aux eaux de Pougues; Deligny, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais.

— Une médaille d'argent de première classe vient d'être accordée à M. Girard, chef du laboratoire de chimie à la Préfecture de police, pour sa belle conduite dans plusieurs circonstances; a notamment, le 18 octobre 1887, sauvé, dans les conditions les plus périlleuses, une femme sur le point d'être asphyxiée dans une maison incendiée.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. Labougle et Daraignez sont nommés aides d'anatomie; — M. Conil est nommé préparateur d'histologie; — M. Fromaget est nommé préparateur d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Alger.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Deuxième année : premier prix, M. Cornebois; deuxième prix, M. Bouderba; — troisième année : premier prix, M. Cassel; deuxième prix, M. Grosclaude.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Doassans; mention, M. Gilard.

Travaux pratiques. — Anatomie : deuxième année : prix, M. Cornebois; mention, M. Gage; — troisième année : prix, M. Marini; mention, M. Casset. — Chimie (médecine) : prix, M. Vérité; mention, M. Lowitz. — Chimie (pharmacie) : première année : prix, M. Bouvery; mention, M. Doassans; — deuxième année : prix, M. Richou; mention, M. Jules Marty; — troisième année : prix, M. Mercier. — Histoire naturelle (médecine) : première année : premier prix, M. Cros; deuxième prix, M. Aune; mention, M. Raynaud. — Histoire naturelle (pharmacie) : deuxième année : prix, M. Jules Marty; — troisième année : prix, M. Dumain. — Matière médicale (pharmacie) : deuxième année : prix, M. Jules Marty; — troisième année : prix, M. Liautard; mention, M. Jaubert.

Élèves sages-femmes. — Première année : prix, M[lle] Roussel; — deuxième année : prix, M[lle] Seuranne; mentions honorables, M[lles] Palmier et Baylac.

— *École de médecine de Reims.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine : — Première année : médaille d'argent, M. Gosset; médaille de bronze, M. Prioux; — deuxième année : médaille de bronze, M. Isidor; mention honorable, M. Roussel; — troisième année : médaille d'argent, M. Michel; mention honorable, M. Béreaux.

Officiat de santé. — Deuxième année : mention honorable, M. Mouflier; — troisième année : médaille d'argent, M. Philippoteaux. Prix Simon-Tarbé : M. Michel.

Pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Breton.

Travaux pratiques. — Première année : médaille de bronze, M. Breton; — deuxième année : médaille de bronze, M. Cauche. — Chimie et micrographie : troisième année : médaille d'argent, M. Jenot; médaille de bronze, MM. Raquin et Martin; mention honorable, M. Laforest.

Prix Duquenelle : M. Jenot.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Durand (d'Alger), Fournier (de Reims), Guillabert (de Toulon), Marchand (de Reims) et Trollier (d'Alger).

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mercredi 30 novembre 1887, à huit heures trois quarts du matin, dans la salle des Examens, M. Pérot soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « Sur la mesure du volume spécifique des vapeurs saturées et détermination de l'équivalent mécanique de la chaleur. »

— M. Vasseur, docteur ès sciences, commencera demain jeudi 24 novembre 1887, dans la salle des Conférences de la Sorbonne, à quatre heures et demie du soir, un cours élémentaire de paléontologie générale, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Il décrira les êtres principaux qui caractérisent les différentes périodes géologiques, en indiquant leurs affinités avec les êtres actuels. Le premier semestre de l'année scolaire 1887-1888, sera consacré à l'étude des invertébrés et des vertébrés.

Des conférences pratiques auront lieu le lundi à neuf heures du matin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21964

N° 142. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 26 NOVEMBRE 1887. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Antisepsie et asepsie en obstétrique.

Par L. SECHEYRON, interne de la Maternité de la Charité.

Antisepsie et asepsie constituent, en obstétrique et en chirurgie, deux méthodes se prêtant un mutuel appui tout en visant deux buts différents.

Le but de l'antisepsie est la destruction des produits septiques; celui de l'asepsie est la mise à l'abri de l'organisme, contre tout germe infectieux. L'asepsie est, avant tout, une méthode prophylactique; si le but qu'elle vise était complètement atteint, l'antisepsie serait supprimée. L'organisme n'ayant plus à lutter contre l'infection, les agents dits antiseptiques n'auraient plus leur raison d'être; leur emploi ne serait pas justifié.

Ces deux méthodes ne sauraient être mises en parallèle et jugées avant la description rapide de leurs procédés, de leurs règles.

Cette description ne sera que le reflet des études pratiquées par les accoucheurs depuis plusieurs années, et dont nous devons le premier exposé à M. Bar (1). Les mémoires et les leçons si goûtées de notre excellent maître M. Budin à la Faculté de médecine, ses publications récentes, celles de MM. Pinard (2), Oré (de Bordeaux) (3), Vinay (4) et Poncet (de Lyon), les travaux de M. Doléris (5) et les discussions récentes suscitées à la Société de gynécologie de Paris, la thèse inaugurale de M. Charles (6), fervent adepte de l'antisepsie, constituent des travaux précieux qui permettent de bien saisir les procédés et les résultats des deux méthodes, et en particulier ceux de la méthode antiseptique.

L'antisepsie en obstétrique a pris naissance dès que l'idée de la contagion de la fièvre puerpérale eut bien pénétré dans les esprits. Les études de Tarnier, de Le Fort, de Lorrain, mirent bien en relief l'idée de contagion, et surtout imposèrent aux esprits, comme conclusion, la nécessité de la séparation des femmes saines des femmes malades.

Le premier procédé employé contre la fièvre puerpérale découlait d'une idée de prophylaxie : c'était une pratique d'asepsie.

Les accoucheurs ne tardèrent pas à se convaincre que cette simple séparation était insuffisante. Les germes d'infection étaient dans l'air, dans les objets de literie, dans les vêtements; ils étaient transportés par l'accoucheur sur sa personne ou avec ses instruments. Il était nécessaire de désinfecter tous ces éléments : cette nécessité créa la méthode antiseptique.

Cette méthode est aujourd'hui dans son entier développement; ses règles sont observées dans la plupart des Maternités; elles sont enseignées à tout le personnel médical depuis plusieurs années : son œuvre peut être jugée.

Bien que l'antisepsie ne puisse être pratiquée exactement, d'après les mêmes procédés, en tous lieux, dans les Maternités et dans la clientèle privée, tous les médecins se trouvent d'accord sur le but à atteindre : détruire les principes infectieux; lutter contre leur développement, et, avant tout, empêcher leur introduction dans l'organisme de la femme pendant les couches. Animés de la même pensée, les disciples de l'antisepsie n'ont plus qu'à s'accommoder aux exigences des milieux, tout en maintenant intactes, dans leur plus large mesure, les règles de l'antisepsie. Il n'est pas difficile de montrer que, dans les conditions les plus défavorables en apparence, un médecin peut pratiquer un accouchement, sans violer les règles primordiales de la méthode. Créer un milieu propre autour d'une accouchée; maintenir celle-ci dans une extrême propreté est la condition première, essentielle, d'un heureux accouchement : c'est la règle qu'on doit inscrire en tête de toute méthode antiseptique.

I

Antisepsie et asepsie de l'entourage des accouchées. — Dans les Maternités de Paris et de la plupart de nos grandes villes : Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Nantes, sous l'impulsion, la surveillance active des chefs de service, les règles de la méthode antiseptique sont soigneusement suivies : personnel médical, serviteurs, malades sont astreints à des soins minutieux; chacun pour sa part doit concourir à assurer l'antisepsie.

Ces sages mesures ont un effet immédiat : la suppression de toute cause d'infection venant de l'extérieur. Ainsi s'est

(1) *Des méthodes antiseptiques en obstétrique*, Coccoz, 1883.
(2) *Annales de Gynécologie*, juin 1887.
(3) Oré, *Hygiène des Maternités*, Bordeaux, 1886.
(4) *Lyon médical*, juillet 1887.
(5) Doléris, *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1886, passim.
(6) *De l'antisepsie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis*, 1887.

trouvée résolue cette grave question de la prétendue nécessité de l'isolement des accouchées, et de la suppression des Maternités.

Les Maternités ne sont plus un lieu réprouvé, les accouchées sont assurées d'y trouver réunies toutes les conditions, les garanties pour leur santé, leur bien-être. Les femmes qui ont recours aux soins hospitaliers sont mieux placées que toute autre pour bénéficier des avantages de la méthode antiseptique.

Elles ont non seulement l'assurance d'être surveillées et traitées par des accoucheurs renommés; mais elles trouvent encore dans la Maternité un milieu d'une propreté irréprochable, des linges renouvelés sans cesse, une salle grande, bien ventilée.

Toutes ces conditions font malheureusement défaut même dans des milieux aisés; et il est parfois difficile pour le médecin d'obtenir dans sa clientèle l'observation de toutes les règles antiseptiques : aussi, peut-il être utile d'indiquer les conseils que les maîtres donnent aux élèves pour leur pratique personnelle.

Tout d'abord, l'accoucheur doit s'observer lui-même, choisir et diriger ses aides, les gardes-malades chargées des soins de l'accouchée. Il doit en outre veiller à la propreté de tout l'ensemble de son entourage : appartement, literie.

La désinfection ou le maintien de l'asepsie des objets placés au contact de l'accouchée s'impose. La ventilation, les lavages, les changements du linge constituent les moyens les plus puissants pour arriver à l'asepsie.

L'aération de la chambre faite plusieurs fois par jour joue un double rôle ; elle substitue, à un air vicié impropre à la respiration, un air renfermant une quantité moindre de microbes; et, d'autre part, elle permet aux malades de respirer un air plus riche en oxygène.

La disparition de ce fameux *lit de travail*, transmis dans les familles et servant de génération en génération, peut à bon droit être considéré comme un fait heureux. Un bon lit un peu dur, des linges propres constituent le meilleur *lit de misère*; dans le cas d'une intervention obstétricale, il serait facile de glisser des planches sous les draps, ou de placer la malade sur une table recouverte d'un drap épais, la tête appuyée sur un oreiller.

Le praticien doit considérer de son devoir de se tenir aseptique. Ses instruments seront l'objet de tous ses soins. Leur nombre peut facilement être réduit au minimum : un forceps Tarnier, dernier modèle, une paire de ciseaux de Dubois, un perce-crâne de Blot, un crochet mousse, un basiotribe, modèle Tarnier, un tube laryngien, une sonde à injections intra-utérines (modèle Budin, Doléris), constituent les instruments à peu près indispensables. Les instruments seront renfermés dans des boîtes, après avoir été lavés et nettoyés bien complètement.

En cas de nécessité, l'accoucheur devra tenir en réserve, dans un bocal bien fermé, des tampons antiseptiques, en quantité suffisante pour procéder à un tamponnement. Les tampons seront faits avec de la charpie et mieux encore avec de l'ouate. Ils seront séparés ou disposés suivant l'usage habituel en queue de cerf-volant. Ils seront imbibés de solution antiseptique, sublimé à 1/1000ᵉ, et enduits de vaseline boriquée ou au sublimé, au moment de leur application, pour faciliter celle-ci.

L'accoucheur doit également pouvoir disposer d'une grande aiguille courbe à manche, de crins de Florence antiseptiques et de fil d'argent, afin d'être prêt à exécuter une périnéorrhaphie immédiate.

La désinfection des mains, des instruments, est d'une importance capitale.

La désinfection complète ne peut être obtenue que par l'emploi de la brosse et du savon, suivi d'un lavage avec un liquide antiseptique puissant. La solution de sublimé à 1/1000ᵉ paraît la meilleure solution à employer. Les ongles doivent être tenus courts, afin que les germes et poussières accumulés sous les rebords des ongles, soient facilement entraînés.

Les expériences de Kümmel montrent, de la manière la plus saisissante, la nécessité de ce lavage. Même après des lavages avec un antiseptique, comme l'acide borique, l'acide salicylique, après une friction à la brosse des mains, des doigts, on peut, par une simple dépression pratiquée avec la pulpe d'un doigt, rendre impures des plaques de gélatine stérilisée et faire apparaître des colonies de bactéries, de champignons. La gélatine finit par se dissoudre et par donner une forte odeur de putréfaction. Les lavages à la solution de sublimé à 1/1000ᵉ préservent parfois les cultures de gélatine stérilisée : la solution d'acide phénique à 5/100 est seule absolument antiseptique.

Sans doute, les expériences de Kümmel ne concernent que des lavages de mains infectées par une autopsie; mais la difficulté du nettoyage absolue n'en demeure pas moins incontestablement démontrée.

Cette difficulté a suggéré à Belajieff (de Kiew) l'idée de faire enduire de vaseline, colorée par le bleu d'outre-mer, les mains, les bras, et de faire pratiquer le lavage ordinaire à la brosse jusqu'à la disparition de toute trace de coloration bleue; puis, il est recommandé de tremper les mains dans une solution de sublimé.

La précaution primordiale à observer par tous ceux qui sont employés à un accouchement, est d'éviter toute cause d'infection : les élèves doivent suspendre, non seulement tout travail de dissection, de laboratoire de physiologie, mais encore éviter de traiter les maladies infectieuses.

Ce principe doit être formulé en loi draconienne : le mieux est de s'y astreindre de la manière la plus absolue. La pratique, il est vrai, s'accommode mal de cet exclusivisme : reconnaissons que si l'on ne doit pas chercher, en général, à éluder ces prescriptions rigoureuses, il est cependant permis de s'en écarter à ceux qui pratiquent absolument les règles de l'antisepsie.

Il est bon de rappeler l'opinion de l'un des fervents promoteurs de l'antisepsie en France : « Si un interne sait se purifier suffisamment, il peut vaquer à toutes ses occupations, faire les autopsies, qui sont de son devoir, faire de l'anatomie et examiner ses malades sans danger. S'il est négligent des précautions antiseptiques, il aura beau se condamner à des quarantaines, il viendra toujours un moment où il empoisonnera ses accouchées. Des gens qui ne font jamais d'autopsie en tuent souvent beaucoup plus que des anatomistes soigneusement antiseptiques. » (Lucas-Championnière.)

La purification complète consiste à changer de vêtements et à prendre un grand bain.

Comme la désinfection *extemporanée* est fort difficile et incertaine, il est prudent de suivre la conduite de M. le docteur Charles pendant son internat à la Maternité de Saint-Louis. Cet auteur juge qu'il convient de s'abstenir, le plus possible et dans une limite de vingt-quatre heures, de

l'examen de toute accouchée. Dans ce laps de temps, les nettoyages fréquents subis par les mains auront certainement détruit ou enlevé tout germe.

Ces motifs nous rendent encore plus rigoureux que M. Lucas-Championnière. Une imprudence, une négligence peuvent avoir des conséquences funestes; aussi ne peut-on admettre les travaux de laboratoire qu'à titre exceptionnel.

Les instruments de l'accoucheur doivent être tenus fort propres : le forceps doit être l'objet de tous ses soins. C'est pour avoir négligé de remplir scrupuleusement les règles de l'antisepsie envers son instrument qu'un accoucheur anglais vit récemment une épidémie de fièvre puerpérale se développer dans sa clientèle. Etonné de cette épidémie, le médecin anglais provoqua spontanément une enquête. Celle-ci démontra que les malades avaient été accouchées avec un forceps dont la *propreté n'était pas irréprochable*.

Le meilleur procédé de désinfection consiste dans le flambage, avec une lampe à alcool, du forceps en entier : cuillers et branches, surtout au niveau des articulations. Afin de faciliter ce travail, il sera bon d'avoir lavé et brossé le forceps avec la solution antiseptique: sublimé à 1/1000 ; acide phénique à 1/100. La flamme achèvera l'œuvre du lavage.

Les instruments d'un emploi usuel et constant, auprès d'une accouchée, sont les sondes et les appareils à injections vaginales. Or, il faut que tous les médecins, repoussant l'irrigateur, comme un instrument nuisible, adoptent l'appareil antiseptique à injection, seul en usage dans toutes les grandes Maternités.

Cet appareil se compose d'une canule à injections, en verre fort, d'un tube de caoutchouc de 1 mètre à $1^{m},50$ de longueur, et d'un entonnoir en verre, ou d'un vase à deux tubulures, récipient de la solution antiseptique.

Les trois pièces sont fixées bout à bout. Il suffit d'amorcer le siphon en élevant le récipient pour que le liquide de l'injection s'écoule. Le calibre et l'intensité du jet peuvent être gradués soit par l'élévation, soit par l'abaissement du récipient, ou encore par la diminution de la lumière du tube.

Les sondes vaginales, utérines, vésicales, doivent être introduites aseptiques. Au préalable, elles auront été désinfectées en les plongeant dans la solution de sublimé, à l'exception des sondes en métal qui seraient attaquées. Les sondes vésicales seront de préférence en gomme molle rouge : ces sondes également seront trempées dans les solutions antiseptiques.

Toutes ces précautions paraîtront minutieuses, inutiles, et cependant, sous aucun prétexte, il ne faut se dérober à aucune d'elles. Trop de cystites ont été causées et propagées par les instruments septiques pour que le cathétérisme, par exemple, soit fait en dehors des règles antiseptiques.

II

Antisepsie et asepsie de la femme pendant le travail. — L'accouchement a toujours été considéré comme la cause première de l'infection qui faisait succomber l'accouchée, ou l'atteignait si gravement. Depuis longtemps, Trousseau a assimilé avec raison la femme en couches à une véritable blessée : l'accouchement, on le sait, devient l'occasion de déchirures, de plaies plus ou moins légères du col utérin et de l'anneau vagino-vulvaire, d'une plaie utérine au niveau du placenta.

La première mesure à prendre est de rendre aseptiques les parties qui peuvent être le siège de plaies. Il est d'autant plus urgent de faire l'asepsie, de nettoyer vagin et vulve, que la plaie effectuée ne pourra être traitée directement comme une plaie ordinaire placée sur un membre.

Pendant la grossesse, et surtout dans les jours qui précèdent l'accouchement, il sera utile de conseiller un ou deux bains, des injections vaginales antiseptiques. Il faudra recommander expressément ces soins aux femmes atteintes d'un écoulement vaginal, muco-purulent, abondant, aux femmes affectées de vaginite granuleuse, dite de grossesse, ou de vaginite blennorrhagique. Il sera prudent d'être réservé dans l'emploi des injections vaginales, chez les femmes prédisposées à l'accouchement prématuré. Il ne faut pas oublier que certaines femmes accouchent pour une *chandelle mal éteinte et fumeuse*, dit M. Pajot ; il faut avoir le soin d'éloigner d'elles toute cause de contraction utérine.

L'antisepsie de la femme pendant l'accouchement et la délivrance a été différemment interprétée. La pratique la plus usuelle, la plus simple est la suivante.

Une injection vaginale est pratiquée au début du travail; elle déblaie le terrain et enlève les mucosités; il est ensuite procédé à une toilette, — *larga manu*, — des parties génitales externes.

Cette toilette doit être faite avec l'aide de tampons d'ouate hydrophile trempés dans une solution antiseptique et exprimés au-dessus de la vulve. Dès que le tampon a servi à frotter, à nettoyer la vulve, il doit être remplacé.

L'injection vaginale est répétée chaque deux heures environ, surtout si l'on prévoit la nécessité de quelque intervention obstétricale.

Avant tout toucher, l'accoucheur aura pris lui-même les précautions nécessaires : lavage et brossage des mains.

Au premier examen, il cherchera à compléter le diagnostic de la présentation et position; il reconnaîtra l'état des membranes, le degré d'engagement des parties fœtales, l'état du bassin, s'il le peut.

Plus tard, l'accoucheur reculera, autant que possible, un nouveau toucher. Les touchers fréquents sont de mauvaise pratique. Un accouchement normal n'exige guère que trois à quatre examens environ. La chance d'infection s'accroît avec le nombre des examens; aussi Nijholf d'Amsterdam, après Halbertsma, Litzman propose-t-il, surtout en temps d'épidémie puerpérale, d'éviter autant que possible le toucher, de se borner à des manœuvres externes pour reconnaître la présentation du fœtus : il recommande également la simple mensuration externe du bassin (1).

Il faut avoir la plus grande confiance dans les élèves pour leur permettre de pratiquer l'examen des malades; malgré la surveillance exercée, il arrive — le fait est fort rare, — que des étudiants inscrits dans un service d'accouchements suivent la visite des services de médecine, se livrent même à des pratiques d'amphithéâtre. Si l'étudiant n'arrive pas purifié, il est à peu près certain que l'accouchée à laquelle il donnera des soins aura des accidents. Des enquêtes faites dans les Maternités ont ainsi fait découvrir l'origine d'infections isolées survenues en pleine prospérité de la salle. Ces menus détails ont une importance extrême, et il est nécessaire de les rappeler sans cesse.

Après l'expulsion du fœtus, la plupart des accoucheurs procèdent à une injection vaginale simple antiseptique: sublimé à 1/1000 ou 2/1000; acide phénique à 1/100. M. Porak, à la Maternité de Saint-Louis, fait pratiquer une

(1) *Répertoire de Gynécologie*, 1887, p. 442.

injection intra-utérine et placer un suppositoire : iodoforme (5 grammes) et beurre de cacao â. â.

La délivrance *par expression* est rarement pratiquée ; celle par traction, aidée de l'expression par quelques accoucheurs, est la plus habituelle. La traction n'est commencée que le placenta étant dans le vagin.

Après la délivrance, nouvelle injection vaginale et pansement de la vulve. La malade est ensuite changée de linge. Elle séjournera, dans le repos absolu, pendant une période de dix jours au moins. Il faut surtout se guider sur l'état d'involution de l'utérus pour permettre de se lever à la nouvelle accouchée.

Le pansement vulvaire se compose d'un gâteau d'ouate hydrophile trempée dans le sublimé à 1/1000 ou acide phénique à 1/100 et exprimée. Ce gâteau de la largeur de la main est peu épais, il est maintenu par un petit rouleau d'ouate sèche.

L'ouate peut être remplacée par la gaze iodoformée.

III

Antisepsie pendant les suites de couches. — Pendant les suites de couches, il faudra redoubler de soins, maintenir les plaies utérines, vaginales et vulvaires, qu'a pu créer l'accouchement, dans un milieu aseptique, sinon antiseptique. Des lotions vulvaires seront pratiquées deux fois par jour jusqu'à la sortie des accouchées ; la compresse, les tampons de gaze iodoformée, d'ouate imprégnée de solution de sublimé à 1/1000 placés au-devant de la vulve, seront changés à chaque lavage.

Est-il nécessaire de pratiquer des injections vaginales? Si l'accouchement a été naturel, beaucoup attendent que les lochies prennent de l'odeur; d'autres, s'appuyant sur la possibilité d'infection, sans que celle-ci soit annoncée par la fétidité des lochies, pratiquent les injections vaginales deux fois par jour. Les lavages intra-utérins préconisés par Schülein et Grünerval de Saint-Pétersbourg ont été abandonnés.

Après l'expulsion d'un fœtus macéré, ou bien lorsque l'accouchement a présenté quelques difficultés par suite de délivrance artificielle, de déchirures du périnée ou des conditions spéciales du vagin : plaie, déchirures, de cancer du col ou du corps de l'utérus, la situation est changée et l'injection intra-utérine est indiquée : sublimé à 1 ou 2/1000 ; acide phénique à 1/100. Les complications graves : rupture de l'utérus, opérations césarienne, de Porro, exigent des soins spéciaux, en dehors de la pratique courante.

Toute déchirure du périnée, qui n'est pas large, qui n'entame pas la région sphinctérienne, nécessite une périnéorrhaphie immédiate. Les serres-fines doivent être abandonnées et remplacées par des sutures au crin de Florence, au fil d'argent, au catgut, à la soie, à points séparés, ou bien disposés en suture entortillée, en surjet — méthode de Bröse.

Pour certains accoucheurs et chirurgiens, une déchirure trop large de l'anus, de la cloison recto-vaginale, ne peut être bien réparée que par une suture relativement tardive. Il faut attendre la restitution des tissus *ad integrum*, avant de connaître l'étendue des sacrifices de tissus à faire. Jusqu'à ce moment, il faudra pratiquer de fréquents lavages vaginaux. Remarquons toutefois que le cercle de la périnéorrhaphie immédiate s'étend chaque jour davantage avec raison.

S'il s'agit d'une accouchée atteinte d'un cancer de l'utérus, du vagin, de simples tampons de gaze iodoformée ou d'ouate imbibée de glycérine iodoformée (1), s'il est nécessaire, seront placés dans le vagin ; les injections vaginales antiseptiques seront fréquentes, surtout s'il existe des sécrétions trop fétides ou en trop grande abondance.

La lenteur de la délivrance dans l'avortement, la rétention de cotylédons placentaires dans l'avortement, la grossesse à terme, sont des accidents interprétés différemment et donnant lieu à deux pratiques différentes. L'école de M. le professeur Tarnier enseigne, qu'en principe, l'accoucheur, armé de solutions antiseptiques, doit attendre, plein de patience, l'élimination des débris placentaires. Rarement une intervention directe, la délivrance artificielle, s'imposent. L'*expectation armée* est la conduite de la grande majorité des accoucheurs français.

« Il ne faut pas s'y méprendre, ce n'est pas à l'expectation pure et simple que nous avons recours. La méthode ancienne de l'expectation, qui était bonne, est devenue de nos jours excellente, grâce à l'antisepsie vaginale et à l'antisepsie intra-utérine.

Ajoutons que cette méthode, expectation et antisepsie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et par toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage (2). »

Cette conduite est vivement combattue par M. Doléris. Convaincu des effets désastreux et parfois latents au début des produits septiques développés dans les organes génitaux, et, en particulier, au niveau de la plaie placentaire, M. Doléris recommande l'intervention et une intervention active par le *curage* et l'*écouvillonnage de l'utérus*.

Ce n'est pas que M. Doléris déclare l'intervention nécessaire dans tous les cas de rétention : pour lui également, l'intervention reste une exception, plus fréquente seulement que ne le pense la généralité des accoucheurs.

Un temps moral est nécessaire pour l'élimination d'un cotylédon, de débris placentaires : ce temps varie de quelques heures à quelques jours suivant les cas ; en principe il faut attendre cette élimination de la nature, mais se tenir prêt à intervenir. L'intervention est indiquée à la moindre élévation de température, au moindre signe d'infection, de putréfaction des caillots ; en présence d'hémorrhagies grandes ou légères, mais continues. S'il s'agit d'un avortement remontant à plusieurs jours, et s'il existe de la rétention placentaire certaine et de la fièvre, l'indication opératoire est alors formelle : il faut craindre le développement de l'endométrite et débarrasser l'utérus du corps étranger sujet à la putréfaction, source d'infection de la plaie utérine et de tout l'organisme.

L'utérus est pincé au niveau du col par deux petites pinces de Museux. Une traction douce et soutenue amène le col à la vulve. Cette traction est à peine ressentie par la malade non anesthésiée. Le col est dilaté ou rendu dilatable à l'aide d'un dilatateur, d'une tente antiseptique. La cavité utérine est ainsi accessible. Le *nettoyage* de l'utérus varie suivant qu'il s'agit d'un placenta resté adhérent en partie ou en entier, ou bien simplement de débris placentaires ou de caduques entretenant de la fièvre, des hémorrhagies. Dans le premier cas, M. Doléris use d'une curette mousse pour décoller les adhérences placentaires. La curette de Récamier est d'un bon usage ; la nouvelle curette de

(1) Iodoforme — q. s. — en suspension dans la glycérine.

(2) Budin, Lecture faite à l'Académie de médecine, 23 novembre 1886, in *Progrès médical*, 27 novembre 1886.

M. Auvard nous paraît préférable cependant. Elle est constituée par une petite ellipse d'acier incomplète, une sorte d'anse métallique. Ce racloir offre un bord légèrement tranchant et est fixé au bout d'un manche creux. Le manche est perforé aux deux extrémités; à l'extrémité opposée à la curette peut s'adapter un tube en caoutchouc. Ainsi un filet d'eau peut être conduit dans l'utérus et entraîner les débris du curage; le champ opératoire est toujours irrigué. Les gros débris qui ne peuvent être entraînés par le courant d'eau sont enlevés avec des pinces. L'opération se termine par l'*écouvillonnage*. L'écouvillon, le vulgaire rince-verre petit modèle, à crins disposés en spirale, avec une touffe de crins à l'extrémité est introduit dans l'utérus; l'opérateur lui donne un mouvement de rotation qui sert à donner le dernier coup de balai. La muqueuse utérine est ainsi débarrassée de toute source d'infection. Une injection intra-utérine antiseptique abondante entraîne au dehors les derniers débris, les petits caillots; l'opération est terminée en quelques minutes; l'utérus délivré de tout moyen contentif reprend sa place normale.

L'écouvillonnage est assez souvent employé seul, lorsqu'il ne s'agit que de la rétention de quelques débris de caduques, de placenta.

Ces petites opérations faciles, simples, non douloureuses, ne nécessitant pas la chloroformisation, ont, d'après le promoteur de la méthode, le double avantage de guérir les accidents immédiats et mieux encore de prévenir ces accidents si fâcheux et de toute nature de l'endométrite post-puerpérale.

Les partisans de l'expectation armée sont loin d'accepter une semblable pratique. Leurs arguments ont été rassemblés dans une thèse fort consciencieuse d'un élève de M. Budin, M. le docteur Genesteix (1), et par M. Budin dans une étude fort intéressante (2). La manœuvre de l'abaissement répété de l'utérus expose d'après eux à une tendance au prolapsus. Le raclage, le curage de la cavité utérine paraît à ces auteurs devoir faire courir à la femme des dangers d'une aussi grande importance que la perforation de l'utérus et la provocation d'hémorrhagies, d'inflammations péri-utérines. M. Doléris déclare lui-même qu'on apprécie mal l'épaisseur des parois utérines que l'on racle; dans ces conditions, une perforation est possible. L'écouvillonnage n'est pas un moyen infaillible assurant le *vidage* de l'utérus : la manœuvre ne peut être qu'aveugle; des cotylédons, des membranes peuvent échapper à l'action de la curette. Une opération ainsi imparfaite, et laissant par le fait même du grattage des portes ouvertes à l'infection, est plus nuisible qu'utile. Ces arguments paraissent péremptoires aux défenseurs de l'expectation armée. Ils déclarent, pour leur part, n'avoir pas besoin de recourir à ces manœuvres. « Nous sommes persuadé, dit M. Genesteix, qu'avec de l'expectation, une surveillance attentive des malades, de l'antisepsie continuelle et raisonnée, l'intervention n'aurait pas été utile dans la moitié des cas où M. Doléris a cru devoir intervenir. »

« Sur 210 faits d'avortement (hôpitaux de la Maternité et de la Charité), il y a eu quarante-six fois rétention du placenta; les accidents consécutifs ont été très rares, une seule femme a succombé, et il est douteux qu'on puisse attribuer sa mort à la septicémie (1). »

(1) Genesteix, *Du traitement des avortements spontanés, accidents, indications*. Henri Jouve, Paris.

(2) *Progrès médical*, 1886. — De la conduite à tenir dans la rétention, placentaire. — Avortement et grossesse à terme.

De prime abord, le curage et l'écouvillonnage utérin paraissent fort rationnels et sont bien supportés. La méthode a donné d'excellents résultats, assurent les partisans de cette méthode. Ces soins répondent, dans leur pensée, bien mieux aux lois de l'antisepsie que les irrigations antiseptiques simples.

Il peut y avoir, en effet, indication, nécessité à empêcher toute absorption de produits septiques; d'un autre côté, la putréfaction, malgré les lavages intra-utérins antiseptiques, peut rapidement envahir des débris de placenta et infecter l'utérus. L'enlèvement du produit septique s'impose. Le lavage intra-utérin ne peut opérer sûrement et sur-le-champ l'œuvre du curage. Sans doute, le curage ne peut d'emblée être confié à tous ceux qui ne sont pas au courant des pratiques gynécologiques; cette pratique est devenue dangereuse entre les mains de certains: des morts par perforation utérine ont été notées. Ces accidents ne sauraient être la condamnation de la méthode. L'anesthésie chloroformique n'est-elle pas partout acceptée, malgré les cas de mort sous le chloroforme?

Les adversaires de la méthode de M. Doléris font surtout une objection d'opportunité. Ils reconnaissent au *vidage* de l'utérus de sérieux avantages, ils s'opposent surtout à l'exagération du nombre des interventions. En s'adressant aux interventionistes, ils disent: « Vous nous avez montré que l'on peut, sans trop de danger, racler, curer, écouvillonner l'utérus, merci, nous y aurons recours quand nous en aurons besoin, c'est-à-dire *peut-être*, en moyenne, 5 fois sur 100. » (Genesteix.)

Ce point marque toutes les différences et les points de contact des deux méthodes.

Lorsque l'infection utérine est certaine, lorsqu'il existe des signes évidents d'infection puerpérale: fièvre avec frissons, douleurs utérines, lochies fétides, purulentes, le principe de la méthode antiseptique indique le traitement. Il existe dans l'utérus une plaie qui suppure, au niveau de laquelle se produit de la résorption. L'indication première est de supprimer tout produit septique, et de hâter la cicatrisation de la plaie.

Les moyens à employer sont, en dehors du traitement interne rationnel, l'irrigation intermittente ou continue, l'abrasion des parties de la muqueuse en voie de suppuration par le curage de l'utérus.

Ces trois moyens ont été employés successivement. L'irrigation continue et l'intervention directe et violente sont les deux plus rationnels; mais, tandis que la première est d'une pratique laborieuse, d'un usage difficile, surtout dans la clientèle, exigeant une installation particulière, la seconde constitue une intervention facile, d'une durée de quelques minutes, sans danger, si elle est bien pratiquée; enfin, ses résultats sont immédiats: du jour au lendemain l'état de la malade se modifie. L'irrigation continue ou intermittente n'offre pas ce résultat si prompt; elle doit se poursuivre pendant plusieurs jours.

Si le point de départ de l'infection puerpérale est une lésion de la vulve, une plaie qui suppure, il est naturellement indiqué de soigner cette plaie directement, de faire le raclage de sa surface; enfin, de hâter sa cicatrisation par l'application de substances antiseptiques, gaze iodoformée, ouate au sublimé.

(1) Budin, *loco citato*.

Nous ne pouvons passer sous silence le tamponnement intra-utérin antiseptique, préconisé tout récemment par notre cher maître, M. Auvard (1), contre certaines hémorrhagies rebelles *post partum*. Ce tamponnement, fait avec des bandes de gaze iodoformée (3 à 4 mètres) de 5 à 10 centimètres de largeur, joue le rôle d'un excitant mécanique de la fibre utérine et d'un excitant énergique continu. L'introduction du tampon est assez facile, le col étant abaissé; le tampon est retiré le deuxième ou le troisième jour. Son action est des plus actives. Le tampon mérite d'être recommandé, non seulement contre les hémorrhagies utérines *post partum*, mais encore après les opérations ayant la cavité utérine pour champ opératoire (curage, raclage, fibrome utérin). (Le Dentu, Lucas-Championnière.)

Nous ne ferons que signaler les soins à donner aux seins afin d'éviter les écorchures et ses conséquences : lymphangites, abcès. Les lavages à l'eau boriquée, alcoolisée, sont fort recommandables ; mais, il est bon surtout de prévenir les lésions des seins en empêchant les tétées trop prolongées et le sommeil de l'enfant tenu au sein. Le biberon doit autant que possible être banni, il n'est jamais assez propre ; l'élevage à la cuillère, au verre, est bien préférable, mais exige plus de soins.

Soins antiseptiques donnés à l'enfant. — La méthode antiseptique doit être appliquée à l'enfant : le pansement de la plaie ombilicale, les yeux de l'enfant seront spécialement surveillés.

Le nouveau-né sera, aussitôt après sa naissance, enduit de vaseline boriquée et essuyé avec soin : le brossage doux de la tête avec de l'eau légèrement savonneuse, le lavage des oreilles seront pratiqués ; on entourera de préférence le cordon ombilical d'ouate hydrophile ; une bande enroulée autour du ventre maintiendra ce cordon : le pansement sera surveillé et renouvelé, selon le besoin.

Il est bon de laver les yeux de l'enfant naissant, avec de l'eau légèrement boriquée. Si la mère avait de la vaginite, de la leucorrhée ; si depuis longtemps avant l'expulsion du fœtus, les membranes étaient rompues ; et, *a fortiori*, si à la naissance les paupières étaient déjà boursouflées, les conjonctives rouges, il sera nécessaire de procéder à des instillations de quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1/50, opérées avec une baguette de verre ou un pinceau. Après l'instillation, on effectue un grand lavage, avec une solution d'eau salée ordinaire, qui détermine la formation d'un chlorure d'argent insoluble. Enfin, dès qu'un œil sera atteint, il faudra faire l'occlusion des deux yeux, coucher l'enfant du côté de l'œil malade, et maintenir ses bras appliqués contre la poitrine, avec l'aide d'une épingle à nourrice piquée au maillot et aux manches (2). Un traitement local, énergique et incessant, sera institué contre l'ophthalmie dès son début (instillations de la solution précédente de nitrate d'argent, lavages fréquents).

IV

Antisepsie et asepsie en général; comparaison des deux méthodes. — Tel est l'ensemble des procédés antiseptiques en cours actuellement ; ces procédés se modifient tous les jours. Dans ce moment même nous sommes peut-être à la veille d'une complète transformation de la méthode.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 5 novembre 1887.

(2) Lire l'intéressante étude clinique de l'ophthalmie des nouveau-nés de M. le docteur Rivière, *Annales gynécologiques*, juillet, août 1887.

L'antisepsie ne sera pas l'objectif le plus élevé de l'accoucheur. Des plaintes sérieuses ou du moins des objections ont été adressées à la méthode antiseptique. Des accidents imputables à l'acide phénique, au sublimé surtout, ont été relevés à la suite de simples injections vaginales, et avec des solutions peu concentrées. Bien mieux, la valeur antiseptique de ces lavages a été mise en doute ; d'aucuns ne leur attribuent qu'une action mécanique.

Cette très importante question, de la valeur antiseptique de quelques substances, a été traitée, avec grand soin, par M. Truchot (Thèse de Lyon, 1884). Cet observateur, dont les études visent plus spécialement la septicémie puerpérale, a vu que, pour neutraliser les germes septiques qui la produisent, il fallait les laisser en contact : pendant quinze jours, avec des solutions de sublimé à 1/5000 ; pendant quatre jours avec une solution d'acide borique à 50/1000 ; et vingt-cinq jours avec une solution d'acide phénique au même titre.

Ces expériences paraissent à certains, à M. Vinay entre autres, battre en brèche l'action curative des antiseptiques, non seulement en obstétrique, mais en chirurgie et en médecine.

Aussi, supprimant l'antisepsie, les auteurs réclament l'asepsie, la propreté extrême ; l'eau bouillie, et ainsi stérilisée, remplace pour eux avantageusement l'antisepsie avec toutes les solutions qu'elle propose : « Le but suprême de l'accoucheur, dit Vinay, doit être de veiller à sa propreté personnelle et à celle de ses instruments. Que faut-il pour nettoyer un médecin ou une femme en couches ? Une brosse, du savon, de l'eau bouillie, et un peu de courage ! »

L'asepsie est une simplification de l'antisepsie. Supprimez, des méthodes antiseptiques, les solutions dites antiseptiques : sulfate de cuivre, bi-iodure, bichlorure de mercure, sublimé, acide phénique, et vous aurez la méthode aseptique.

Convient-il de faire cette suppression ?

L'abandon de l'antisepsie serait à cette heure un fait malheureux : on peut être convaincu que l'asepsie est loin d'être une méthode mauvaise ; elle peut, au contraire, constituer une méthode supérieure par sa simplicité et par ses résultats. Avant de la condamner, il est d'abord nécessaire d'avoir ces derniers sous les yeux ; et puis les deux méthodes se complètent l'une et l'autre, l'exagération des précautions, l'emploi des solutions antiseptiques faites avec de l'eau chaude, ne peut qu'être fort recommandé. Il vaut mieux ici pécher par excès de précaution que par défaut. Les effets antiseptiques des solutions antiseptiques sont très augmentés si la solution est portée à une température élevée. Elle passe à une valeur triple pour la solution d'acide borique portée de 40 à 45 degrés.

Il faut seulement redoubler de surveillance et se rendre compte de la susceptibilité des accouchées pour quelques antiseptiques : le sublimé et l'acide phénique en particulier.

Le sublimé notamment a été l'objet de sérieuses attaques : des accidents ont été rapportés à la suite de simples lavages vaginaux ou utérins. MM. Doléris et Butte (1) sont arrivés aux conclusions suivantes dans leur étude sur l'intoxication par le sublimé :

Le sublimé doit être rejeté après les couches, lorsqu'il existe des plaies profondes, des lacérations étendues du col et du vagin. L'intoxication par le sublimé donne lieu à des

(1) *Nouvelles Annales de Gynécologie*, 1886, p. 739.

lésions intestinales — gangrènes et ulcérations — plus étendues encore chez la femme que celles observées par MM. Charrin et Roger sur les animaux en expérience.

L'irrigation continue, l'emploi prolongé des solutions de sublimé faites à 1/1000, doivent être bannis de l'obstétrique.

L'éclampsie est une contre-indication absolue de l'emploi du sublimé ; enfin, il est en particulier nécessaire de veiller aux signes précurseurs de l'intoxication par le sublimé ; il faut se méfier de certaines diarrhées, de la sécheresse de la cavité buccale, de l'agacement des dents, examiner l'état des gencives.

V

Résultats de la méthode antiseptique. — Actuellement les succès de la méthode antiseptique sont éclatants : de toutes parts abondent les témoignages en sa faveur. MM. Budin (1), Pinard, Porak ont donné les résultats obtenus dans leurs Maternités, ou chez les sages-femmes de la ville placées sous leur surveillance.

M. le docteur Charles, établissant la statistique de l'hôpital Saint-Louis, relève, pour la mortalité puerpérale, la proportion de 0,82 p. 100, 1 sur 121. M. Pinard fournit la proportion de 0,41 — proportion qui comprend tous les accouchements pratiqués à l'hôpital Lariboisière depuis 1882, époque de son installation, jusqu'en 1887 : cette proportion ne concerne que les cas de septicémie puerpérale contractée à l'hôpital, par des femmes non infectées avant leur entrée. M. Oré rapporte qu'à la Maternité de Pellegoin la mortalité est tombée de 8 p. 100 à 1 p. 100 dans un an : elle a diminué encore les années suivantes lorsque la méthode antiseptique fut suivie rigoureusement.

Pendant notre internat à la Maternité de Beaujon, annexe du service de notre excellent maître M. Gombault, au moment où les règles de l'antisepsie obstétricale venaient d'être rassemblées et formulées par M. Bar, grâce à une surveillance incessante exercée sur le personnel, les résultats ont dépassé nos espérances. Pendant une période de cinq mois (du 1er janvier au 1er juin 1884), sur 126 accouchements normaux et 18 ayant nécessité une intervention : 11 forceps, 4 versions, 1 rupture utérine, 2 embryotomies, nous avons eu un seul cas de mort par septicémie, cas de la rupture utérine (2) ; deux albuminuriques sont mortes, l'une dans le coma, à peine arrivée à l'hôpital ; la seconde, extrêmement anémiée par des métrorrhagies dues à une insertion vicieuse du placenta, est morte brusquement emportée par une syncope, le lendemain de son entrée ; l'accouchement avait été terminé par une version presque aussitôt après l'entrée de la malade.

Chez 31 accouchées, la température a dépassé 37°5 ; chez 15 elle a atteint 39, sans s'y maintenir au delà de quelques jours ; et, souvent, bien des causes, telles qu'écorchures du sein, stercorémie, *accouchements faits en ville*, manœuvres pratiquées avant l'arrivée à l'hôpital, affections médicales peuvent, à bon droit, être incriminés. Deux femmes ont été conduites dans un service de médecine : l'une, atteinte de tuberculose, n'a pas tardé à succomber à une granulie aiguë ; la seconde, atteinte de métrite puerpérale légère, est sortie guérie quelques jours après.

Des témoignages nouveaux éclatent de toutes parts, à l'étranger comme en France, en faveur de la méthode.

DOHRN. — *Statistique de la mortalité dans les Maternités publiques d'Allemagne de 1874 à 1884.* — Sur 104 287 accouchements, 1 429 morts = 1,37 p. 100.

Maternités sans établissements d'instruction. — 55 morts pour 9 666 accouchements = 0,56 p. 100.

Maternités avec écoles de sages-femmes. — 250 morts pour 22 203 accouchements = 1,13 p. 100.

Maternités avec enseignement (étudiants et sages-femmes). — 772 morts sur 54 177 accouchements = 1,42 p. 100.

Écoles seulement pour étudiants. — 352 morts pour 18 441 accouchements = 1,50 p. 100.

Il suffit de lire pour conclure.

Statistique de Bockelman de 1880 *à* 1886. — 158 morts sur 6 252 accouchements = 2,54 p. 100 (mortalité générale : éclampsie, rupture, opérations).

Statistique de Negri, 1884-1885. — 82 accouchements : 1 mort (éclampsie), 4 infection légère ; avec 14 opérations dont 1 embryotomie, 1 laparotomie pour grossesse extra-utérine, 1 opération de Porro.

Maternité de Liège, statistique 1886 (CHARLES, *Journal d'accouchement*, Liège, 30 décembre 1886). — Emploi du sublimé, 987 accouchements, 47 opérations, pas de décès.

GUTLER. — *Statistique, Maternité de Breslau, mortalité de* 1848 *à* 1886 (38 ans). — Sur 10 534 accouchements, 1,74 p. 100 ; — de 1848 à 1875, 2,25 p. 100 ; — de 1875 à 1886, 0,79 p. 100.

Un regard jeté en arrière permet de reconnaître tout le chemin parcouru. La comparaison du présent et du passé peut, mieux que tous les artifices de langage, faire juger les résultats de la méthode antiseptique. Les Maternités anciennes étaient décimées par les épidémies puerpérales incessantes. L'histoire de la plupart de ces épidémies est lamentable. Tarnier, alors interne à la Maternité, nous a laissé le souvenir d'une épidémie qui enleva 64 femmes sur 347 = 1 décès sur moins de 6 accouchements. En 1856, la mortalité des Maternités était de 1 sur 19 accouchées pendant que celle de la ville était seulement de 1 sur 382.

Ces épidémies éveillèrent l'attention des accoucheurs : des réformes furent prises ; la doctrine des germes, en venant jeter un jour nouveau sur la question, indiqua la voie des mesures à prendre.

La mortalité, qui allait s'affaiblissant peu à peu depuis 1859, a subi tout d'un coup, vers 1870, une grande diminution. Cette réduction inopinée et comme magique de la mortalité a coïncidé avec l'introduction de l'antisepsie. De 1880 à 1883, sur près de 700 accouchements pratiqués au pavillon Tarnier, il n'y eut pas de mort (Bar). Les règles de la méthode n'ont pas toujours été appliquées d'une manière stricte ; et, à vrai dire, l'antisepsie n'a été pratiquée et enseignée à la

---

(1) *Statistique des Maternités de la Charité et de Lariboisière.*

Charité (M. Budin).

				Mortalité.
1883	455	accouchements.	2 cas.	0,439 p. 100
1884	549	—	3 —	0,346 —
1885	580	—	2 —	0,344 —
1886	532	—	1 —	0,189 —
Total. . . .	2 116	—	8 —	0,378 —

Opérations : 141.

Lariboisière (M. Pinard).

1er nov. 1882 à 1er nov. 1883 .	2 059	—	8 —	0,388 —
1884	1 885	—	6 —	0,318 —
1885	2 069	—	5 —	0,211 —
1886	2 123	—	6 —	0,282 —
Total. . . .	8 136	—	25 —	0,308 —

Opérations : 313.

(2) Secheyron, Note sur un cas de rupture complète de l'utérus — utérus bicorne, in *Annales de Gynécologie*, 1884.

Maternité de Paris qu'en 1882. Seulement, depuis cette époque, on peut dire qu'elle existe en France.

Malgré les fautes inévitables du début, ces succès multiples témoignent de la valeur des procédés antiseptiques, ils dictent le devoir à tout médecin. Il n'y a plus à invoquer la fatalité, le génie épidémique. Auprès d'une malade atteinte de fièvre puerpérale, il faut procéder à une enquête; être sévère envers les sages-femmes et envers tous ceux qui approchent les accouchées, comme envers soi-même. Il faut avoir le courage de s'accuser, de se rendre responsable de ses fautes. Ces recherches, et la considération de la faute commise, sont le meilleur moyen d'éviter de nouveaux malheurs et de se préparer des succès certains.

VARIÉTÉS

Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne de Tébessa).

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

LE RETOUR.

I

L'an dernier, l'idée me vint de dépouiller, à mes heures perdues, cette partie de ma correspondance, que j'avais écrite à chaque étape en basse Tunisie.

Il me semble que j'y suis : je revois ce pliant dont les joints grinçaient et cette table tremblante sur laquelle je me hâtais de griffonner, tandis que s'installait tout notre petit monde. C'était l'heureux moment où l'esprit, envolé vers les êtres aimés, faisait à la matière oublier la fatigue.

Et ces impressions, je les livrais aussitôt au hasard des courriers arabes qui les emportaient lestement et sûrement malgré toutes les embûches dont nous entendions parler, dans lesquelles tout se perdait y compris la tête des porteurs et qui n'existaient que dans l'imagination un peu affolée d'une troupe enfoncée en pays ennemi.

De ces lettres débarrassées de détails intimes, j'ai essayé de condenser la part utile sur les choses de ces contrées perdues et sur quelques détails inhérents à notre position; et, sorti vainqueur, sous l'égide d'un régime invariable et d'une bonne constitution, de tous ces maux de la terre et de l'air auxquels il fallait livrer un combat incessant et qui empoignèrent plus ou moins tout le monde, j'allais cesser d'écrire, quand j'avisai la colonne s'éparpillant vers Constantine d'où étaient partis ses principaux éléments, et me décidai à l'y suivre pour parfaire sa route et ce mince opuscule qui manquait d'épilogue.

Aussi bien nous n'avions pris congé ni des uns ni des autres. Les chameaux et mulets seuls nous avaient quittés, sans bruit, n'ayant plus rien à porter. Cette multitude de quadrupèdes, calleux et plus ou moins pelés, grouillant en rangs serrés, s'était évanouie dans l'espace, au gré des provenances. Et nous avions tant vécu, deux mois durant, de son spectacle étourdissant que nous n'y prenions plus garde. D'ailleurs elle était si facile à mener qu'on eût dit une immense machine marchant sous un seul et.

Parmi tous les chameaux, je n'en connus jamais qu'un de récalcitrant. Faisant partie des groupes au milieu desquels nous étions, il nous était familier et il nous amusait par ses extravagances. C'était un chameau noir (couleur rare en Afrique), évidemment un fou et, comme tout maboul, une excellente bête ne demandant qu'à vivre en toute liberté. Quand on l'avait chargé, non sans peine et sans cris, sa marotte le saisissait; peu à peu il s'échappait, atteignait la tangente et alors, dans une course dégingandée que rien n'eût arrêtée (on ne lutte pas contre ces muscles), il redevenait libre par un prompt déballage, il se campait et, bientôt reprenant une allure normale, il s'avançait en contemplant l'armée et se profilant sur le ciel. Inutile et dispendieux, il dut être victime de quelque tour pendable ; car ce fantasque zèbre (comme nous l'appelions, je ne sais pas pourquoi) disparut tout d'un coup du côté de Kairouan, et il manqua à notre bonheur.

Un jour, le 12 novembre (accoucheurs, frémissez!), une chamelle mit bas sur le chemin sans en paraître incommodée. Elle ne s'arrêta un moment que pour l'expulsion finale, ayant continué à marcher avec la tête fœtale pendante. Je l'ai vue, de mes yeux vue. Heureusement, et comme par un fait exprès, c'était sur un terrain malaisé qui forçait à de fréquentes pauses. Et la bête suivit, avec son petit dans un burnous d'Arabe.

Sur ce, sobres chameaux, effet et cause des vastes solitudes où l'herbe qui se cache suffit à vos besoins, chameaux doux et paisibles qui êtes si utiles à vos sauvages maîtres par votre force et votre patience, par vos poils, votre lait et même votre chair, qui pendant si longtemps deviez hanter mes songes, fuyez vers le désert et qu'il vous soit propice!

Les mulets, bêtes de somme des régions habitables, étaient plus spécialement affectés au personnel. De petite espèce, ils sont, comme les chameaux, bien charpentés, sobres et forts. Leur naturel est aussi calme. Ils ont le pied sûr, l'œil vif sous une apparence bonasse et, s'ils sont têtus et parfois difficiles, ce n'est jamais en masse.

Par exemple, enjambé de la sorte, cela n'a rien de mirifique et quel dessinateur n'y trouverait matière à satirique image? Vous voyez-vous emballés sur pareille monture? Quelles saccades et quelle touche! Ce serait trop grotesque. J'en parle par expérience et néanmoins je déclare qu'on n'est pas mal sur un mulet. C'est même le contraire et, malgré la mésestime attachée à son rang dans l'échelle animale, je rends cette justice au mien qu'en somme il ne me procura jamais que du contentement.

Il est vrai que je lui avais fait l'honneur de le considérer presque comme un cheval en le parant de harnais convenables. Et soutiendriez-vous qu'il ne s'en doutât pas? Pour moi je vous assure qu'il ne brayait pas comme ses frères, que parfois même il hennissait comme la plus belle conquête de l'homme. Ses oreilles qui n'étaient pas trop longues, il les portait crânement. Il avait certainement quelque idée de l'importance de ses fonctions.

Pour le retour j'en obtins un du train, qui était de même race. A mi-chemin de la première étape il fallut traverser un oued qui charriait un véritable torrent d'eau sablonneuse. Les soldats s'en tirèrent en se tenant les uns les autres. Quelques chevaux ne passèrent qu'en renâclant. Je rendis pour ma part les rênes au mulet, qui s'avança sans la moindre hésitation et s'arrêta même pour boire au beau milieu du courant, contre lequel il faisait tête.

II

On était en route pour Alloufa, le pays des cochons. C'était le 17 décembre : la pluie avait cessé.

Dans la saison hivernale qui là bas est belle entre toutes, quoi qu'en dise le nom, il y a quelques séries de mauvais jours qui se caractérisent par d'abondantes averses. Dans le Tell, plein de vapeurs marines, les refroidissements aériens assemblent alors les nuages et les résolvent facilement; il en est ainsi sur les plateaux adjacents et montagneux dont l'altitude explique les chutes de neige.

Toutefois huit journées consécutives de pluie fine ou serrée y sont un phénomène exceptionnel. Ce qui est plus rare encore, c'est sa continuité absolue pendant vingt-quatre heures. A vrai dire elle ne tombe jamais que par intermittences et, par les temps les plus brumeux, il n'est pas de nychthémère dans lequel les nuages ne s'entr'ouvrent pour de brillantes ou profondes éclaircies.

J'ai relevé six périodes annuelles (1879-1885) s'étendant du 1er octobre au 31 mars (car septembre qui commence et avril qui termine discrètement la série par quelques bruyants orages, ordinairement très localisés, ne doivent pas entrer en ligne de compte) et voici, *grosso modo*, le résultat de mes observations :

JOURS DE PLUIE

	1879-80	1880-81	1881-82	1882-83	1883-84	1884-85	
Octobre	5	2	5	4	12	10	38
Novembre	8	2	4	8	12	12	46
Décembre	13	11	12	12	18	10	76
Janvier	10	9	7	14	9	3	52
Février	9	9	11	10	5	6	50
Mars	5	8	10	11	13	10	57
	50	41	49	59	69	51	

C'est une moyenne de 53 journées plus ou moins pluvieuses avec un maximum très notable en décembre et une légère reprise en mars. La deuxième période se distingue par un minimum qui me frappa d'autant plus que j'étais moins habitué aux excès de chaleur torride et que mon épiderme se macérait, s'écaillait et s'effritait démesurément par le fait d'une bourbouille d'horripilante mémoire. A Bône, on se battait aux fontaines que les justes soucis d'une ardente municipalité n'avaient pu encore suffisamment pourvoir.

Cela étant, rien n'était plus régulier que d'être littéralement inondé dans Tébessa, où le camp fut transformé en un tel bourbier qu'il fut impossible d'y remonter passer la dernière nuit. On coucha tant bien que mal sous une tente improvisée dans une des cours de la Casbah, celle précisément où sont conservées des colonnes romaines, des pierres sculptées et tout particulièrement deux exemplaires symboliques du culte de Priape, dont la grossière énormité captive l'attention.

Et si le froid revint, faisant miroiter nos toiles, la boue persista, l'épouvantable boue que l'humus argileux des plaines algériennes épaissit en proportion des pluies. On s'y traînait, les bêtes par places en avaient jusqu'au ventre, et les piétons s'estimaient heureux de rencontrer quelques détours caillouteux. Après un inénarrable parcours de six lieues de fange sur huit, on s'établit à mille mètres d'altitude sur des rochers glacés qui nous procurèrent au lever le spectacle toujours nouveau de la tente aux parois diamantées; et, si des jours charmants la perte est seule à craindre, soyez certains que nul regret ne s'attache à celui-là.

Sachez aussi que, si jamais vous avez la fantaisie de visiter pour votre agrément de pareilles contrées, vous devrez préalablement consulter les oracles et ne vous décider que sur réponses claires. Vous ne partirez évidemment que par un des mois réputés frais et vous aurez raison, quoique le seul moyen de connaître efficacement l'Algérie soit d'y aller par les chaleurs. Mais vous ne partirez pas quand il pleut ou vous vous attendrez à rester dans la boue. Dans ces cas la guimbarde qui vous porte y entre jusqu'au moyeu ou plus et elle s'y tient, à moins que vous n'ayez le courage, après l'avoir vidée, de pousser à la roue. C'est une distraction que je me suis offerte plusieurs fois sur ce même chemin de Tébessa à Constantine. N'en ayez nulle envie. D'aucuns pourraient vous dire qu'ils ont manqué s'y noyer : ce qui n'est pas un conte.

Voici d'ailleurs ce qui se passe par ces moments difficiles. Vous êtes empilés dans un char-à-bancs et même, où c'est possible, dans une diligence surchargée de bagages qui, élevant son centre de gravité, la soumettent à chaque instant à des oscillations fantastiques. Vous êtes toujours près de verser, surtout où il y a de l'empierrement, parce qu'à le quitter le moindrement la roue dévoyée s'enfonce dans la terre comme dans du beurre. Quand il n'y a plus que des sentes, c'est la fondrière d'où vous ne vous dépêtrez que *pedibus cum jambis*. On va à droite, à gauche, on est cahoté, bousculé, on s'arc-boute et lorsque, enfin, après d'affreux bouleversements, on est sorti du pétrin, on se tâte avec douleur et l'on se demande s'il est vrai que l'on soit arrivé.

Il y a ainsi des vingtaines de kilomètres que d'adroits conducteurs et des chevaux agiles parviennent à enlever sans de trop grands dommages. Mais c'est funambulesque et c'est délirant, sans autre avantage que l'oubli momentané des compagnons de route, Arabes et Maltais et chevaux mangeurs d'orge, exhalant à l'envi une odeur de tinettes.

III

Voyageant individuellement, nous tentâmes à quatre, avec nos beaux coursiers, d'atteindre d'une traite un gîte confortable.

En partant d'Alloufa, où je vous certifie que l'élève du cochon n'est pas un mythe, on avait coupé droit à travers les cimes pour éviter les bourbiers où maintes voitures de roulage gisaient abandonnées et d'où l'artillerie faillit ne pas sortir. Un déjeuner froid contre le bordj ensoleillé de la Meskiana, un endroit que je vous recommande pour les fièvres et pour les mouches, nous remit en haleine, d'autant mieux que 20 kilomètres, pour des gens qui rentrent, n'ont pu les fatiguer et que nous avions eu la chance de humer un café superfin chez un colon connu par l'un de nous, un café que je vous rendrai au centuple, ô vertueux colon, si jamais vous tombez sous ma main.

Ce n'était pas grand'chose, à en juger d'ici. Eh bien! plus j'y pense et moins je doute que ce rien n'ait été le germe (*maxima e minimis*) de la détermination que nous prîmes peu après de ne pas reculer devant les 32 kilomètres qui nous séparaient d'Aïn-Beïda et au milieu desquels nous devions laisser la troupe et les impedimenta.

Vous avouerai-je qu'à mon âge et avec mes goûts, 52 kilomètres à mulet, en un jour, sur les fatigues précédentes, cela n'avait pas le sens commun? Que voulez-vous? c'est toujours comme ça chez les hommes timides. Ils ne peuvent pas se décider à partir et, quand ils sont partis, ils ne s'arrêtent plus. Le fait est que le soir sur les six heures, en mettant pied à terre à l'hôtel de Provence, je n'en revenais pas et, vous pouvez m'en croire, j'en avais plein... le dos et par-dessus la tête.

Aïn-Beïda, ainsi nommée parce qu'une *eau claire* y sort abondamment d'une roche voisine, est à 1200 mètres d'altitude et possède, comme je viens de le dire, un hôtel de Provence (Providence vaudrait mieux avec un peu d'*idée* et beaucoup d'excuses) où l'on n'est pas plus mal qu'ailleurs, où l'on est même admirablement lorsqu'on est affamé, asoiffé, excédé. C'est une coquette localité avec ses petites maisons blanches, ses rues alignées et larges, avec ses jardins et ses arbres, sa mosquée, son église. On y vivrait volontiers, si l'on n'avait mille fois mieux à faire.

Son immense horizon y est remarquable au sud par la chaîne des Aurès dont l'extrémité orientale, la plus rapprochée, est à 60 kilomètres et dans ce moment était couverte de neige. La forêt y est dense, le fer y abonde et c'est là que, pendant les trois quarts de l'année, s'amassent tous les jours des nuages tonitruants qui ébranlent le bourg de Kenchela : encore un endroit que je recommande aux amateurs, ne serait-ce que pour les inviter à traverser la plaine en tapecu, par la poussière ou par la boue, sous le soleil qui darde! Car dans ces régions on ne voyage pas la nuit, pas plus en voiture qu'en chemin de fer : le sol est trop mouvant et la solitude trop dépourvue de charmes.

A l'ouest l'imposante masse de l'Omm-el-Bouaghui (mère des punaises!) indique à plus de 30 kilomètres les deux routes qui conduisent indifféremment à Constantine, routes étroitement et péniblement ferrées qui se défoncent sans cesse, routes nues sur lesquelles feraient si bien des arbres, si les chameaux n'y passaient pas.

Et ailleurs, dans un lointain vaporeux, se dessinent les hauteurs du bassin de la Medjerda, ce fleuve minuscule qui coule vers Tunis.

Les troupes arrivèrent à Aïn-Beïda le 19 et y séjournèrent. La musique des zouaves y donna un concert sous l'ombrage d'essences toujours vertes. Ce fut délicieux : l'air était doux, le ciel resplendissait dans sa voûte d'azur.

Et puis je m'en allai vers la vieille Cirta, courbaturé par 112 kilomètres d'un triste paysage, qu'animent de loin en loin un relai, un village, quelque source d'eau vive.

A Aïn-Fakroun, *fontaine des tortues*, une source bouillonne au pied de la montagne et nourrit dans la faille une herbe plantureuse. Sur les ruines de Sigus, où s'élèvent des maisons toutes neuves, un ruisseau court sous des touffes arborescentes. Il en est de même aux Ouled Ramoun et désormais la vallée est de

plus en plus verdoyante à mesure que l'on approche de Constantine.

En vérité, et pour le répéter, rien n'est plus rare sous ce climat que l'existence d'une eau courante, et partout on l'admire. Pour me permettre une dernière digression, je dirai que ce qui est encore plus extraordinaire c'est, dans cette rareté, la fréquence des sources gazeuses et surtout chaudes.

A Aïn Seynour près de Soukahras, à Takitoun près de Sétif et ailleurs, une boisson acidule sort de terre toute faite et elle serait précieuse, si les matières organiques n'empêchaient de la conserver.

Quant aux thermes, il ne faut pas être grand clerc en géologie pour comprendre que naviguer sur des volcans à la façon prudhommesque serait en ces lieux une expression parfaitement appropriée. Les preuves surabondent.

Sous le rocher de Constantine les bains de Sidi M'cid seraient incomparables, s'il ne fallait y descendre. Au Hamma, à 9 kilomètres en aval, un ruisseau donne son nom à la localité à cause de ses propriétés constamment balnéaires. Dans les gorges du Taya, à Meskoutine, l'eau est littéralement bouillante et les maisons s'y lézardent.

A la fontaine des gazelles, sur la piste d'Elkantara à Biskra, un filet, qui trompe le passant, entretient les quelques palmiers d'une petite oasis. Près de Biskra même, le dernier contrefort des Aurès jette sur sa roche calcinée un flot d'eau sulfurée, dont l'utilisation n'est possible qu'après un notable refroidissement, etc.

Et maintenant, adieu tentes, chameaux, mulets; adieu déserts, ruines! De toute ma misère il ne reste plus rien : *sunt verba et voces, prætereaque nihil.* Et, plein de joie au cœur, je retourne au rivage où la mer sera calme et la brise attiédie!

IV

Les jeunes filles se figurent que les maris caressent toujours leurs femmes. C'est, ai-je lu quelque part, comme si un général d'armée avait toujours l'épée à la main.

Moi, s'il est permis de comparer les petites choses aux grandes, je tire pour une fois la mienne du fourreau et j'ajoute, en paraphrasant le vers du fabuliste, que si, dans le cours de ces quelques considérations, j'ai réussi à ne pas forcer mon talent, il m'est impossible de ne pas m'applaudir, non de la grâce dont j'ai essayé de les orner, mais bien de celle que tu mettras sûrement à en accepter la dédicace.

O cara mia Margherita,
Tu che fra le donne risplendi come un fior fra le spine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

14. M. CAMBOURS. De la cystite primitive idiopathique. — 15. M. DEUMIÉ. Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. — 16. M. DE MALHERBE. Des avantages de la laparotomie par l'ouverture de certains abcès profonds du bassin. — 17. M. LYON. Essai sur les rétrécissements du vagin congénitaux et acquis. — 18. M. PROVENDIER. De l'intervention chirurgicale dans la sacrocoxalgie. — 19. M. ROGER. Contribution à l'étude de la diphthérie. La diphthérie au Havre; sa dissémination, ses causes; moyen de les combattre. — 20. DESMOULINS. Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite blennorrhagique. — 21. M. ALBERT. Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. Leur traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 novembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Delisle et Ségard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Dufourcq, Castellan, Kergrohen, L'Honen, Aubry et Millou.

— Par décision ministérielle, en date du 20 novembre 1887, ont été désignés :

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Choisel, pour l'hôpital militaire de Rennes; Jehl, pour l'hôpital militaire de Belfort.

— Par arrêté préfectoral, en date du 22 novembre 1887, M. le docteur Pelletan est nommé météorologiste-adjoint à l'Observatoire météorologique de Montsouris.

— Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, à l'École de médecine de Rouen, ouvert à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Brunon.

— Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'École de médecine de Caen, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1887. Le jury se composait de M. Le Fort, président, et de MM. Lannelongue et Ribemont-Dessaignes de la Faculté de Paris, Simon et Bourienne de l'École de médecine de Caen, juges, et de MM. Guyon et Maygrier, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, étaient MM. les docteurs Vigot et Noury.

Les sujets suivants ont été traités : première épreuve (composition écrite) : le creux sus-claviculaire; diagnostic des tumeurs du creux sus-claviculaire. — Deuxième épreuve (leçon de trois-quarts d'heure) : fractures du col du fémur. — Troisième épreuve (médecine opératoire) : amputation du gros orteil et du métatarsien correspondant.

M. le docteur Noury a été nommé professeur suppléant.

— M. le professeur Léon Vaillant ouvrira son cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 1er décembre 1887, à une heure de l'après-midi, au Muséum d'histoire naturelle, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

Le professeur étudiera, dans la première partie du cours, les batraciens et, dans la seconde, qui commencera au mois de janvier, les poissons élasmobranches, ganoïdes et dipnoïques. Il traitera de l'organisation de la physiologie et de la classification de ces animaux, en ayant surtout égard aux espèces utiles, aux espèces nuisibles, aux espèces employées dans l'industrie ou l'économie domestique, etc.

Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des luxations pathologiques, leur pathogénie, par les docteurs FORGUE et MAUBRAC, 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Éloge de J. Moreau (de Tours), lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 25 avril 1887, par M. le docteur Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, médecin de la maison nationale de Charenton, lauréat de l'Académie de médecine. Un volume in-8° de 50 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21975

43

PELLICULE, SOLUTION ET PILULES

GÉCÉ

à base d'ICHTHYOL

TRAITEMENT SOUVERAIN des AFFECTIONS DE LA PEAU (*Couperose, Acné, Eczéma aigu ou chronique, Lichen, Urticaire, Herpès, Pityriasis, etc.*) DES ŒDÈMES, DERMITES, RHUMATISMES AIGUS OU CHRONIQUES, BRULURES DU 1er DEGRÉ.

A L'EXTÉRIEUR, *la Pellicule et la Solution* ne doivent s'employer que lorsqu'il y a intégrité de l'épiderme.

A L'INTÉRIEUR, *les Pilules* s'emploient dans tous les cas *et, de plus*, dans les catarrhes bronchiques, où elles remplacent avec avantage les eaux sulfureuses.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

Prix : *Pellicule*, le rouleau, 2 francs. *Solution* le flacon, 3 francs, *Pilules*, la boite, 3 francs, *dans toutes les pharmacies.*

84

CAPSULES ANTISEPTIQUES

DU

Dr ALBIN MEUNIER

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement rationnel de la *Tuberculose*, de *Maladies du larynx*, des *Bronches* et des *Maladies infectieuses*.

CAPSULES d'eucalyptol, d'eucalyptol iodoformé et phéniqué, de térébenthène, de créosote, de créosote iodoformée.

On en prend de 1 à 3 à la fin de chaque repas : elles sont flexibles et très solubles.

Prix de chaque flacon : 3 francs.

Dépôt ; Phie VICARIO, boul. Haussmann, 13 près la rue Taitbout, Paris, et toutes pharmacies.

7

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine et phies.

85

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boite : 2 fr. 50.*

13

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA

CHARLARD-VIGIER

Renferme les **principes actifs** et tous les **alcaloïdes.** Remplace les autres préparations de kina.

Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

42

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre, REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

49

VÉRITABLE SOLUTION

D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur.

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN,** d'un dosage rigoureusement exact, contient :

1gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25cent. — — *par cuillerée à café.*

DOSE : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

69

PASTILLES MARIANI A LA COCA ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes Phies.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable)

Affections chroniques de la poitrine et de la peau : *Bronchites, Catarrhes, Asthme, Laryngite. Tuberculose; herpès, eczémas,* etc. — Se méfier des contrefaçons. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

16

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages,* etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule,** 6 fr.

DÉPOT : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doi à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



12

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et ttes pharmacies.

184

CACHETS MOISAN AU PAULLINIA VALÉRIANÉ

Souverains contre les névralgies et les migraines même celles qui accompagnent les règles.

Dose 4 p. jour. Les 2 premiers à 20 min. d'intervalle, les 2 autres, de 2 en 2 h. — 1 fr. 50 l'étui, fo, 65, r. d'Angoulême, Paris, et toutes pharmacies.

65

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et **l'Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

21

ENVOI D'ÉCHANTILLONS

PANCRÉATINE DEFRESNE

Expérimentée et adoptée officiellement par la Marine française et les Hôpitaux de Paris.

La **PANCRÉATINE** *est le digestif le plus puissant et le plus complet, puisqu'elle transforme simultanément : 30 gr. albumine, — 11 gr. corps gras, — 10 gr. amidon.*

La forme sous laquelle la **Pancréatine** doit être administrée n'est pas indifférente :

Si l'on veut agir sur la digestion en cours, la **PANCRÉATINE DEFRESNE** *doit être administrée à la fin des repas, sous forme de* **PILULES** *enrobées de cire et de sucre.*

Ces pilules se dissolvent trois heures plus tard au milieu du chyme qui ne contient alors que des acides organiques dont la **Pancréatine** n'a rien à redouter. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, t. LXXXIX, 1879.)

S'l'on veut agir sur les glandes et activer les sécrétions salivaire et pancréatique, la **PANCRÉATINE** *doit être administrée au commencement des repas à l'état de* **POUDRE :**

Elle tombe alors au milieu du suc gastrique pur qui contient de l'acide chlorhydrique; dans ce cas, la **Pancréatine** est absorbée « in situ »; elle passe dans la circulation à l'état de zymogène qui devient, dans le foie, une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon, et, dans la rate une zymase qui, transmise au pancréas, double l'activité du suc pancréatique. (Voyez *Comptes rendus de l'Institut*, 3 mai 1886.)

En outre de ces considérations théoriques, les observations cliniques de M. le professeur POTAIN et celles de M. H. HUCHARD autorisent certainement le praticien à recourir à la **Pancréatine** dans les dyspepsies en général, et dans la dyspepsie en particulier :

Doses :

2 à 4 cuillerettes de PANCRÉATINE DEFRESNE.
3 à 5 pilules de PANCRÉATINE DEFRESNES.

DÉPOT : 2, rue des Lombards, et toutes phies.

43

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris, 20, pl. des Vosges.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires,*

st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR,** 0.❋❋. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et outes les pharmacies de France : **3** *fr. franco.*

39

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine,

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose quot. Granules (1 à 3). — Solution pr us. int. (10 à 30 gttes)

Pour éviter les Digitalines étrangères **impures** formuler : la *Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.*

Dr Homolle — Quevenne

N° 143. — MARDI 29 NOVEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 29 NOVEMBRE 1887. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 22 novembre 1887.

Monsieur le Président,

L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires a pour objet essentiel de compléter l'instruction pratique des stagiaires qui sont tous docteurs en médecine, de leur faire connaître les maladies spéciales à l'armée ou prédominant dans ses rangs, les moyens hygiéniques qui lui sont propres, enfin les règlements qui déterminent le fonctionnement du service de santé et dirigent les médecins militaires dans un grand nombre d'actes qui engagent les intérêts de l'armée et ceux du Trésor.

Institué par le décret du 9 août 1850, l'enseignement de cette École, dite du Val-de-Grâce, a été l'objet d'améliorations dont l'évolution progressive a donné les plus heureux résultats, mais le moment est venu d'apporter à cet enseignement, comme au fonctionnement de l'École, certaines réformes sanctionnées par l'expérience.

Le cours théorique d'anatomie topographique pourrait avantageusement être rattaché à celui de médecine opératoire ; les cliniques médicale et chirurgicale, au lieu de constituer un enseignement qui, dans sa forme actuelle, est plus théorique que pratique, feraient place à des leçons journalières données simultanément au lit du malade, par chacun des professeurs et agrégés de médecine et de chirurgie, médecins traitants de l'hôpital du Val-de-Grâce ; les expertises ayant pour objet l'examen des aliments et denrées de toute nature, celui des eaux et des boissons à l'usage de l'armée, seraient l'objet d'une étude approfondie qu'on étendrait en outre aux règlements nouveaux ayant suivi la mise en application de la loi du 16 mars 1882, qui a consacré l'autonomie du corps de santé.

Il est indispensable que les médecins militaires, devenus les administrateurs du service de santé, soient familiarisés avec tous les détails de ces règlements dont la parfaite connaissance est la base de toute initiative sage et féconde, dont l'application ponctuelle et judicieuse est la sauvegarde des droits de chacun et des intérêts du Trésor.

Il m'a paru aussi qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et les obligations et les travaux de l'enseignement proprement dit. Enfin, j'ai pensé qu'il convenait d'attribuer au sous-directeur de l'École les fonctions qui sont si utilement exercées par les commandants en second et les directeurs des études des autres écoles militaires.

Tel est, monsieur le Président, l'objet du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,
Gal FERRON.

Décret.

Le Président de la République française,

Vu les décrets des 9 août 1850, 18 novembre 1852, 12 juin 1856, 5 octobre 1882 et 1er octobre 1883, portant organisation de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ;

Vu la loi du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée ;

Vu le décret du 30 mai 1875, et le règlement du 15 décembre de la même année, réglant le mode d'administration et de comptabilité des écoles militaires ;

Vu le décret du 29 décembre 1875, instituant un emploi de major à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ;

Vu le décret du 24 mars 1881, constituant le cadre spécial du petit état-major de ladite École ;

Vu la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée ;

Vu le décret du 1er octobre 1883, portant organisation des écoles du service de santé ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

TITRE PREMIER

INSTITUTION DE L'ÉCOLE.

ARTICLE PREMIER. — L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires est instituée pour donner, aux médecins et pharmaciens stagiaires, l'instruction professionnelle spéciale, théorique et pratique, nécessaire pour remplir dans l'armée les obligations de service qui incombent au corps de santé militaire.

TITRE II

PERSONNEL DE L'ÉCOLE.

ART. 2. — L'état-major de l'École sera composé de :

Un médecin inspecteur, directeur ; un médecin principal de première classe, sous-directeur ; un médecin-major de première

classe, m... ; un médecin-major de deuxième classe, bibliothécaire et conservateur des collections ; trois médecins aides-majors de première classe, surveillants ; un officier d'administration, comptable du matériel et trésorier.

Art. 3. — Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 4. — Le sous-directeur et les autres officiers attachés à l'École sont nommés par décision ministérielle.

Le bibliothécaire et conservateur des collections peut être pris parmi les médecins-majors de première classe en retraite.

Les médecins aides-majors de première classe ne peuvent être nommés surveillants qu'après deux années d'ancienneté dans leur grade.

Art. 5. — L'autorité du directeur de l'École s'exerce sur tout le personnel et sur toutes les parties du service : police, discipline, instruction et administration.

Il correspond directement avec le ministre.

Il est tenu de résider à l'École.

Art. 6. — Le sous-directeur est en même temps médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Il est l'intermédiaire du directeur de l'École dans toutes les parties du service. Il est chargé de la police, de la discipline et du maintien de l'ordre dans l'École. Le personnel de l'École est sous ses ordres immédiats et sous sa surveillance directe. Il tient le registre du personnel. Il remplace le directeur absent.

Il n'est chargé d'aucun enseignement particulier.

Il est directeur des études et, à ce titre, a le contrôle général sur tout ce qui concerne l'enseignement et les travaux pratiques.

En cas d'absence, il est remplacé par le médecin principal le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade supérieur.

Art. 7. — Le major, l'officier d'administration, le bibliothécaire et les surveillants exercent leurs fonctions conformément aux règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles et sur le service intérieur de l'École.

Art. 8. — Le personnel de l'enseignement comprend des professeurs et des professeurs agrégés répartis comme il suit pour les diverses branches de l'enseignement :

1° Un professeur et un agrégé. — Maladies et épidémies des armées;

2° Un professeur et un agrégé. — Chirurgie d'armée (blessures de guerre);

3° Un professeur et deux agrégés. — Anatomie chirurgicale, opérations et appareils;

4° Un professeur et un agrégé. — Hygiène et médecine légale militaires;

5° Un professeur et un agrégé. — Législation, administration et service de santé militaires;

6° Un professeur et un agrégé. — Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie.

L'agrégé de chimie, outre ses fonctions auprès du professeur de chimie, est mis à la disposition du professeur d'hygiène pour les démonstrations et exercices chimiques, bactériologiques, etc., nécessaires pour l'enseignement pratique de l'hygiène.

Les professeurs sont choisis parmi les anciens agrégés ou les agrégés en exercice. Ils sont nommés par le ministre sur des listes de trois candidats dressées l'une par le Conseil de perfectionnement de l'École; l'autre par le Comité consultatif de santé. Ils doivent être du grade de major de 1re classe au moins, et de principal de 1re classe au plus. La durée des fonctions de professeur ne peut excéder dix ans.

Par exception, le premier titulaire de l'emploi de professeur d'administration créé par le présent décret pourra être choisi parmi les médecins militaires agrégés ou non agrégés présentés dans la forme indiquée ci-dessus.

Art. 9. — Les professeurs agrégés sont nommés au concours. Les majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à concourir.

La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée à cinq ans.

Art. 10. — Le petit état-major de l'École est composé de :

Un adjudant élève d'administration; — un sergent infirmier de visite; cinq sergents d'infirmiers commis aux écritures; un sergent maître d'armes; — sept caporaux infirmiers commis aux écritures; — douze soldats infirmiers de 1re ou de 2e classe.

Art. 11. — Les agents subalternes civils sont nommés par le directeur de l'École sur l'approbation du ministre. Ils comprennent : un aide de laboratoire, — un concierge de l'hôtel de la Direction.

TITRE III

CONSEILS.

Art. 12. — Il est établi à l'École : — 1° un conseil de perfectionnement; — 2° un conseil d'administration ; — 3° un conseil de discipline.

Le conseil de perfectionnement est composé du directeur de l'École, président; du sous-directeur de l'École, directeur des études, et des professeurs ; un agrégé, désigné chaque année par le directeur, remplit les fonctions de secrétaire.

Le conseil se réunit chaque fois que le directeur de l'École le convoque et au moins deux fois par an.

Il émet son avis motivé sur tous les objets soumis à ses délibérations sur la proposition du président ou d'un des membres, dans l'intérêt des études.

Si ses délibérations l'amènent à proposer des modifications dans les programmes ou dans l'emploi du temps, les procès-verbaux des séances sont annexés aux demandes conformes adressées par le directeur de l'École au ministre.

Art. 13. — Le conseil d'administration se compose :

Du directeur de l'École, président; — du sous-directeur; — des deux médecins professeurs ; — du major rapporteur ; — de l'officier d'administration, trésorier et comptable du matériel.

Les médecins professeurs sont choisis parmi les plus anciens de grade.

Le plus ancien est membre de droit, les deux autres alternent.

Les attributions du conseil d'administration sont définies par les règlements sur l'administration des écoles.

Art. 14. — Le conseil de discipline est composé :

Du directeur de l'École, président; — du sous-directeur de l'École; — d'un professeur désigné chaque année par le directeur; — de deux médecins principaux ou majors de la garnison désignés chaque année par le ministre.

Le conseil de discipline est chargé de provoquer toutes les mesures nécessaires au maintien de l'ordre.

Le stagiaire qui aura commis une faute assez grave pour encourir le renvoi de l'École paraîtra devant le conseil de discipline.

Le ministre de la guerre statuera sur les propositions de renvoi qui devront toujours être accompagnées d'un avis motivé du conseil.

Toutefois, lorsqu'il s'agira de désordres graves, de manifestations quelconques ou de fautes collectives, le ministre prendra, d'après les rapports du directeur de l'École, telles mesures qu'il jugera convenable dans l'intérêt de la discipline.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX STAGIAIRES ET AU SERVICE INTÉRIEUR.

Art. 15. — Tout élève de santé militaire, reçu docteur en médecine ou pharmacien de 1re classe, est admis de plein droit à l'École d'application, du 1er novembre au 25 décembre.

Les élèves du service de santé, admis à l'École d'application, subissent un examen qui détermine leur rang de classement; il comprend les épreuves suivantes :

Pour les élèves docteurs :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen de deux malades atteints : l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Une preuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogatoire sur l'hygiène.

Pour les élèves pharmaciens.

1° Une composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation de plusieurs médicaments inscrits aux codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Cet examen est passé du 26 au 31 décembre, devant un jury présidé par le médecin inspecteur, directeur de l'École, et composé pour les élèves médecins, des médecins professeurs, et pour les élèves pharmaciens, des pharmaciens professeurs et professeurs agrégés à l'École, ainsi que d'un pharmacien-major désigné par le ministre, sur la proposition du Comité consultatif de santé.

A la suite de cet examen, les élèves sont nommés stagiaires.

Le stage commence le 1er janvier.

ART. 16. — Les diverses branches de l'enseignement sont déterminées par des programmes. Ces programmes et le tableau de l'emploi du temps sont soumis à l'approbation du ministre par le directeur de l'École.

ART. 17. — Le règlement sur le service intérieur de l'École sera présenté par le directeur à l'approbation du ministre ; aucune modification ultérieure ne pourra y être apportée sans une autorisation ministérielle préalable.

ART. 18. — L'École sera inspectée chaque année, par le médecin inspecteur général, conformément aux instructions ministérielles.

ART. 19. — A partir de leur nomination, les stagiaires reçoivent la subvention déterminée par les tarifs de solde et il leur est attribué une indemnité de première mise d'équipement.

ART. 20. — Ils sont soumis, à l'intérieur de l'École, à des interrogations et à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes permettant d'établir, tous les deux mois, un classement qui est transmis au ministre.

ART. 21. — Les examens de sortie sont passés devant un jury formé d'un médecin inspecteur, des professeurs de l'École et de deux médecins principaux ou majors employés dans le gouvernement militaire de Paris.

Les membres du jury, autres que les professeurs, sont désignés par le ministre, sur la proposition du Comité consultatif de santé.

Les notes des examens de sortie, combinées avec les classements trimestriels, permettent d'établir le classement de sortie.

ART. 22. — Les stagiaires qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen de sortie quittent l'École avec le grade de médecin aide-major de deuxième classe, l'ancienneté est déterminée par le numéro de classement de sortie.

ART. 23. — Tout stagiaire qui n'aura pas obtenu à l'examen de sortie la moyenne des points déterminés par le règlement sur le service intérieur de l'École sera, sur la proposition du jury, désigné au ministre pour être licencié de l'École.

ART. 24. — Tout stagiaire licencié de l'École est tenu au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité qu'il aurait pu toucher étant élève et d'indemnité de première mise d'équipement.

ART. 25. — Le même remboursement sera exigé des médecins ou pharmaciens militaires qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur.

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ART. 26. — Toutes les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

ART. 27. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui recevra son application à partir du 22 novembre 1887.

Fait à Paris, le 22 novembre 1887.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le ministre de la guerre,
Gal FERRON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Signes de la grossesse; sa grossesse peut-elle être méconnue par une femme ?

Nous avons terminé toutes les questions relatives au viol. Je veux maintenant faire avec vous l'étude de la grossesse et de l'accouchement, que je réduirai très strictement au point de vue médico-légal.

L'expertise, au sujet de la grossesse, peut être déterminée par deux ordres de faits : ou bien une femme veut *dissimuler* une grossesse, ou bien elle veut *simuler* une grossesse, et, ici, elle est ordinairement mue par des intérêts d'ordre financier (héritages).

De toutes les erreurs de diagnostic médical, il n'y en a pas qui frappe plus le public que celle de la grossesse et qui soit plus nuisible à la réputation d'un médecin. Elle est grave en toute circonstance ; elle est très grave en médecine légale. A Vic, petit village voisin de Nancy, une fille fut accusée d'infanticide à la suite d'une perte de sang au septième mois de sa grossesse, après laquelle celle-ci semblait avoir disparu. Une sage-femme et un médecin chargés d'examiner cette fille déclarèrent qu'elle avait accouché. Condamnée par le tribunal à six mois d'emprisonnement, elle accoucha, deux mois après, d'un enfant à terme ! Le jugement fut cassé, ce fait est rapporté par Stolz. Dans un autre cas, arrivé — coïncidence singulière — à Vic, près de Tarbes, la femme accoucha en sortant de l'audience, où elle s'était entendu condamner pour infanticide, d'un enfant mort-né de huit mois à huit mois et demi. Tout ceci n'ajoute rien à la gloire des médecins et des médecins légistes en particulier.

Nous allons suivre, l'une après l'autre, les diverses questions qui peuvent se poser dans l'expertise. Et d'abord, vous êtes commis pour examiner une femme, afin de savoir si, oui ou non, elle est enceinte. Cette femme refuse de se prêter à votre examen. Vous n'avez qu'à vous retirer ; il n'y a pas d'article du code qui vous autorise à aller au delà. Ne lui faites même pas valoir les arguments qui devraient l'encourager à se laisser examiner : on vous accuserait d'avoir exercé sur elle une violence morale et vous seriez assimilés, dans les effets oratoires de l'avocat, aux gens qui, autrefois, exerçaient une pression par la torture.

Je dois vous mettre en garde contre les signes de la grossesse dits de probabilité, tels que la suppression des règles qui, d'ailleurs, ne peut pas être constatée directement. On a vu, au contraire, des femmes, ayant un intérêt à dissimuler une grossesse, emprunter une chemise tachée de sang menstruel à une amie ou salir la leur avec du sang d'espèces animales.

J'attache plus d'importance à l'examen des seins. Ils deviennent plus gros et les tubercules de Montgomery se tuméfient. Ils contiennent déjà un peu de *colostrum*, quelquefois dès le deuxième ou troisième mois. Il suffit alors de presser un peu en arrière du mamelon pour vider les canaux excréteurs. Mais ce n'est pas encore un signe absolu de la grossesse, et je connais une femme qui n'a pas cessé d'avoir du lait depuis huit ans, et qui est obligée de se garnir les seins de linges pour le recevoir. Mais est-ce au moins une preuve d'accouchement ? Pas absolument ; on a trouvé du lait dans les seins, dans des cas d'hématocèle rétro-utérine, et, dernièrement, le docteur Leblond a communiqué un exemple analogue à la Société de médecine légale. Il y

a, du reste, des hommes chez lesquels on peut faire sourdre une goutte de lait. De Humbold dit même avoir vu, dans les Indes, un homme nourrissant un enfant.

Enfin, on peut explorer l'utérus, à travers les parois abdominales. Le globe utérin dépasse le pubis, vers le troisième mois, et l'ombilic, vers le sixième. Mais ici, on croit parfois à une tumeur de l'ovaire. Pendant notre internat, nous avons été témoin d'une erreur de ce genre. Une femme fut considérée comme ayant un kyste de l'ovaire. On fit la ponction et on reconnut, pendant que le liquide s'écoulait, la présence d'un fœtus dans ce prétendu kyste. Il y avait hydropisie de l'amnios et le diagnostic avait été méconnu par les médecins et chirurgiens de l'hôpital réunis en consultation, après discussion des diverses hypothèses possibles. L'enfant naquit vivant, trois mois après la ponction, au terme normal de la vie intra-utérine.

Il y a pourtant des signes certains de la grossesse, aussi certains que le râle crépitant et le souffle de la pneumonie, et vous ne sauriez trop apprendre à les connaître dans les cliniques d'accouchement. Le premier consiste dans la constatation des *mouvements actifs du fœtus.* Mais on peut encore s'y tromper et Antoine Dubois lui-même, qui est certainement un des accoucheurs les plus éminents de notre siècle, avoue y avoir été pris. Certains mouvements spasmodiques des muscles des parois de l'abdomen simulent admirablement les mouvements du fœtus. Je vais vous en lire un exemple, rapporté par Ambroise Paré, à son chapitre « des monstres et prodiges ». Il mérite vraiment de vous être cité par son petit parfum d'antiquité, qui n'a rien de désagréable.

« *D'une grosse garce de Normandie qui feignoit avoir un serpent dans le ventre* (1).

L'an 1651, vint en ceste ville, une grosse garce fessue, potelée et en bon poinct, aagée de trente ans ou enuiron, laquelle disoit estre de Normandie, qui s'en alloit par les bonnes maisons de dames et damoiselles, leur demandant l'aumosne, disant qu'elle auoit un serpent dans le ventre, qui luy estoit entré estant endormie en vne cheneuière : et leur faisoit mettre la main sur son ventre pour leur faire sentir le mouvement du serpent, qui la rongeoit et tourmentoit iour et nuict, comme elle disoit : ainsi tout le monde lui faisoit aumosne par vne grande compassion qu'on auoit de la voir, ioinct qu'elle faisoit bonne pipée. Or, il y eut une damoiselle honorable et grande aumosnière, qui la print en son logis, et me fit appeler (ensemble monsieur Hollier, docteur régent en la Faculté de médecine, et Germain Cheual, chirurgien iuré à Paris), pour sçauoir s'il y auroit moyen de chasser ce dragon hors le corps de ceste pauure femme : et l'ayant veuë, monsieur Hollier lui ordonna vne médecine qui estoit assez gaillarde (laquelle lui fit faire plusieurs selles) tendant à fin de faire sortir ceste beste : neantmoins ne sortit point. Estans derechef r'assemblés, conclusmes que ie luy mettrois vn speculum au col de la matrice : et partant fut posée sur vne table, où son enseigne fut desployée, pour luy appliquer le speculum, par lequel ie feis assez bonne et ample dilatation, pour sçauoir si on pourroit apperceuoir queuë ou teste de ceste beste : mais il ne fut rien apperceu, excepté un mouuement volontaire que faisoit ladite garce, par le moyen des muscles de l'épigastre : et ayant conneu son imposture, nous retirasmes à part où il fut résolu que ce mouuement ne venoit d'aucune beste, mais qu'elle le faisoit par l'action desdits muscles. Et pour l'espouuanter et connoistre plus amplement la vérité, on luy dist qu'on reïtereroit à luy donner encore vne autre médecine beaucoup plus forte, afin de lui faire confesser la vérité du fait : et elle craignant reprendre vne si forte médecine, estant asseurée qu'elle n'auoit point de serpent, le soir mesme s'en alla sans dire adieu à sa damoiselle, n'oubliant à serrer ses hardes et quelques vnes de ladite damoiselle ; et voilà comme l'imposture fut descouuerte. Six iours après ie la trouuay hors la porte de Montmartre, sus vn cheual de bast iambe deçà, iambe delà, qui rioit à gorge desployée, et s'en alloit auec les chassemarées, pour auec eux (comme ie croy) faire voler son dragon, et retourner en son pays. »

(1) Édition Malgaigne, t. III, chap. XXV, p. 52.

Le deuxième signe certain réside dans la communication au fœtus de *mouvements passifs*, tels que le ballottement abdominal ou vaginal, qui peut être appréciable dès le quatrième mois de la grossesse.

Enfin le troisième signe et le plus certain est l'examen des *battements du cœur* du fœtus, qu'on perçoit à travers les parois de l'abdomen. C'est là l'indice vraiment caractéristique. Et cependant Antoine Dubois encore et Pajot s'y sont trompés. On croit qu'on entend les battements du cœur du fœtus et on n'entend en réalité que ceux d'une artère de la mère. Certaines femmes sont tellement émues par l'examen qu'elles ont jusqu'à 120 pulsations par minute. Si donc vous ne comptez pas les battements du pouls de la mère en même temps que vous écoutez le cœur du fœtus, vous n'êtes jamais sûr de ne pas vous tromper. La même erreur peut être commise chez des femmes qui ont la maladie de Basedow.

En somme, on ne peut arriver à la certitude d'une grossesse que si on a fait la collection de tous les moyens d'éviter un diagnostic erroné.

La grossesse extra-utérine constitue une des causes d'erreur les plus fréquentes. Si une fois vous êtes sûrs qu'elle existe, vous pouvez être tranquilles, il n'y a pas de grossesse normale en même temps. Mais rien n'est plus commun que la grossesse tubaire extra-utérine. Il y a quelques années, une actrice vient à Paris. Une personne qui avait eu, pour elle, quelques bontés, à Londres, était convaincue qu'elle ne pouvait pas avoir de grossesse. Or, un jour, elle va se promener au bois de Boulogne avec deux Anglais. Arrivée au *Pré Catelan*, elle se sentait déjà mal à son aise et elle prend un verre de lait. Au *pavillon d'Armenonville*, elle est tout à fait malade et elle accouche brusquement avec une hémorrhagie très abondante. On trouve cette femme mourante entre ces deux Anglais : on emmène les deux Anglais au poste ! Les journaux en ont tiré cette morale, qu'il est très dangereux de boire un verre de lait froid dans la journée !

Je n'insiste pas sur les fausses grossesses. On a écrit autrefois des volumes sur les môles charnues, môles vésiculaires, etc. Il faut entendre par là les corps fibreux, les polypes se développant dans l'utérus, pour être expulsés à un moment donné. Or jadis, lorsqu'on voyait accoucher une religieuse ou une fille de noble lignée, il y avait de grandes discussions à ce sujet, devant le Parlement. Certaines môles qui dépendent de la dégénérescence du placenta et qui offrent l'apparence d'hydatides ou de kystes, peuvent peser jusqu'à trente et cinquante-deux livres.

Je ne vous parle pas des hydropisies et d'autres causes d'erreur, dont le nombre est excessif. Ici, comme dans bien des circonstances en médecine légale, il n'y a qu'un pro-

cédé : gagner du temps, savoir attendre et surtout ne se prononcer jamais sur un seul examen. Ne vous décidez à parler que lorsqu'il n'y a plus, pour vous, d'erreur possible.

Des questions très diverses peuvent se poser à propos de la grossesse. Ainsi, une femme est accusée de s'être fait avorter et on soupçonne des complices ; pendant combien de temps peut-on diagnostiquer qu'il y a eu grossesse, et si la femme est morte, y a-t-il lieu de faire une exhumation plusieurs mois après, pour en rechercher les traces ? Casper a pu constater, au bout de neuf mois d'inhumation, qu'une fille était vierge. Vous savez du reste que le placenta et l'utérus sont des organes qui ne se putréfient que très lentement, surtout depuis qu'on emploie des bois plus ou moins aromatiques à la fabrication des cercueils. Ce dernier usage est favorable à la médecine légale, mais s'il continue à se répandre, on ne pourra plus *reprendre les lignes*, dans les cimetières, au bout de cinq ans.

Enfin, sa grossesse peut-elle être méconnue par la mère? C'est bien rare, quoique, dans les hôpitaux, on voie parfois des filles nier énergiquement leur grossesse, quand, déjà, on voit la tête du fœtus. Cependant, ce phénomène est arrivé à une de mes clientes. Cette femme, très grasse, avait déjà eu trois enfants ; elle nourrissait le dernier depuis douze mois, et n'avait aucune raison pour nier une grossesse possible. Son mari vint, à ma consultation, me prier de passer, dans la journée, chez sa femme, qui avait des douleurs d'entrailles. Quand j'arrivai, il n'y avait pas à se tromper aux cris et à la forme des cris, et, en une demi-heure, l'accouchement était terminé. Cette femme n'avait jamais senti un mouvement et l'absence des règles avait été attribuée à la lactation. Il ne faudrait pourtant pas conclure, de ce cas tout particulier, que la chose soit commune.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

De la cure radicale des hernies. — **M. TRÉLAT**, au point de vue de la cure radicale des hernies, professe cette opinion que toute hernie qui n'est pas complètement, constamment, facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale, qu'elle soit ou non congénitale. Dans la cure radicale, il voit des avantages bien plus grands encore pour des hernies compliquées que pour des hernies simples et petites.

Ce matin même, il a opéré une hernie devenue irréductible avec une masse épiploïque, qui avait déjà contracté des adhérences et qu'il a dû réséquer. Il importe peu, pour lui, que la hernie soit congénitale ou non. Ainsi que MM. Terrier et Berger, il pense qu'il n'y a pas lieu d'opérer les enfants atteints de hernies congénitales. Il sait, en effet, que ces hernies peuvent guérir spontanément.

Il faut donc, pour les opérer, attendre une complication, un accident quelconque.

La formule donnée par M. Lucas-Championnière, c'est-à-dire la dissection aussi complète que possible du sac, lui paraît excellente. Cette dissection est-elle facile, difficile, possible, impossible ? C'est là le véritable élément de la discussion. Il faut que cette dissection soit très mince. C'est le seul moyen de pouvoir la porter aussi haut que possible dans le canal inguinal. Faute de pouvoir accomplir cette dissection dans de bonnes conditions, M. Trélat comprend qu'on ait recours alors au procédé de capitonnage, préconisé par M. Terrillon. Dans les cas d'ectopie testiculaire, la règle est fort simple. Si le testicule est perdu dans sa texture, dans sa fonction, il n'y a aucun inconvénient à l'enlever, au contraire. Il y a des cas incertains où le chirurgien peut seul décider la conduite à tenir, ainsi que dans un cas récemment communiqué par M. Lucas-Championnière.

La cure radicale, faite opportunément, est, en somme, une opération peu dangereuse, profitable surtout pour les cas compliqués. Mais il faut opérer dès que la hernie est irréductible et ne pas attendre le développement d'accidents graves. Quant aux hernies petites, récentes, facilement réductibles, M. Trélat ne pense pas qu'elles soient justiciables de la cure radicale.

M. BERGER rappelle que les statistiques démontrent que la cure radicale de toutes les hernies donne 1 1/2 à 2 p. 100 de mortalité. Les hernies traitées par les bandages ne donnent pas ce chiffre de 1 1/2 à 2 p. 100 de mortalité.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à M. Berger que toute opération nouvelle appelle un peu la réaction ; M. Berger a été extrêmement heureux dans ses cas de guérison par des bandages. M. Lucas-Championnière cite des cas qui ne guériront jamais par les bandages, quelque soin qu'on y apporte. Il préfère de beaucoup l'opération qui n'est pas plus dangereuse et qui ne demande pas les mêmes soins. MM. Lucas-Championnière et Terrier, sur cent opérations, n'ont pas eu un cas de mort. Il ne faut donc pas prendre la statistique de M. Socin comme une statistique s'appliquant à la généralité des cas. En somme, M. Lucas-Championnière n'a pas de raisons d'abandonner la formule qu'il a donnée sur la cure radicale des hernies. Les bandages empoisonnent l'existence de six hernieux sur dix. En outre, le bandage n'est pas sans danger, il est souvent plus dangereux que l'opération elle-même. M. Lucas a vu signaler, après la cure radicale, des accidents post-opératoires, tels qu'abcès, gangrène, etc., qu'il n'a jamais observés, ayant toujours employé rigoureusement la méthode antiseptique. M. Lucas-Championnière n'hésite pas à opérer même des enfants atteints de hernie congénitale qui supportent mal les bandages, et il en a toujours obtenu les meilleurs résultats.

RAPPORT

Pieds-bots; tarsectomie. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur un double pied-bot varus congénital, traité avec succès par la tarsectomie par M. Duret (de Lille). Il s'agissait de pieds-bots d'origine paralytique qu'aucun traitement n'avait pu modifier. La marche était très difficile. M. Duret fit d'abord la section de tous les tendons rétractés de l'un des pieds et n'obtint aucun résultat. Il se décida à faire la tarsectomie. M. Polaillon n'approuve pas cette opération, attendu que selon lui tous ces pieds-bots guérissent par des appareils bien appliqués. Ces opérations ne sont réellement indiquées que chez l'adulte ; chez l'enfant, le redressement lent par les appareils suffit toujours.

Ongle incarné. — **M. POLAILLON** fait un second rapport sur une communication de M. Chassinat (d'Hyères) sur un mode de traitement de l'ongle incarné par l'application d'indigo.

M. Polaillon ne trouve pas ces observations assez concluantes.

PRÉSENTATION

Autoplastie. — **M. BERGER** présente les malades qu'il a soumis à la dernière séance de l'Académie (Voir *Gazette des hôpitaux*, p. 1192).

MM. LE FORT et TERRIER disent avoir vu à New-York des cas analogues à ceux que vient de présenter M. Berger. Ils ont vu un chirurgien, dans les cas de brûlures du dos de la main, par exemple, disséquer sur le devant de la poitrine un large lambeau, resté adhérent par ses bords supérieur et inférieur, et placer ensuite la main du malade derrière ce lambeau comme dans un gilet. Après un certain nombre de jours, il sectionne les deux bords adhérents du lambeau et le malade est guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Chatin, Grellière, Lucas-Fontaine, Bouchard, Hamon, Michel, Morisset, Mouton, Bienvenot, Morel, Crouzet, Floquet, Barrabé, Couléard-Desforges.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Maygrier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Legué et Boiron.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Beauregard, professeur agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Monod et Mesnard, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Champetier de Ribes, médecin des hôpitaux de Paris.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Garel et Chapet, médecins des hôpitaux de Lyon; Rodet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Cret-Duverger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lemoyne, Alexandrowicz, Fanton et Bernard; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pluyette, d'Astros et Alezaïs, médecins des hôpitaux de Marseille.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Péria.

— Par décret, en date du 22 novembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Motheau, Vasticar, Malingre, Loye, Larauza, Laumet, Blanc-Fontenille, Véroudart, Peignon, Sengensse, Piquard et Copin.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 novembre 1887, un concours s'ouvrira le 11 juin 1888, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant aux chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 novembre 1887, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1888, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

— *Hôpitaux de Vienne.* — A la suite d'un brillant concours, MM. Honnorat et Figuet ont été nommés médecins-chirurgiens suppléants pour dix ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pour l'année scolaire 1887-1888, demeure composé comme suit : M. Brault, chef des travaux; MM. Chantemesse et Toupet, préparateurs; MM. Widal, Marfon, Clado, Guinon et Nicole, moniteurs.

Le personnel du laboratoire de clinique des maladies des enfants est composé comme suit : M. Germont, préparateur d'anatomie pathologique; M. Lhomme, préparateur de bactériologie; M. Chautard, préparateur de chimie.

M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Imbert est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Rafin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le docteur Blanc (E.-J.) est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (H.-E.), dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Les derniers concours se sont terminés par les nominations suivantes :

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit) : M. Licht.

Concours de l'internat : Ont été nommés : *internes titulaires* : MM. Vaté, Simon, Adam, Specker, Guirlet. — *Interne provisoire* : M. Manson.

Concours de l'externat : MM. Zumbiehl, Vigneron, Senique, Saucerotte, Dengler, Düffner, Thiébaut, Thomas, Pierrot, Sibut, Prautois.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Ducruzel, suppléant, est chargé d'un cours de chimie; — M. Guillemin, suppléant, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenté est nommé chef de clinique médicale; — M. du Roselle est nommé chef de clinique chirurgicale; — M. Boury est nommé chef de clinique obstétricale; — M. Dhourdin, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Tripot est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Allaire, démissionnaire.

— M. le docteur Vignes (Albert), médecin-adjoint au lycée de Tarbes, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Vignes démissionnaire.

— M. le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux de Paris, avait cru pouvoir exercer, en même temps, comme médecin consultant, près de la station thermale de Vichy. Cette situation qui exigeait une absence de quatre à cinq mois, a paru irrégulière à la Société médicale des hôpitaux, qui a pensé devoir en prévenir M. Audhoui. En réponse à ces observations, ce dernier a envoyé sa démission de membre de la Société.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupin (de Bordeaux).

— M. le docteur Ernest Féligan soutiendra, le mercredi 30 novembre 1887, à midi, devant la Faculté des lettres de Paris, pour obtenir le grade de docteur, les deux thèses suivantes : 1° *De Marlowianis fabulis;* 2° Histoire de la légende de Faust.

— Les travaux du laboratoire de zoologie comparative de M. le professeur Edmond Perrier, commenceront au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 29 novembre 1887, à une heure de l'après-midi, sous la direction de M. E.-L. Bouvier, chef des travaux pratiques. Ils consisteront en dissections, déterminations d'animaux, exercices micrographiques, etc.

Des conférences seront faites en vue de la préparation à la licence et à l'agrégation. Le laboratoire des recherches est ouvert pendant toute l'année scolaire.

Les étudiants peuvent se faire inscrire au laboratoire de malacologie, 55, rue de Buffon, tous les jours de onze heures du matin à quatre heures du soir.

— M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera ses conférences sur l'obstétrique, le vendredi 2 décembre 1887, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Les sujets que traitera M. Ribemont-Dessaignes sont : 1° la pathologie de la grossesse; 2° la dystocie; 3° les opérations obstétricales.

— M. le professeur Ph. Van Tieghem commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétales), le samedi 3 décembre 1887, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie au Muséum d'histoire natu-

relle, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera de la morphologie, de la physiologie et de la classification des champignons, en insistant sur le développement des espèces vulgaires, utiles ou nuisibles. Des leçons pratiques auront lieu le jeudi au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Le laboratoire d'enseignement sera ouvert tous les jours, de onze heures à quatre heures, à partir du lundi 5 décembre 1887. Pendant la durée du cours, des leçons pratiques auront lieu le jeudi matin.

Le laboratoire des recherches botaniques est ouvert tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, à dater du samedi 3 décembre et pendant toute la durée de l'année scolaire. Les élèves qui désirent prendre part aux travaux pratiques sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

— La quatrième conférence annuelle Broca sera faite le mercredi 14 décembre 1887, à trois heures et demie, dans le local de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine. — Le conférencier, M. Mathias-Duval, traitera de l'aphasie depuis Broca.

Le soir, aura lieu, chez Brébant, le banquet annuel, prix 12 fr. 50.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21985

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été consacrée presque tout entière à des lectures de rapports officiels : rapport pour le prix de l'Académie, par M. Le Fort ; rapport général sur le service de la vaccine, par M. Blot ; suppléments de rapport sur l'hygiène de l'enfance, par M. Devilliers, et sur les épidémies, par M. Hayem.

Le sujet de prix proposé par l'Académie était ainsi formulé : De l'hystérectomie vaginale ; indications et manuel opératoire. Le sujet prêtait à d'intéressantes considérations chirurgicales ; le rapporteur n'a pas laissé échapper l'occasion de les développer. Nous regrettons que le temps nous ait manqué pour en donner un aperçu suffisant dans notre compte rendu. On y trouvera les quelques observations qu'elles ont suggérées à MM. Verneuil, Trélat et L. Labbé, qui, un peu pressés eux-mêmes par les exigences de l'ordre du jour, n'ont pu qu'esquisser très rapidement ce qu'ils avaient à dire. Il ne serait pas impossible que la question fût prochainement reprise, le nouveau membre de la section de pathologie chirurgicale s'y trouvant implicitement intéressé. (L'auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, qui a obtenu le prix, est un élève de M. Péan, qui s'est inspiré dans ce travail des conseils, des idées et des faits de la pratique de son maître.)

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre titulaire, dans la section d'anatomie et de physiologie. M. François-Franck, qui est trop connu de nos lecteurs pour que nous ayons besoin de le leur présenter, a été élu au premier tour, à une grande majorité.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Scarlatine et myocardite ; rhumatisme articulaire aigu, endopéricardite, rétrécissement mitral, rétrécissement et insuffisance aortiques, hypertrophie du cœur.

Je vais faire descendre à l'amphithéâtre, pour l'examiner devant vous, le malade du n° 54 de la salle Jenner.

C'est un garçon de dix-neuf ans, bien constitué, qui, depuis quinze mois, absolument incapable de travailler, en est réduit à se traîner d'hôpital en hôpital. Il est un véritable infirme de par le cœur, et son infirmité est remarquable par sa précocité et par sa gravité. Aussi, n'avons-nous aucune espérance de pouvoir améliorer sa situation, si ce n'est au point de vue d'un danger immédiat.

La maladie dont il est atteint est donc une affection du cœur, et l'altération de l'organe central de la circulation est assez prononcée pour pouvoir être appréciée même à distance. A première vue, en effet, l'inspection du thorax montre, à chaque contraction du cœur, un ébranlement de toute la moitié inférieure de la région précordiale, ainsi que de la portion épigastrique du thorax, et, par suite, une grosse hypertrophie du cœur ou mieux une grande augmentation du volume du cœur. De plus, on remarque que la contraction du cœur donne lieu à un double mouvement : un mouvement latéral d'arrière en avant et un mouvement épigastrique d'avant en arrière. Il y a là un mouvement de bascule du cœur qui indique l'existence de brides pseudo-membraneuses dans le péricarde et qui fait que, lorsque la pointe du cœur se porte en avant, la partie de l'organe cardiaque, qui répond à l'épigastre, se porte en arrière.

Cette simple inspection de la région thoracique nous montre donc : 1° une grosse augmentation de volume du cœur ; 2° la présence de brides péricardiques qui rompent le mécanisme de cet organe, de telle sorte que la base frappe en avant, tandis que la pointe frappe en arrière.

De plus, si on applique la main sur la région précordiale, de telle sorte que la pointe du cœur se trouve tout à fait sous la face palmaire, on reconnaît que l'intensité du choc et le frémissement vibratoire correspondent à la systole cardiaque, la devançant même et se prolongeant autant qu'elle.

D'autre part, la percussion indique aussi une matité considérablement augmentée, non seulement dans le sens vertical (la pointe du cœur battant dans le septième espace intercostal), mais encore dans le sens transversal, cette matité dépassant le bord droit du sternum.

Quant à l'auscultation, voici ce qu'elle nous révèle : 1° au niveau de la pointe un souffle pareil au frémissement vibratoire et y correspondant, souffle présystolique et systolique, long, fort rude, s'étendant jusque vers l'aisselle d'une part, et de l'autre jusqu'au voisinage du triangle épigastrique. Puis, au foyer de la base du cœur, dans le deuxième espace intercostal droit, près du sternum, on entend le type parfait

d'un souffle de va et vient au premier temps, et relié au deuxième temps, avec cette particularité que le premier de ces souffles est plus faible que le second, c'est-à-dire que le souffle diastolique de la base est, par rapport à l'autre, d'une durée et d'une force exceptionnelles. En résumé, donc, nous nous trouvons en face des lésions suivantes : rétrécissement mitral et rétrécissement et insuffisance aortiques.

L'intensité du souffle est telle que celui-ci se propage du foyer aortique à l'appendice xyphoïde, propagation rétro-sternale, presque sans affaiblissement des bruits de haut en bas. Cependant, malgré cette intensité du souffle diastolique, nous ne trouvons pas le double souffle crural, par contre, nous constatons un autre petit phénomène, caractérisé par un double souffle dans les sous-clavières, qui rappelle tout à fait le double souffle crural.

J'ajoute que cet état cardiopathique n'a déterminé chez notre malade aucun accident périphérique : rien du côté des poumons, point d'albuminurie, point d'œdème des extrémités, aucune augmentation du volume du foie. Ce que nous observons seulement, c'est une grande pâleur des tissus, tout à fait en rapport avec l'insuffisance aortique ; et ce dont se plaint le malade, c'est d'un essoufflement prononcé au moindre mouvement, c'est aussi de vertiges et de palpitations continuels, qui augmentent à chaque effort.

De l'ensemble de tous ces faits, de l'opposition existant entre l'état du cœur et le peu de symptômes auxquels il donne lieu, il ressort que, ce dont il souffre, ce ne sont pas, en somme, les lésions valvulaires, mais bien l'état même du myocarde.

Si, maintenant, nous recherchons l'origine de la maladie dont ce jeune garçon est atteint, nous apprenons qu'au mois de décembre 1885, il eut un rhumatisme articulaire aigu, assez intense, quoiqu'il ne fût pas de longue durée (un mois en tout à peu près, la convalescence comprise). Mais pendant le cours de cette maladie rhumatismale, il fut pris d'une douleur dans la région du cœur, et le médecin qui lui donna ses soins fit appliquer des ventouses scarifiées sur la région précordiale. D'où nous croyons devoir conclure que ce garçon a eu, à ce moment, une endocardite et, très probablement aussi, en raison des brides pseudo-membraneuses qui impriment à l'organe cardiaque le mouvement de bascule dont je parlais tout à l'heure, une péricardite.

Mais ces accidents d'endopéricardite sont-ils suffisants pour expliquer l'état actuel du malade ? Non, car aussitôt après l'attaque rhumatismale, c'est-à-dire au mois de janvier 1886, le cœur était dans la même situation de gêne et d'incapacité qu'aujourd'hui, et nous savons qu'une endocardite ne peut déterminer, dans l'espace de deux ou trois semaines, une augmentation de volume du cœur, pareille à celle que présente ce malade.

Je sais bien que cet homme n'avait encore que dix-sept ans et demi à peine, lorsqu'il a eu et son rhumatisme et son endopéricardite, et qu'il était, par suite, à l'époque de la pleine croissance ; son cœur se trouvait donc ainsi dans les conditions les plus favorables pour un développement excessif de volume.

Cependant, en poursuivant plus loin notre enquête sur ses antécédents morbides, nous avons appris que notre jeune malade avait eu, au mois de mars de l'année 1885, c'est-à-dire neuf ou dix mois avant son attaque de rhumatisme, une scarlatine grave. Or, vous savez que la scarlatine est une affection qui frappe très facilement et fréquemment le cœur et de la même façon que le rhumatisme aigu. Pourtant, l'endocardite et la péricardite ne sont pas les seules manifestations de la scarlatine sur l'organe cardiaque, la myocardite aussi peut être une de ses conséquences, et une de ses conséquences moins rares que dans le rhumatisme.

Et, pour le dire tout de suite, j'ajoute que le commencement de sa myocardite date du mois de mars 1885. J'en ai la preuve dans le traitement institué par mon collègue des hôpitaux, M. le docteur Raymond, qui lui fit appliquer alors des ventouses sur la région du cœur. A ce moment-là, le malade eut-il une péricardite ? Je l'ignore, mais cela est possible ; en tous cas, ce que je sais, c'est qu'il eut des palpitations et des douleurs dans la région précordiale.

Il n'avait pas encore, à cette époque, tout à fait ses dix-sept ans, c'est-à-dire, comme je le disais tout à l'heure, qu'il était en pleine période de croissance.

En résumé, donc, nous pouvons dire comme antécédents, que ce malade a eu, à l'âge de dix-sept ans, une scarlatine qui a réagi d'une manière fâcheuse sur le myocarde, et déterminé une hypertrophie du cœur dont le début remonte d'une façon incontestable au mois de mars 1885 ; que, dix mois plus tard, un rhumatisme articulaire aigu est survenu, qui, à son tour, a d'autant plus facilement influencé l'organe cardiaque, que le myocarde était déjà irrité et distendu.

Ce sont là des faits bien connus, et, depuis plusieurs années, les observations relatant l'influence de la scarlatine sur le cœur sont déjà nombreuses. Certains auteurs ont cru que l'hypertrophie du cœur d'origine scarlatineuse ne se rencontrait que dans les cas où la scarlatine s'accompagnait de néphrite albumineuse. C'est là une erreur, car on la rencontre parfaitement en dehors de toute néphrite albumineuse.

C'est probablement même le cas de notre malade d'aujourd'hui, car il ne paraît pas avoir eu d'accidents albuminuriques pendant le cours de sa scarlatine. Et la filiation pathogénique de sa cardiopathie remonte bien à son affection scarlatineuse du mois de mars de l'année 1885, et peut se traduire ainsi : scarlatine, myocardite, augmentation de volume du cœur, puis rhumatisme articulaire aigu, endocardite et péricardite.

Mais que va-t-il advenir de notre malade qui est actuellement véritablement infirme de par l'état de son cœur ? Quel pronostic pouvons-nous émettre ?

S'il n'est pas possible d'éteindre la myocardite qui existe encore et présente une certaine activité, quoiqu'elle paraisse passée à l'état chronique, si l'on peut redouter que des accidents mortels surviennent par substitution de la phase d'insuffisance de dilatation à celle de contraction exagérée, cependant, nous devons dire que, tant que les choses resteront en l'état où elles sont aujourd'hui, la vie de notre malade n'est pas menacée, mais qu'il restera infirme de par son cœur. Avons-nous quelque moyen d'améliorer sa situation ? Oui, nous pouvons essayer de ramener son cœur à des proportions et à une énergie moindres par le traitement suivant : 1° pendant plusieurs semaines, régime d'inanition par le lait donné non sans limite, mais administré à une dose inférieure à celle qui est nécessaire au bilan nutritif, c'est-à-dire à la dose de deux litres et demi, et même de deux litres au lieu de trois ; 2° prescrire en même temps l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, que l'on élèvera progressivement à celle de 4 grammes.

Si, sous l'influence de ce traitement poursuivi très sévèrement pendant trois ou quatre semaines, nous n'obtenons aucune amélioration, nous aurons recours à l'application

répétée de vésicatoires que l'on pansera avec l'onguent napolitain, afin d'éteindre autant que possible le foyer phlegmasique.

ANTISEPSIE PULMONAIRE HYPODERMIQUE

TRAITEMENT ANTIMICROBIEN DE LA PHTHISIE

Par M. le docteur J. ROUSSEL.

La phthisie est une nécrose pulmonaire causée par le microbe tuberculeux, bacille de Koch.

Elle est héréditaire après transmission de la tuberculose généralisée.

Elle est contagieuse par infection microbienne qui débute à la *glotte* et au poumon *gauche*.

Elle ne guérit qu'après l'élimination du microbe. La médecine ordinaire des symptômes est impuissante.

Elle était incurable parce qu'on méconnaissait sa cause, le bacille; ses remèdes, les antiseptiques; leur choix, les *vaporisables;* leur formule, l'injection sous-cutanée.

Les agents antimicrobiens absorbés par l'estomac sont nuisibles à cet organe, ils sont décomposés par la digestion, ils ne passent pas en nature dans le sang, ils n'arrivent pas au poumon, ils ne le désinfectent pas du microbe. Seuls les remèdes *injectables*, assimilables sans décomposition, volatils, antiseptiques, mais non toxiques, détruisent le bacille sans nuire au malade.

Ces remèdes ne peuvent arriver dans le sang que par injection hypodermique; ils ne peuvent imbiber le réseau sanguin du poumon qu'à l'état de liquides apportés par le sang. Ils ne peuvent pénétrer dans les vésicules aériennes qu'à l'état de vapeurs naissantes *créées* dans le poumon.

L'*eucalyptol injectable*, végétal et assimilable, liquide et volatil, fébrifuge et tonique, antiseptique mais non toxique, est le remède du poumon, le destructeur du bacille tuberculeux.

Il est préparé avec l'essence des feuilles sèches de la variété *cordiforme* de la plante jeune, en solution dans l'huile *végétale* aseptique; il est purifié par filtrations successives des oléo-résines déposées avec le temps; il est inaltérable, indolore et très actif.

L'eucalyptol injecté liquide sous la peau, apporté au poumon par le sang, se transforme en vapeurs qui remplissent et stérilisent l'organe, détruisent les microbes, et s'exhalent par la bouche en effluves odorantes et apéritives.

La *spartéine injectable* est le remède du cœur fatigué, de la congestion, de la dyspnée, de la toux, de la douleur et de l'insomnie.

L'*arséniate de strychnine injectable* (1 p. 130) est le remède du sang; il le purifie en détruisant les leucomaïnes toxiques, il l'enrichit par la fixation du fer et de l'oxigène; il accroît la vitalité générale en s'opposant aux sueurs, aux diarrhées et aux déperditions de phosphates, de sucre, d'albumine, principes constitutifs des tissus.

Le *soufre injectable* (sulfite), à l'usage interstitiel, est le résolutif par excellence et antimicrobien de la scrofulo-tuberculose de la peau, des glandes, des articulations et des os.

Ces solutions stérilisées par le camphre et perfectionnées depuis deux ans sont inaltérables et inoffensives.

Les remèdes hypodermiques sont titrés pour qu'un centimètre cube (une seringue pleine) soit la dose moyenne.

Pendant un mois on injecte l'eucalyptol chaque matin; l'arsenic chaque deuxième jour; la spartéine le soir selon le besoin.

Au deuxième mois, les injections sont espacées d'un jour en plus; elles sont continuées jusqu'à guérison, et distribuées selon le degré d'amélioration. Les injections s'appliquent toutes sur le côté de la *hanche gauche;* bien opérées elles sont toujours indolores.

La seringue en *celluloïde* est aseptique; sa longue et fine aiguille préserve de tous accidents.

Une seringue réservée à chaque médicament évite tout mélange ou altération.

L'inhalation *sèche* de vapeurs d'essence d'eucalyptus achève l'antisepsie de la gorge et des bronches.

L'alimentation abondante doit être *fractionnée* par chaque deux heures de jour et de nuit; l'estomac délivré de toutes drogues digère sans vomissement ni diarrhée.

La température, le vêtement et le lit sont combinés pour être *isothermes*.

Par ce traitement méthodique, la phthisie est curable en trois mois pour tous les cas de contagion au début (induration); en six mois pour la moitié des cas moyens (suppuration); en un an pour le quart des cas les plus graves (grandes cavernes).

Les preuves scientifiques de la cure sont pour le médecin : la guérison des laryngites et des indurations du début, la cessation stéthoscopique des signes d'auscultation, la *disparition* microscopique des bacilles et du pus des crachats, la *réparation* des déformations *hippocratiques* des doigts et des ongles.

Pour le malade, ces preuves sont : la cessation graduelle de l'aphonie, de la toux, de l'essoufflement, de la fièvre, des sueurs, de l'insomnie, de la consomption; le retour du désir de vivre, des forces, de l'embonpoint, de la coloration et de la santé première.

Après les grandes lésions, une submatité et une obscurité du son signalent les points indurés par les cicatrices.

Aucune de ces solutions injectables n'a causé un seul accident local ou général. Les controverses et critiques émises par MM. Reignier, Vavin, Péchadre, Bouveret, Rodet et Durand (de Lyon) et Dujardin-Beaumetz, ne se rapportent point à l'eucalyptol végétal de l'inventeur de la méthode. Ces médecins n'ont expérimenté que des contrefaçons à la vaseline minérale, et des essences âcres extraites des feuilles vertes, lancéolées et coriaces de l'eucalyptus adulte; préparations mises en vente avant la publication des formules du docteur J. Roussel, à l'Académie.

Résumé statistique. — 145 malades ont suivi le traitement antiseptique de 1883 à octobre 1887.

Ils se divisent ainsi :

53 sont morts : héréditaires, 37; contagionnés, 16; 18 d'entre eux étaient arrivés à la période ultime et n'ont été soignés que moins de dix jours.

24 sont en surveillance : ayant achevé ou interrompu le traitement ou quitté Paris : héréditaires, hommes, 10; contagionnés, hommes, 6; héréditaires, femmes, 6; contagionnées, femmes, 2.

23 sont en traitement : héréditaires, hommes, 9; contagionnés, hommes, 6; héréditaires, femmes, 5; contagionnées, femmes, 3.

De ces 47 malades 25 guériront certainement.

45 sont guéris; héréditaires, hommes, 9; contagionnés, hommes, 20; héréditaires, femmes, 6; contagionnées, femmes, 10; desquels 12, dont les crachats, souvent examinés au microscope, ne présentent plus de bacilles. 9 dont les ongles et les doigts avaient été déformés par le gonflement hippocratique et se sont réparés.

Ces recherches spéciales n'ont pas été faites sur tous les sujets. Ne sont comptés « guéris » que ceux qui, depuis toute une année au moins, n'ont pas toussé et se sont bien portés. A peu près tous, par reconnaissance, s'offrent à l'examen de qui de droit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant à l'Académie l'ampliation du décret du Président de la République approuvant l'élection de M. Péan, dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Gosselin.

Lecture est donnée du décret;

2° Une deuxième lettre du même ministre demandant l'avis de l'Académie sur la durée de la période d'isolement pour les élèves des lycées atteints de maladies contagieuses (section d'hygiène publique);

3° Une lettre de M. le ministre du commerce transmettant plusieurs demandes en autorisation d'introduction et de vente, en France, de plusieurs eaux minérales étrangères (comm. des eaux minérales).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. le docteur Widal (d'Alger) pour sa nomination au titre de correspondant;

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le 7e corps d'armée, en 1886 et 1887, par M. le docteur Weber, médecin-major;

3° Une lettre de M. le docteur Longo (de Bordj-ben-Arreridj), signalant l'existence d'une épidémie de variole dans ce pays. Il résume sa lettre par les conclusions suivantes :

1° La variole existe à l'état endémique dans les pays kabyles : elle fait de fréquentes apparitions dans les pays arabes;

2° Cet état endémique est dû aux inoculations continuelles que font les Kabyles;

3° Il y a lieu d'interdire les inoculations varioliques et de rendre obligatoire la vaccination chez les indigènes de l'Algérie.

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. DEVILLIERS, au nom de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, donne lecture du rapport sur les travaux adressés en dehors des mémoires sur la question de prix.

Vingt-quatre ouvrages, tant manuscrits qu'imprimés, ont été adressés à la commission en dehors de sept mémoires répondant à la question du prix. De l'analyse de ces vingt-quatre ouvrages. M. le rapporteur tire les conclusions générales suivantes :

Il est certain que, dans la plus grande partie des départements où la loi protectrice de l'enfance est sérieusement mise à exécution, c'est-à-dire dans 75 départements, la mortalité infantile a diminué dans des proportions assez notables. On peut donc affirmer d'ores et déjà, qu'avec une application intelligente et encore plus rigoureuse de cette loi, le bilan mortuaire des enfants finira par se réduire en France aux proportions inévitables dans les conditions ordinaires de la vie.

COMMUNICATION

Découverte des glandes bulbo-uréthrales. — M. PROUST, aux lieu et place de M. L.-H. PETIT, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine, retenu par ses devoirs, fait une communication sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales par J. MÉRY. Cette communication a pour objet de démontrer que la priorité de la découverte de ces glandes, attribuée par les uns à Méry, et par les autres à l'anatomiste anglais William Cowper, doit revenir sans conteste à notre compatriote.

Ceux qui ont tranché la question en faveur de Cowper s'appuyaient surtout sur ce fait que Méry semble n'avoir accordé que peu d'importance à sa découverte; grâce à des documents inédits, extraits des procès-verbaux manuscrits de l'Académie des sciences, M. Petit démontre que Méry a décrit, de nouveau et à plusieurs reprises, ces glandes chez divers animaux (gazelle mâle, chamois, etc.), avant la publication du mémoire de Cowper.

D'ailleurs cette description se trouve dans le *Journal des Savants* de 1684, quinze ans avant celle de Cowper, et cette citation, d'après les règles qui régissent la priorité scientifique, suffit pour assurer cette priorité à Méry.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie.

Voici quel est le classement des candidats.

En première ligne, M. François-Franck; — en deuxième ligne, M. Gréhant; — en troisième ligne, M. P. Regnard; — en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Hénocque, Régnier et Rémy.

Le nombre des votants étant 74, majorité 38, au premier tour de scrutin :

M. François-Franck obtient.	61 voix.
M. Gréhant	8 —
M. Regnard.	2 —
M. Rémy	1 —

M. François-Franck ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation du Président de la République.

RAPPORT

Prix de l'Académie pour 1887. — M. LÉON LE FORT lit, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Larrey et Legouest, le rapport sur le prix de l'Académie pour 1887. Le sujet proposé était : *De l'hystérectomie vaginale; indications et manuel opératoire.*

Trois mémoires ont été adressés.

Nous détachons de ce rapport très étendu, et dans lequel la question est examinée avec le plus grand soin, le passage suivant, qui a motivé quelques observations de la part de MM. Verneuil, Trélat et Labbé.

Si nous voulons, a dit M. le rapporteur, apprécier, au point de vue des services rendus aux malades, la valeur de l'opération, en prenant comme l'expression de l'état vrai des choses les résultats rapportés par Hofmeier d'une part et d'autre part par la mortalité opératoire constatée dans 1650 opérations, mortalité qui est au minimum du quart des opérées, on voit qu'après un an et sur 100 opérées, il faut aux 25 malades, mortes du fait de l'opération, en ajouter 38 autres, qui, parmi les 75 suivantes, sont en état de récidive. C'est donc, après un an, une proportion d'insuccès de 63 p. 100 : les deux tiers.

Après deux ans, toujours d'après les données fournies par Hofmeier, les insuccès montent à 82 p. 100; après trois ans, à 89 p. 100.

Si l'on veut juger froidement la valeur de l'opération, non au point de vue de l'opération, mais au point de vue des malade atteintes de cancer de l'utérus, il faut demander quel eût été le sort de ces malades si elles n'avaient pas subi l'hystérectomie. Et les commentaires de cette contre-partie de l'enquête conduisent M. Le Fort à dire que la froide réalité est toute différente de l'enthousiasme que montrent la plupart des chirurgiens pour cette opération. Cependant, ajoute-t-il, je ne serai pas en contradiction avec moi-même en disant qu'elle doit être pratiquée dans certaines conditions.

Sans parler des cas où l'intervention n'était pas justifiée, faut-il, dans les cas de cancer limité au col, préférer l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle, à l'amputation du col ?

M. Le Fort se prononce pour l'affirmative. L'hystérectomie totale fait courir plus de risques immédiats à la vie des malades, mais l'expérience, lorsqu'il s'agit d'un cancer, quel que soit son siège, montre que la première condition pour éviter la récidive est d'enlever aussi sûrement que possible la totalité des tissus dégénérés. Dans les cancers du sein, on enlève la mamelle tout entière. Enlever l'utérus tout entier, c'est se mettre à l'abri du danger le plus grand, celui de la récidive.

De l'analyse des trois mémoires, M. le rapporteur, après un long et minutieux examen, conclut en ces termes :

Quoi qu'il en soit, si ces trois mémoires sont intéressants, s'ils répondent exactement à la question posée par l'Académie, il n'y a pas parité entre eux, et la commission, n'ayant à juger que les mémoires en eux-mêmes, a placé à l'unanimité comme supérieur aux deux autres le mémoire n° 1. Elle a donc l'honneur de proposer à l'Académie de donner le prix au mémoire portant ce numéro.

M. VERNEUIL n'est pas partisan de l'ablation totale de l'utérus dans les cas de cancers. Il rappelle que les opérations palliatives, consistant en grattage, curage, cautérisations ou même excision partielle du col, rendent de grands services aux malades sans leur faire courir aucun danger. Il en est beaucoup dont il a prolongé bien longtemps l'existence à l'aide de ces simples opérations.

M. LABBÉ, tout en se montrant partisan, dans certains cas déterminés, de l'ablation totale de l'utérus qu'il a pratiquée un

certain nombre de fois avec succès, admet avec M. Verneuil qu'on peut obtenir une survie souvent fort longue par de simples opérations comme l'excision partielle du col. Il cite l'exemple d'une malade qu'il a ainsi opérée, il y a quatorze ans; elle était atteinte d'un épithélioma bien caractérisé, limité à l'une des lèvres du col. M. Labbé fit la résection de ce col à l'aide de l'anse galvanique. Depuis quatorze ans la malade est restée bien portante.

Mais, entre ces opérations simples et l'hystérectomie vaginale totale, M. Labbé pense qu'il faut faire une place à l'opération dite de Schrœder, qui consiste à décoller l'utérus de la vessie d'un côté, et du rectum de l'autre, sans pénétrer dans le péritoine, et à enlever toute la portion d'utérus abordable par l'instrument tranchant à la suite de cette libération. Dans certains cas où le cancer a déjà envahi une notable portion de l'organe, cette opération peut rendre des services, et n'est pas aussi dangereuse que l'hystérectomie totale.

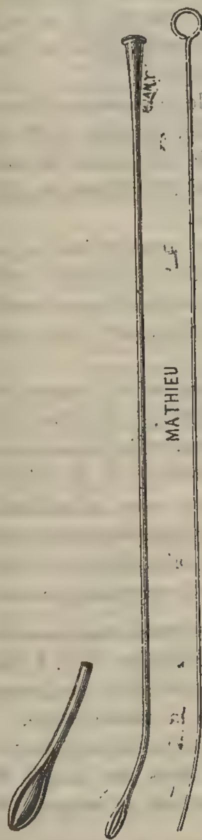
M. TRÉLAT admet que les opérations simples, préconisées par M. Verneuil, peuvent suffire dans un grand nombre de cas et rendre des services. Mais avec les progrès de la chirurgie, il pense qu'il ne faut pas repousser, de parti pris, l'hystérectomie vaginale totale. C'est une opération formellement indiquée et très bien pratiquée dans bon nombre de cas. Quant à l'opération de Schrœder, préconisée par M. Labbé, elle exige une main particulièrement expérimentée, elle ne laisse pas d'être un peu dangereuse, et elle est loin de donner les mêmes chances que l'hystérectomie totale que M. Trélat lui préfère de beaucoup.

Épidémies. — M. HAYEM donne lecture d'un supplément au rapport général sur les épidémies lu dans l'une des précédentes séances.

Vaccine. — M. HERVIEUX lit, pour M. BLOT à qui l'état de sa voix ne permet pas de se faire entendre, le rapport général sur le service de la vaccine.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Sonde à double courant pour injections intra-utérines. — M. TARNIER présente, au nom de M. Lavaux, interne de la Pitié, une sonde, que M. Mathieu a bien voulu construire sur ses indications.



Cette sonde n'est qu'une modification de sa sonde à double courant pour le lavage continu de l'urèthre antérieur. L'extrémité terminale est analogue à celle de l'hystéromètre. Elle a 3 mil. 2/3 de diamètre. Elle présente 4 rainures pour assurer le retour du liquide. La tige a 1 mil. 2/3 de diamètre; sa longueur est de 30 centimètres.

Cette sonde est en argent fin, ce qui permet d'éviter l'oxydation; de plus, à l'aide d'un mandrin, on peut lui donner toutes les formes que l'on désire.

Son mode de fonctionnement est le même que celui de la sonde uréthrale (*Arch. de Méd.*, mai 1887). La pression que l'on emploie n'atteint même pas 10 grammes.

Pour introduire cette sonde, il est bon de faire usage du spéculum.

Comme cet instrument a déjà donné de bons résultats à M. Maygrier, dans un cas de septicémie consécutive à un avortement de deux mois, et à l'auteur, dans des cas d'endométrite, surtout dans deux cas d'endométrite hémorrhagique, je crois qu'il est de mon devoir de le faire connaître aux accoucheurs et aux gynécologistes.

J'ajouterai que, redressée au moyen du mandrin, cette sonde permet de faire le lavage de l'urèthre antérieur.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre 1887. — Présidence de M. FÉRÉOL.

Tubercules de la langue. — M. BARTH présente un malade atteint de tuberculisation parenchymateuse de la langue. Ce malade est entré il y a deux mois à l'hôpital Tenon, pour une tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, ce malade a été soumis à un traitement antisyphilitique à fortes doses qui n'a donné aucun résultat. M. Barth a donc maintenu son diagnostic de tuberculisation et se propose de faire enlever ces tubercules. Dans les produits de raclage de la langue, on n'a pas trouvé de bacilles.

Contracture hystérique consécutive à une fracture. — M. DEBOVE présente un malade hystérique, qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, a été atteint d'une contracture. Cet homme, très gêné par cette contracture, demande avec instance à être amputé. C'est pour M. Debove un cas de conscience, ces accidents hystériques pouvant disparaître spontanément. Il consulte, à ce point de vue, la Société.

M. JOFFROY fait observer que ce malade présente de l'atrophie. Malgré cela il n'est pas partisan de l'amputation, la guérison pouvant survenir d'une façon inattendue.

La société se forme en comité secret.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Note ministérielle relative à la nomination d'un professeur de législation, d'administration et de service de santé militaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En exécution de l'article 8 du décret du 22 novembre 1887, tous les médecins-majors de première classe, principaux de deuxième ou de première classe, qui poseraient leur candidature pour l'emploi, nouvellement créé, de professeur de législation, d'administration et de service de santé militaires, devront faire parvenir, par la voie hiérarchique, à M. le ministre de la guerre, avant le 10 décembre, leur demande accompagnée, en double expédition, de l'énumération et de la justification de leurs titres.

THÈSES

SOUTENUES À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

22. M. FOUBERT. Variations passagères de volume du cœur. — 23. M. BEX. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. — 24. M. DELBECQ. Des fractures simples des os du carpe. — 25. M. MALPAS. Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1886 :

Prix (de la valeur de 1500 fr.), partagé entre MM. les docteurs Billot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dellys; Cazalas, médecin-major de première classe à Lons-le-Saulnier, et Jablonski, à Poitiers.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Massina, à Vernet-les-Bains,

et Pujos, à Auch ; — MM. les médecins-majors Geschwind, à Nevers, et Pugibet, à Aïn-Béïda.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Baudré, à Neubourg ; Berlingeri, à Bastia ; Bézaud, à Vaison ; Billot, à Corrèze ; Bouley, à Beaune ; Breynart, à Dunkerque ; Clédon, à Navarrenx ; Coiffier, au Puy ; Colard, à Ornans ; Cosmao-Duménez, à Pont-L'Abbé ; Congit, à Toulon ; Couture, à Condom ; Devillez, à Paris ; Doisneau, à Laval ; Drouhet, à Melle ; Dupont, à Saint-Loup-sur-Sémouze ; Évesque, à la Motte-Chalançon ; Feyge, à la Chambre ; Fournac, à Marseille ; Friot, à Nancy ; Garnier, à Montriond ; Guézennec, à Tréguier ; Guinoiseau, à Saint-Dizier ; Jaubert, à Castiglione ; Malteste, à Ruffec ; Michel, à Cavaillon ; Nodet, au Chambon ; Pilat, à Lille ; Pilven, à Landivisiau ; Sapin, à Poule ; Simonin, à Lure ; Terver, à Écully ; Thoizon, à Souppes ; Tixier, à Liancourt ; Tuefferd, à Montbéliard ; Valette, à Cahors ; Villeneuve, à Lexor, et de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors André, à Rouen ; Aubertin, à Belfort ; Forgues, à Châlons ; Gerbault, à Rambouillet ; Legagneur, à Pont-Saint-Esprit ; Mackiewicz, à Toul ; Rouire, à Sens, et Sollaud, à Cherbourg.

MM. les officiers de santé Arrepaux, à Arrens ; Bergerat, à Neuilly-le-Réal ; Panco, à Vinça ; Plonquet, à Ay, et Rodon, à Ouzouer-sur-Trézée.

M. le médecin-pharmacien Roubaud, à Marseille.

Mmes les sages-femmes Astruc, à Fournels ; Aubard, veuve Maréchal, à Argenton ; Bailly, femme Romand, à Saint-Amour ; Béihune, née Touzard, à Roz-sur-Couesnon ; Bisson, à Lisieux ; Briône, femme Leclerc, à Alençon ; Carpentier-Camatte, à Maubeuge ; Castan, veuve Julien, à Murat ; Caumel, à Monflanquin ; Charlon, à Issoudun ; Coste, à Nîmes ; Degenne, à Arcis-le-Ponsart ; Delauney, à Cormeilles ; Desplanques-Dumoulin, à Tourcoing ; Deverdun, à Auxerre ; Dinard, à Bourges ; Dreux, à Mézières ; Fauvet, à Chambon ; Forino, à Gentilly ; Fossé, à Amiens ; Genet, à Champagne ; Germond, à Vibraye ; Hannion-Burtaux, à Saint-Dizier ; Huguin, à Essonnes ; Lacroix, à Saint-Just-des-Marais ; Lainé, à Troyes ; Lambert, née Simon, à Romorantin ; Larraye, à Cabannes ; veuve Laspeyres, à Lavardac ; Leroy, à Grand-Lucé ; Marande, femme Frich, à Saint-Dié ; Marlot, à Montchanin-les-Mines ; Médicis, à Saint-Jean-de-Mont ; Mepper-Rimette, à Douai ; Moreau, à Tours ; Naizin, à Vannes ; Pain, à Poitiers ; Palat, à Alais ; veuve Paris, à Tulle ; Payerne, à Cherbourg ; Ribier, à Saint-Vallier ; Rouffiac, à Aumont ; Sire, à Châtellerault ; Soustre, à Mauriac ; Spazzi, à Hagetmau ; Suty, à Bar-le-Duc, et Tarraube, à Tonneins.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 novembre 1887, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1888, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Simon, Adam et Guirlen sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Licht, Levez et Viteux, démissionnaires.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Rolland, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie.

— *École de médecine de Reims.* — M. Delacour, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite École.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Vézian, professeur de géologie et de minéralogie, est nommé doyen.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Ditte, professeur de chimie, est nommé doyen.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Sicard, professeur de zoologie, est nommé doyen.

— Un concours pour la nomination à trois places d'internes à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le mardi 20 décembre 1887, à une heure.

Les candidats sont invités à se faire inscrire et à déposer leurs pièces au secrétariat des hospices de cette ville, au plus tard la veille du concours.

La durée de l'internat est de deux années. Les internes nommés reçoivent un traitement annuel de 400 francs et sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

— M. le docteur du Mesnil, médecin de l'Asile de Vincennes, est nommé secrétaire du Bureau central météorologique de France.

— Un banquet, offert à M. Péan par ses élèves et amis, à l'occasion de sa nomination à l'Académie de médecine, aura lieu le jeudi 15 décembre, à l'Hôtel Continental.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Casalongua (d'Alata) et Lelièvre (de Paris).

— M. Viguier soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 9 décembre 1877, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Études géologiques sur le département de l'Aude (bassin de l'Aude et Corbières). »

— *Collège de France.* — M. le professeur Berthelot commencera le cours de chimie organique, le lundi 5 décembre 1887, à dix heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera de la thermo-chimie.

M. le docteur François-Franck, suppléant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le lundi 5 décembre 1887, à quatre heures et demie du soir, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera de la sensibilité et de ses réactions normales et pathologiques.

M. le professeur Mascart commencera son cours de physique générale et expérimentale, le mardi 6 décembre 1887, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'optique.

M. le professeur Balbiani commencera son cours d'embryogénie comparée, le mardi 6 décembre 1887, à une heure et demie de l'après-midi, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'histoire physiologique et évolutive de quelques groupes de micro-organismes.

M. le docteur d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, commencera son cours de médecine, le mardi 6 décembre 1887, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les vendredis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera des phénomènes physico-chimiques de la respiration.

M. le professeur Fouqué commencera son cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, le mercredi 7 décembre 1887, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera de l'état actuel des études pétrographiques.

M. le professeur Schutzemberger commencera son cours de chimie minérale, le mercredi 7 décembre 1887, à une heure et demie, et le continuera les samedis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des phénomènes généraux de la chimie.

M. le professeur Ranvier commencera son cours d'anatomie générale, le mercredi 7 décembre 1887, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des éléments des centres et des cordons nerveux.

— M. le professeur Émile Blanchard commencera son cours de zoologie (animaux articulés), le mardi 7 décembre 1887, à une heure de l'après-midi, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'organisation, des mœurs, des métamorphoses et de la classification des animaux articulés. Dans une partie du cours, il s'attachera aux comparaisons des faunes anciennes avec les faunes actuelles.

L'entrée du cours est par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 36.

— Le laboratoire de botanique (classification des familles naturelles) de M. le professeur Bureau sera ouvert pour les travaux

d'études et de recherches, au Muséum d'histoire naturelle, tous les jours à partir du jeudi 1er décembre 1887, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

Les étudiants qui se proposent d'y travailler pourront se faire inscrire, de midi à quatre heures, aux galeries de botanique du Muséum. Pendant l'hiver, des conférences pratiques ayant pour objet l'étude des familles qui ne seront pas traitées cette année pendant le cours de botanique, auront lieu le mardi de chaque semaine, à partir du mardi 6 décembre, à une heure de l'après-midi, au laboratoire de la rue de Buffon, n° 63.

Des travaux pratiques correspondant aux sujets traités dans le cours commenceront au printemps prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par M. le docteur Duray-Comte. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le guide maternel ou hygiène de la première enfance, par M. le docteur A.-E. Selle. Un volume in-18, cartonnage percaline, de 90 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21995

11

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré
GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f[res], 16, r. Parc-Royal, Paris et ph[ies].

72

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

190

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son ma... de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le ... spécialement récompensé à l'Expo... universelle de Paris, 1878. ...stituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Sirop ... id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph[ies].

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEE-TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt G[ral] : Ph[ie] C[ie] F[s] Montmartre, Paris.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faines } **créosotées.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph[ie] H. MAYET, 9, rue S[t]-Marc.

91

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

66

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rech...cha ensuite son degré de volatilité, pui... la préparation qui favoriserait le mie... ...ette vaporisation.

Ces études ...démontrèrent que la bouche constit... ...ppareil inhalateur le plus simple et ...plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1**[f]**50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

23

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire)

42

Rhumes. Toux. Bronchites. Affections de la poitrine

GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET

Chaque capsule contient : *Créosote de Hêtre*, 0,05. *Goudron*, 0,075; *Baume de Tolu*, 0,05.

Dose : de **2** à **4** capsules à chaque repas. — Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

67

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Ph[ie], 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des rétrécissements et inflammations des voies lacrymales.

Par M. le docteur E. VALUDE,
Chef de clinique ophthalmologique à la Faculté.

L'abondance en thérapeutique signifie quelquefois disette.

Cette proposition, d'allure paradoxale, ne saurait s'appliquer mieux qu'au traitement des affections lacrymales en général et en particulier au traitement des rétrécissements ou inflammations des voies d'excrétion des larmes.

Nous laisserons de côté dans cette étude, que nous voulons restreindre aux cas de pratique courante, les affections spéciales des voies lacrymales, telles que calculs, tumeurs, etc. ; nous nous bornerons à envisager la maladie qui envahit le plus ordinairement les points lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal, à savoir les rétrécissements et les inflammations de ces conduits.

Nous passerons de même très rapidement sur les signes et la marche de ces affections pour nous consacrer entièrement à la discussion du traitement.

I

La dacryocystite chronique, à son premier degré, se manifeste par un larmoiement assez peu accentué et intermittent, qui s'exagère pendant la saison froide et surtout par les temps humides et avec le vent ; dans cette première période, que les anciens désignaient sous le terme de *Stillicidium lacrymarum* et que les Anglais nomment aujourd'hui *watery eye*, l'œil est simplement humide, ainsi que l'indique cette dernière expression, mais cette humidité constante, qui devient un larmoiement véritable dès que le malade s'expose à un froid extérieur un peu intense, ne tarde pas à être gênante et peu à peu intolérable par sa persistance même.

Il est des malades qui viennent demander le secours du médecin dès cette première période ; il en est à la vérité beaucoup, chez lesquels l'affection ne dépasse pas ce degré initial et qui conservent pendant de longues années le larmoiement simple.

Disons de suite, au point de vue du traitement, que la dacryocystite, caractérisée par le larmoiement le plus minime, n'est pas ordinairement plus aisée à traiter et surtout à guérir que la maladie arrivée à son degré ultime ; cette considération a beaucoup d'importance à connaître, alors qu'il s'agit d'établir le pronostic du traitement institué et surtout d'en faire part au malade.

Quand le larmoiement a duré quelque temps, qu'il s'est prolongé pendant quelques années et que, d'intermittent, il est devenu peu à peu continuel, la maladie passe ordinairement à la seconde période qui est caractérisée par la *blennorrhée du sac ;* cet état de catarrhe chronique du sac se voit surtout chez les vieillards affectés depuis longtemps de larmoiement abandonné à lui-même.

La région du sac lacrymal est soulevée par une intumescence demi-mollasse, réniforme, qui représente le sac gonflé de muco-pus. La pression digitale fait sourdre par les points lacrymaux une matière visqueuse, souvent mélangée de pus. Il existe un larmoiement continuel et les bords palpébraux, ainsi que la conjonctive palpébrale, sont le siège d'une irritation de voisinage plus ou moins accentuée.

Le plus souvent la maladie est enrayée par le traitement, à cette période ; toutefois, au cours des divers phénomènes qui s'y succèdent, on peut voir l'affection devenir brusquement aiguë et le catarrhe chronique du sac se transformer n dacryocystite aiguë, en phlegmon du sac. La dacryocystite aiguë peut survenir également pendant la première période du larmoiement et en dehors de tout catarrhe muco-purulent des voies lacrymales ; elle peut même se présenter comme la première modification d'une affection des voies lacrymales et sans larmoiement antérieur. Le fait est, du reste, moins ordinaire, et s'observe surtout chez les enfants. Le phlegmon du sac qui survient d'emblée est une affection du jeune âge par opposition à la blennorrhée qui appartient plutôt à l'âge avancé.

Les deux dernières périodes de la maladie sont constituées par la *production d'une fistule* faisant ouvrir le sac à l'extérieur, et par l'*altération des os* qui constituent le canal nasal.

L'ouverture fistuleuse est la terminaison ordinaire du phlegmon du sac abandonné à lui-même ; quant aux altérations osseuses, elles surviennent habituellement à la longue, à la suite d'un catarrhe chronique intense ou prolongé ; elles

dépendent surtout de la constitution scrofuleuse qui domine l'organisme du malade, et dont le rôle, dans la production de l'affection des voies lacrymales, est prépondérant.

II

Il nous serait impossible d'exposer, d'une manière qui fût profitable aux lecteurs, la série, par ordre historique, des méthodes de traitement qui furent successivement appliquées à la cure des affections des voies lacrymales. Cette méthode d'exposition nous eût exposé à de constantes redites ; car il n'est pas d'affection médicale à propos de laquelle les mêmes traitements aient subi plus de reflux divers ; tel ou tel procédé opératoire étant abandonné, puis repris avec ou sans modification, à plusieurs reprises différentes et à des époques diverses, depuis les temps les plus reculés de la chirurgie jusqu'à nos jours.

Il nous a paru meilleur de suivre la division adoptée par M. le professeur Panas dans ses leçons cliniques (1), et de diviser le traitement chirurgical de la dacryocystite en *trois* grandes méthodes.

La première, la plus ancienne, comprend tous les procédés de *destruction de l'appareil lacrymal* (voies d'excrétion et glandes).

La deuxième méthode comprend tous les moyens qui tendent à *rétablir le trajet lacrymal normal*. Cette méthode, plus nouvelle dans son ensemble, est celle qui est généralement suivie aujourd'hui.

La troisième enfin, qui ne s'applique qu'à certains cas, consiste dans la *création de nouvelles voies*, quand les conduits naturels sont définitivement oblitérés.

Nous allons étudier séparément chacune de ces méthodes, examiner, au point de vue critique, les divers procédés qu'elles ont engendrés, et rechercher de quelle application ceux-ci sont encore aujourd'hui susceptibles. Le traitement médical général ne doit pas être oublié dans une affection qui relève si directement de l'état constitutionnel, il sera l'objet du dernier chapitre ; nous y traiterons aussi de la pathogénie de cette affection, au point de vue de la prophylaxie qu'il est possible de lui opposer.

III

La *première* méthode comprend les divers moyens qui furent successivement imaginés, dans le but d'obtenir l'oblitération ou même la suppression des différentes parties des voies lacrymales : sac, points lacrymaux, et même glande lacrymale.

Cette méthode est la méthode ancienne, et, dès les premiers âges de la médecine, nous voyons les chirurgiens pratiquer la destruction du sac lacrymal. Toutefois ceux-ci opéraient empiriquement et sans connaître l'effet de leur intervention, car il est parfaitement établi qu'ils ignoraient absolument l'existence des voies d'excrétion des larmes. Les diverses affections du sac lacrymal étaient, en effet, classées par eux en deux catégories : l'*ægilops* qui répondait à l'abcès du sac avec ou sans fistule, et l'*anchylops* qui est décrit par Aétius comme l'athérome du grand angle de l'œil et qui représente, d'une manière assez vague du reste, les tumeurs de cette région.

Nous ne nous appesantirons donc pas sur la pratique empirique des anciens chirurgiens, bien que plus d'un point de celle-ci ait été plus tard repris, mais en connaissance de cause.

C'est ainsi que la cautérisation profonde du sac a été reprise il y a peu d'années, après avoir été conseillée déjà par Aétius, Galien, Celse et Paul d'Égine. Archigène employait les caustiques chimiques, qui reparaîtront plus tard sous différentes formes, il se servait de composés à base de cuivre ; d'autres chirurgiens se servaient, pour cautériser le sac, de plomb fondu.

Malgré ces exemples tirés de l'antiquité, nous estimons que la priorité de la méthode ne revient légitimement qu'à celui qui, le premier, en a raisonné les effets, et c'est pourquoi il convient de l'attribuer à Nannoni (1). Cet auteur ouvrait le sac, puis introduisait dans sa cavité une boulette de charpie enduite d'une pommade à l'alun et au précipité rouge ; il ajoutait encore la cautérisation au nitrate d'argent.

Cette résurrection de la méthode ancienne n'obtint que peu de succès jusqu'à la fin du siècle dernier et même au commencement de celui-ci. En 1814 seulement, Volpi, à Milan, reprit le procédé de Nannoni, en remplaçant l'onguent au précipité rouge par un petit fragment de nitrate d'argent cristallisé. Cette pratique fut suivie en France par Delpech, qui attribuait au nitrate d'argent une action topique très efficace sur la paroi enflammée du sac lacrymal.

L'auteur qui fit le mieux connaître la méthode destructive, en France, fut Magne, par son mémoire en date de 1850 sur la *Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal*. Le procédé de ce chirurgien se compose de plusieurs temps : 1° ouvrir largement le sac au moyen d'une incision verticale ; 2° absterger sa cavité avec une boulette de charpie ; 3° écarter les lèvres de la plaie au moyen d'un instrument dilatateur ; 4° introduire jusqu'au fond du sac une petite éponge modérément imbibée de beurre d'antimoine et liée sur un porte-caustique formé par une tige d'argent mince et flexible. L'escharre se détache au bout de huit jours et la cicatrisation est complète vers le vingt-cinquième ou le trentième jour.

Chaque chirurgien qui appliqua la méthode de Magne modifia celle-ci en substituant au beurre d'antimoine le caustique dont il avait coutume de se servir. C'est ainsi que Deval et, plus tard, Delgado adoptèrent la pâte de Canquoin et que Maisonneuve employait la pâte de Vienne. Il appartenait à Sperino (2) de donner un nouveau lustre au procédé de Magne, en raison d'abord de son autorité de maître reconnu et en raison aussi de la qualité du caustique employé. Sperino se servit du chlorure de zinc, dont le maniement est très facile.

Une fois le caustique appliqué dans la profondeur du sac, Sperino remplit la cavité de charpie sèche et applique sur le tout des compresses d'eau glacée et ultérieurement des cataplasmes émollients. Rarement il survient de l'inflammation. D'après l'auteur, la cure de la dacryocystite par ce procédé est très ordinairement complète et ce n'est que fort exceptionnellement qu'il subsiste du larmoiement ; il n'a vu ce fâcheux résultat survenir que deux fois sur vingt observations.

Warlomont, qui a appliqué dans sa clientèle le procédé de Sperino, n'introduit pas le caustique immédiatement après

(1) Panas, *Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal*, 1877, p. 157.

(1) Nannoni, *Dissertazioni chirurgiche*, Paris, 1748.

(2) Sperino, *Du traitement radical de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal*, Turin, 1864.

l'ouverture du sac, il y place au préalable, pendant vingt-quatre heures, un fragment d'éponge préparée pour obtenir la dilatation de la cavité.

Cette méthode de cautérisation du sac par les caustiques chimiques a subi encore quelques modifications dont la principale fut le procédé de Gensoul, qui, dès 1824, avait imaginé de porter du nitrate d'argent fondu dans le sac lacrymal, *par la voie nasale*, à l'aide d'un cathéter spécial. Une année plus tard, Bermond substitua au passage du cathéter celui d'un séton filiforme enduit de pâte caustique et introduit suivant le procédé de Mejean que nous apprendrons à connaître plus tard.

A côté de la destruction du sac par les caustiques chimiques, il faut placer l'emploi du cautère actuel, qui a été également repris de nos jours après avoir été imaginé par les premiers des auteurs qui ont laissé quelques écrits sur la matière.

Ancelon (de Dieuze) (1) publie une note dans laquelle il annonce un certain nombre de guérisons par la cautérisation simple des fistules du sac lacrymal, au moyen du cautère actuel de forme conique. Restelli (2) employait dans le même but la cautérisation galvanique, en se servant d'un fil de platine qui traversait toute l'étendue du sac et du canal nasal.

Enfin, Desmarres (3) indiquait, dans son traité, le manuel opératoire complet de cette méthode spéciale; il se servait d'un cautère à boule très semblable à celui que décrit Paul d'Égine, sous le nom de cautère à ægilops. Desmarres, du reste, après avoir essayé de ce moyen, ne tarda pas à l'abandonner.

Au lieu de détruire le sac par les caustiques ou par le feu, on peut songer à l'extirper simplement à l'instrument tranchant. L'idée de cette opération se trouve dans Celse et elle fut pratiquée plusieurs fois par Berlin (4) qui a posé à cet égard des règles précises. Un auteur italien, Businelli, avait déjà pratiqué la même opération vers la même époque (1862).

A côté de la méthode qui consiste à détruire ou à extirper le sac, quelques auteurs ont imaginé un procédé, qui leur parut plus simple, d'effectuer l'obstruction définitive des voies lacrymales. Il s'agissait d'obtenir l'oblitération des points et des conduits lacrymaux seulement. Pour atteindre ce but, Quesnel (de Saint-Malo) et Bosche (de Lyon) cautérisent au nitrate d'argent pointu. Tavignot se sert du cautère galvanique. Velpeau a cherché à oblitérer les points lacrymaux en pratiquant une excision simple, mais le succès de ce procédé n'a pas répondu à son attente.

Pour empêcher les larmes de parcourir leurs voies normales, il restait, en dehors des moyens que nous venons de passer en revue, un moyen suprême, l'extirpation de la glande lacrymale elle-même.

Bernard le premier, en 1843, puis Textor père et Talko, exécutèrent cette opération; Tavignot se contentait d'enlever la partie orbitaire de la glande. Disons de suite, que ces opérations complètes ou totales présentent une gravité qui n'est pas en rapport avec celle de l'affection contre laquelle elles sont dirigées. Ces moyens extrêmes doivent être réservés uniquement à certains cas spéciaux.

IV

La *deuxième* méthode de traitement des affections des voies lacrymales est celle qui consiste à tenter de rétablir le cours des larmes par les voies naturelles. Cette méthode est la plus nouvelle, c'est la plus rationnelle, et celle qui est presque uniquement adoptée aujourd'hui; nous devrons étudier avec quelques détails les procédés qui se sont inspirés de son principe.

Injections. — Lorsque la maladie était à son début, que les symptômes premiers étaient ceux d'une inflammation plus ou moins vive, les anciens auteurs tentaient d'enrayer la marche de l'affection à l'aide des antiphlogistiques variés et surtout par des injections médicamenteuses, faites à travers les voies lacrymales.

Ce fut Anel, vers 1712, qui fit entrer ces injections dans la pratique, grâce à la seringue, si commode, qu'il imagina à cet effet. Anel poussait son injection dans l'un des points lacrymaux, en comprimant l'autre avec le doigt, pour empêcher le liquide de refluer au-dehors. Le liquide de ces injections fut très varié suivant les auteurs, et suivant le degré d'inflammation auquel on avait affaire. Communément, on se servait d'infusions émollientes ou narcotiques; Dutrouilh (1) conseillait la décoction de morelle et de jusquiame, Cunier puis Carron du Villars (2) employaient d'abord la belladone, puis des solutions astringentes; on allait même jusqu'aux caustiques, à la solution de nitrate d'argent, à celle de potasse caustique à 4 et 8 grammes pour 200 grammes d'eau, suivant le procédé de Mackenzie. Les injections de teinture d'iode ont été à un moment très en faveur en France, à la suite des travaux de Boinet (3), d'un mémoire de Fano (4) et d'une thèse d'un élève de ce dernier, le docteur Subert (5). Le danger de cette pratique était le reflux du liquide iodé dans la conjonctive, la pression sur le point lacrymal resté libre pouvant rester impuissante. C'est pourquoi l'on imagina à cet usage l'injection rétrograde ou l'injection faite avec une seringue à deux compartiments (Roncié).

Verneuil (6) pratiquait les injections iodées dans le sac enflammé, mais directement, à l'aide d'une simple seringue de Pravaz et non plus par les points lacrymaux; ce procédé simplifie ce manuel opératoire et l'instrumentation, mais laisse subsister le danger du reflux par les points lacrymaux dans les culs-de-sac de la conjonctive.

Disons encore que ces injections modificatrices des voies lacrymales ont été presque aussi souvent pratiquées par la voie nasale que par l'intermédiaire des points lacrymaux. Laforest, le premier, imagina ce procédé pour être appliqué aux cas dans lesquels il était impossible de faire pénétrer le liquide de l'injection jusqu'aux narines. Gensoul (de Lyon) le modifia heureusement et le rendit plus facile au moyen de sondes inventées par lui pour cette opération, et modifiées plus tard par Serre (d'Alais).

Dilatation. — Du jour où l'idée de rétrécissement domina la pathologie des voies lacrymales, le principe de la dilatation, comme moyen principal de traitement, domina lui-même toute la thérapeutique de ces affections. La méthode des injections dérivait des symptômes inflammatoires, qui constituaient d'abord pour les auteurs toute la maladie, la méthode de la dilatation naquit rationnellement du phéno-

(1) Ancelon (de Dieuze), *Gaz. des hôpitaux*, 1860.
(2) Restelli, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 202.
(3) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 429.
(4) Berlin, *Klin. monatsbl. für Augenheilk.*, 1866.

(1) Dutrouilh, Th. Paris, germinal an X.
(2) Carron du Villars, *Maladies des yeux*, 1847, p. 410.
(3) Boinet, *Iodothérapie*, p. 733, Paris, 1855.
(4) Fano, *Mémoire sur le catarrhe du sac lacrymal*, Paris, 1863.
(5) Subert, *Catarrhe du sac lacrymal et son traitement*, Th. Paris, 1863.
(6) Verneuil, *Journal de méd. et de chir. pratiques*, p. 299, 1872.

mène rétrécissement, qui prit dans cette nosologie spéciale la place la plus importante.

Entre ces deux méthodes, les injections et la dilatation, se place un procédé qui n'est que bizarre, et qui tient à la fois des deux; nous voulons parler, mais pour mémoire seulement, du mercure coulant que Blizard (1) faisait passer dans les voies lacrymales dans l'espoir de les rendre perméables.

La dilatation consiste dans le passage d'une tige solide, à travers les voies lacrymales; elle peut être lente ou rapide, temporaire ou persistante; elle peut être faite avec des instruments métalliques, pleins ou creux, ou encore avec des tiges souples, mais dans tous les cas c'est, dans son principe, la meilleure méthode à opposer aux affections des voies lacrymales, car elle seule se propose le but éminemment rationnel de rétablir le cours naturel des larmes.

La dilatation prend quelquefois le nom de méthode d'Anel, car c'est de ce chirurgien qu'elle date, et, dès le principe, il la pratiquait suivant les règles qui servent encore actuellement, au moins dans les cas simples. Anel se servait d'un stylet *fin* en or, qu'il introduisait *par les points lacrymaux* et qu'il faisait pénétrer dans le canal nasal; Travers, qui suivit, employait un clou à tête, fin et délié, et le laissait à demeure dans les voies lacrymales. Le stylet d'Anel était si fin qu'il exposait à de fréquentes fausses routes, et le clou de Travers détruisait les points lacrymaux en les surdilatant. Méjean crut trouver le remède à ces inconvénients et il imagina de passer, au moyen d'un stylet d'Anel, introduit dans les points lacrymaux et ressortant par le nez, un séton de fil de soie destiné à servir de conducteur à une mèche dilatatrice enduite de cérat et qu'on renouvelait chaque jour. Mais, ce fil passé par les points lacrymaux, avait l'inconvénient de les enflammer beaucoup et l'on dut renoncer à ce moyen; Palluci tenta de substituer, à la mèche de coton, des cordes à boyau de différents calibres, mais sans plus de résultats; successivement furent proposées des bougies en cire durcie, des tiges de laminaire, etc.

Il fallait à la méthode, telle qu'elle était comprise par ses auteurs, une réforme plus radicale, et ce fut J.-L. Petit qui l'effectua. Cet auteur proposa d'ouvrir *toujours* le sac lacrymal et de faire passer le séton de Méjean, *non plus par les points lacrymaux, mais par cette ouverture artificielle*.

Afin de rendre le passage du séton plus facile, l'on a proposé divers procédés. Aussitôt que le stylet était arrivé dans les narines, Méjean et Petit le saisissaient avec un crochet mousse; Cabanis proposa une lame criblée pour l'amener plus facilement au dehors; Jurine proposa un trois quarts canule; Pellier et Fournier, un petit morceau de plomb; enfin, Giraud substitua à tous ces moyens une canule à ressort de montre dont la spirale, fonctionnant comme la sonde de Belloc, vient se présenter très facilement à l'anfractuosité inférieure des narines.

Bermond (de Bordeaux) (2), désirant rendre l'application du séton de Méjean plus profitable, pensa à y adjoindre la cautérisation et pour cela il recommande l'usage de mèches escharrotiques imprégnées de sulfate d'argent.

Mais les sétons, qu'ils passent par les points lacrymaux ou par une ouverture artificiellement pratiquée à la paroi du sac, constituent un traitement désagréable à suivre et toujours fort long, et c'est pourquoi Scarpa préconisait la dilatation immédiate et permanente par l'application du clou à demeure et Dupuytren, dans un but identique, l'usage de sa canule.

(1) Blizard, *Philosophical transactions*, 1780.
(2) Bermond, Th. inaugurale, Paris, 1827.

L'idée de la canule placée à demeure dans les voies lacrymales, pour assurer le passage des larmes, remonte à Vésale, et ce n'est que longtemps après lui que Foubert proposa ce moyen dans un mémoire adressé à l'Académie de chirurgie.

Après lui, Wathen (1) et Pellier de Quengsy (2) vantèrent les bienfaits de la canule, mais la popularité ne fut assurée à celle-ci que lorsqu'elle eut reçu l'appui de Dupuytren.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu procédait ainsi : après avoir ouvert le sac lacrymal d'un seul coup de bistouri, il faisait pénétrer dans le canal nasal, par cette voie artificielle, une canule longue de vingt à vingt-cinq millimètres, et taillée en biseau à son extrémité. Un mandrin bien ajusté à la canule servait de conducteur et, de gré ou de force (et souvent l'effort déployé était grand), l'instrument était enfoncé jusqu'à ce que la tête de la canule fût logée dans le sac lacrymal.

Le mandrin était retiré alors et on appliquait un morceau de taffetas sur l'ouverture du sac; en un ou deux jours, ordinairement, cette plaie était fermée et la canule avait disparu aux yeux, enfermée qu'elle était dans le canal nasal.

Le malade disparaissait, lui aussi.

Ce procédé avait donc ceci d'avantageux qu'il débarrassait très promptement le chirurgien d'une classe de malades aussi difficile que longue à satisfaire, et c'est ce côté brillant qui avait, à lui tout seul, séduit Dupuytren, quand il adopta cette manière de procéder. Logique avec lui-même, et heureux de terminer si brillamment et si vite une cure d'ordinaire si compliquée par ses longueurs et ses ennuis, Dupuytren appliquait sa canule à toutes les affections des voies lacrymales sans aucune exception, au larmoiement le plus simple, aussi bien qu'à la suppuration la plus ancienne des voies lacrymales. Il résulta de cet excès une foule de mécomptes que nous demandons à exposer, en raison de l'intérêt qui s'attache à la méthode qui fut jadis si fort en honneur.

Dans cette manière de faire, en effet, le chirurgien, ignorant l'état anatomique exact des lésions et allant au but à l'aveugle, pouvait, ou bien mettre une canule dans un conduit nasal sain, ce qui était une opération inutile, ou bien produire des accidents graves tels que décollements, enfoncements, grâce à une canule trop large pour le conduit. Enfin, on risquait d'introduire une canule sur une canule déjà placée, et le fait est arrivé à Dupuytren lui-même, dans un cas cité par Carron du Villars (3). A ces inconvénients il faut ajouter les inflammations de toute sorte et les véritables phlegmons érysipélateux qui résultaient de la présence de la canule : Ware et Velpeau (4) ont tracé de ces accidents, dus à la canule de Dupuytren, un tableau convaincant.

Découragés par les mauvais résultats obtenus par les moyens dilatateurs, temporaires ou permanents, que nous venons d'énumérer, la plupart des chirurgiens tendaient à abandonner la dilatation; aussi est-ce pour Bowman un titre de gloire véritable que d'avoir remis en faveur la méthode si rationnelle de la dilatation des voies naturelles,

(1) Wathen, *A new and easy methode of applying a tube for the cure of fistula lacrymalis*, London, 1781.
(2) Pellier de Quengsy, *Maladies des yeux*.
(3) Carron du Villars, *Maladies des yeux*, p. 447, 1847.
(4) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. II, p. 330, 1839.

qui, avec quelques modifications, est actuellement la plus généralement adoptée.

Cathétérisme de Bowman. — Le chirurgien anglais, au lieu de se servir des stylets fins d'Anel, sujets à faire des fausses routes, emploie des sondes en argent, flexibles et d'un calibre variable, jusqu'à la grosseur de 1 millimètre de diamètre environ.

Le cathétérisme des voies lacrymales, par les sondes de Bowman, s'exécute de la manière suivante :

Premièrement, il importe d'assurer l'introduction facile du stylet dans le canalicule lacrymal ; pour ceci trois moyens : 1° la dilatation du point lacrymal avec le stylet conique pointu, qu'on roule entre les doigts comme une vrille ; 2° le débridement très minime du point lacrymal seulement ; 3° le débridement du canalicule lacrymal tout entier, jusqu'au sac lacrymal, *exclusivement.*

Cette opération préparatoire une fois faite, le cathétérisme sera institué. Les sondes peuvent être introduites, soit par le point lacrymal inférieur, soit par le point lacrymal supérieur, il est des cas où le choix n'est pas loisible et où le passage de la sonde ne peut se faire que par l'un des deux canalicules ; il importe donc d'être familiarisé avec les deux méthodes.

La sonde de Bowman n'est pas laissée à demeure dans le canal nasal, on ne fait durer le cathétérisme que vingt à trente minutes ordinairement, mais celui-ci doit être répété tous les jours ou tous les deux jours, et pendant un temps généralement long.

Lorsqu'il existe un peu d'inflammation de la muqueuse des conduits, il n'est pas bon de commencer la dilatation en se servant des sondes les plus fines ; celles-ci exposent aux fausses routes de la même manière que le stylet d'Anel. Le n° 3 est un bon numéro de début.

La manœuvre de l'introduction est la suivante pour le canalicule inférieur : la sonde, graissée, pénétrera dans le canalicule lacrymal, suivant une direction transversale de dehors en dedans, et légèrement oblique en haut et en arrière ; le doigt de la main inoccupée tend légèrement le bord de la paupière sur laquelle on opère. Lorsque l'on sentira la sonde buter contre un obstacle qui doit être le fond du sac lacrymal, on relèvera la sonde verticalement et il ne restera plus qu'à l'enfoncer fermement, mais non brutalement dans cette même direction.

Si la sonde, relevée dans la position verticale, semble glisser sur le fond d'appui et ne s'enfonce pas dans le canal nasal, il en faut conclure que son extrémité n'avait pas pénétré dans le sac, mais avait buté contre un repli du canalicule dont la muqueuse avait été mal tendue par le doigt chargé de tirer sur la paupière. On devra alors revenir aussitôt à la première position, faire pénétrer le stylet à fond, jusque sur l'unguis, en tendant bien la paupière, puis relever *en maintenant toujours le bord palpébral bien tendu.*

Dans toutes ces manœuvres, il faut procéder avec douceur, s'arrêtant à chaque obstacle pour reculer légèrement, puis avancer de nouveau avec précaution pour éviter les fausses routes et les déchirures de la muqueuse.

Enfin, il ne faudra songer à passer d'un numéro inférieur à un autre numéro supérieur, que lorsque le premier pénétrera avec aisance et sans provoquer de douleur.

Il est d'expérience, en effet, que de vouloir violenter le rétrécissement, c'est aller à l'encontre du but qu'on se propose, et qu'au lieu de raccourcir le traitement, on en allonge la durée par les complications irritatives qu'on s'expose à provoquer.

Cathétérisme de Weber. — La dilatation, suivant le procédé de Weber, pourrait être appelée à juste titre la dilatation *forcée*, car elle consiste dans l'introduction d'un stylet conique, assez gros vers sa base, à travers les voies lacrymales. Ce procédé est intéressant à connaître, non pas à cause du passage de la sonde conique qui n'est plus en faveur autant qu'autrefois, mais à cause de l'opération préparatoire qui a été imaginée précisément pour rendre possible l'introduction d'une sonde aussi forte que celle de Weber.

Cette petite opération convient en effet parfaitement pour faciliter dans certains cas le cathétérisme progressif de Bowman, qui est le plus communément en usage aujourd'hui. Elle consiste dans le débridement de l'orifice du sac, dans la section du ligament latéral interne, et s'exécute de la manière suivante, avec un couteau fin et boutonné, construit à cet effet par Weber : la pointe boutonnée du couteau est introduite dans le point lacrymal, la lame en haut et en dehors pour l'inférieur, en bas et en dehors pour le supérieur. Le couteau est enfoncé jusqu'au sac puis relevé verticalement, comme pour le cathétérisme, la lame en avant. Jusqu'ici tout se passe comme pour le simple débridement du canalicule ; alors, pour effectuer le débridement large du sac, il suffit d'enfoncer le couteau verticalement jusqu'aux deux tiers de sa longueur, puis de faire basculer le manche de l'instrument en avant. On entend le ligament qui craque et cède sous la lame, puis on retire le couteau. La main restée libre s'occupe à tendre le bord palpébral, comme dans le cathétérisme simple.

La méthode de Weber fut modifiée, comme le furent toutes les autres, par les divers auteurs qui tentèrent de la faire entrer dans leur pratique ; Critchett remplaça la sonde métallique par une tige de laminaire ; mais la dilatation inégale de cette substance était souvent un obstacle sérieux à l'extraction de ces tiges organiques.

John Green et Williams (1), et plus tard Galezowski (2), tentèrent de reprendre le cathétérisme permanent avec des stylets de plomb simples ou surmontés d'un crochet en or, mais cette adaptation d'un ancien procédé à une nouvelle méthode de débridement du sac ne donna pas encore les meilleurs résultats.

D'autres enfin conseillent le débridement de Weber suivi d'injections modificatrices pratiquées, soit avec une seringue comme le veut Savary (du Mans) (3), soit à la manière de Libbrecht (de Gand) (4), qui place à demeure, après l'incision du sac, un stylet cannelé en platine, qui sert de conducteur aux liquides astringents, qu'on instille dans la cavité conjonctivale.

Stricturotomie. Procédé de Stilling. — Mais s'il est des cas de rétrécissements des canalicules où l'incision de ceux-ci suivie du cathétérisme de Bowman, amène la guérison, s'il est encore des circonstances dans lesquelles il suffit de pratiquer le débridement du sac, il est aussi des malades qui présentent dans le trajet du canal nasal un rétrécissement soit infranchissable, soit incurable par la seule dilatation. C'est pour ces cas-là que fut imaginée la stricturotomie, dont l'idée appartient à Gerdy et à Malgaigne (5), mais qui fut

(1) Williams, *Annales d'oculistique*, 1867.
(2) Galezowski, *Journal d'ophthalmologie de Paris*, 1872.
(3) Savary, *Annales d'oculistique*, 1873.
(4) Libbrecht, *Annales d'oculistique*, 1868.
(5) Malgaigne, Th. de concours, 1873.

véritablement développée et vulgarisée par Stilling, lequel construisit, en vue de cette opération, un couteau triangulaire et à pointe mousse, qui porte son nom.

La première partie du débridement s'opère comme précédemment; puis, lorsque la lame du couteau est dans le sac, le manche étant tenu perpendiculairement, au lieu de le retirer, on l'enfonce à fond, jusqu'à la garde, dans le canal. Comme la lame, longue elle-même de un centimètre et demi est montée sur une tige de même dimension, il en résulte que la partie tranchante peut parcourir une longueur de deux centimètres environ du canal nasal. Lorsque la lame est ainsi enfoncée jusque dans le nez, on en change la direction en plusieurs sens, en la faisant ensuite tourner sur elle-même; de la sorte, la coarctation est détruite dans tous les sens.

Les suites de cette opération, qui se fait sans chloroforme ordinairement, sont peu sérieuses et l'hémorrhagie est minime; Stilling, après sa stricturotomie, ne pratique pas le cathétérisme consécutif, mais la plupart des auteurs, une fois l'obstacle levé, entreprennent le cathétérisme progressif de Bowman.

V

La *troisième* méthode, qui consiste à ouvrir aux larmes de nouvelles voies, alors que les conduits naturels sont définitivement oblitérés, ne s'applique, on le conçoit, qu'à certains cas spéciaux et extrêmes; toutefois ces opérations se faisaient assez souvent jadis, peut-être plus souvent qu'il n'eût fallu.

Perforation de l'os unguis. — La voie artificielle la plus simple à choisir après la voie naturelle oblitérée est celle qui conduirait aux narines à travers l'os unguis perforé, c'est aussi celle qui fut choisie par Paul d'Egine le premier, puis par Archigène et les médecins arabes. Ces chirurgiens détruisaient d'abord le sac au fer rouge, puis avec le même cautère perforaient, perpendiculairement à sa surface, l'os unguis. Dans les temps modernes, Woolhouse ressuscita cette pratique en la modifiant et en se créant une voie à travers l'os unguis, non plus avec le feu, mais avec un trocart fin; les esquilles enlevées, il pansait à plat et après quelques jours introduisait dans l'ouverture osseuse une canule en or. Celle-ci tombait fréquemment dans les narines.

Après Woolhouse chaque auteur a, suivant l'usage, modifié quelque peu son procédé opératoire ou son instrumentation : Hunter se servait d'un instrument fait en emporte-pièce; Bell (1) conseillait l'usage de canules susceptibles d'être enlevées chaque jour, ou bien de canules permanentes; Richter (2) et Scarpa (3) perforaient le sac avec un cautère rougi à blanc; Montain (de Lyon) (4) inventa une petite tréphine à l'usage de l'os unguis; enfin Reybard, dans des temps plus rapprochés de nous, remit cette opération en usage en se servant d'un perforateur en forme de vrille. Plus d'une fois, ces divers procédés ont été pris et abandonnés, mais nous n'insisterons pas davantage. La perforation de l'os unguis, en effet, est généralement suivie d'insuccès, car la brèche artificielle se referme, à moins que l'opération n'ait pour suite des accidents plus ou moins graves causés par les décollements de la muqueuse et les fractures ou félures osseuses.

(1) Bell, *System of Surgery*, t. III, pl. IX, fig. 50 et 51.
(2) Richter, *Maladies des yeux*.
(3) Scarpa, *Maladies des yeux*.
(4) Montain, *Journal de la Société de médecine de Paris*, t. XLVII, p. 161.

Perforation d'un canal nouveau à travers l'ancien oblitéré. — Monro, puis Wathen et Dupuytren, pratiquaient cette opération avec des instruments divers; la manœuvre est ici brutale, incertaine; elle expose à plus d'insuccès et à encore plus d'accidents que la perforation de l'unguis.

Perforation du sinus maxillaire. — L'idée de perforer le sinus maxillaire, qui se trouve déjà dans Saint-Yves, fut reprise tout récemment par Laugier, qui la mit le premier en pratique. L'opération consiste en ceci : enfoncer un trocart dans la paroi externe du canal nasal, jusque dans le sinus, et placer secondairement ou primitivement une canule métallique dans cet orifice artificiel. Les inconvénients et les dangers sont ici les mêmes que dans la perforation de l'os unguis, on peut voir la brèche se fermer; il peut se produire des déchirures, des décollements, etc.

Mais il existe en plus ici ce grave inconvénient, que les larmes et le muco-pus s'accumulent dans le sinus maxillaire qui est une cavité close et que, de cette accumulation, peut provenir une série d'accidents, qui commencerait par le catarrhe du sinus et pourrait aboutir à sa suppuration.

VI

Cette revue si longue de procédés de toute espèce nous permettra de choisir, dans le nombre, le mode de traitement qui nous semblera le meilleur et le plus conforme aux idées qui règnent aujourd'hui sur la pathogénie des affections des voies lacrymales. La multiplicité des méthodes de traitement, que nous avons passées en revue, ne nous laisse pas espérer, en tous cas, qu'il soit aisé d'en imaginer de nouvelles. Tout sur cette matière a été dit et fait. Reste encore à le bien combiner.

Nous allons donc énumérer une seconde fois les diverses formes cliniques que revêt successivement la dacryocystite et à propos de chacune d'elles essayer de poser des règles thérapeutiques rationnelles et précises.

Larmoiement. — Lorsque la maladie est à sa période première, qu'il n'existe que du larmoiement, on devra se contenter de la dilatation par le cathétérisme de Bowman, suivant la méthode exposée plus haut, avec des séances répétées tous les deux jours, et le maintien de la sonde durant 20 à 30 minutes environ. Le passage de la sonde sera rendu possible par la dilatation du point lacrymal à l'aide du stylet pointu ou mieux par le débridement de ce point lacrymal, ou encore par l'ouverture du canalicule tout entier jusqu'à l'orifice externe du sac exclusivement.

Blennorrhée. — Lorsque le larmoiement se complique de gonflement du sac et que celui-ci est rempli de mucus puriforme, que la maladie est, en un mot, à la période de blennorrhée, le débridement des voies devra se faire plus largement et il y faudra adjoindre la modification des surfaces muqueuses. A cet effet, on pratiquera la section du ligament palpébral interne, suivant la méthode de Weber, ou encore la section complète des voies d'après le procédé de Stilling; puis, le sac étant ainsi largement ouvert, on touchera sa paroi interne avec un caustique porté sur un porte-caustique, ou plus simplement avec une perle de nitrate d'argent obtenue en cueillant au bout d'un stylet une goutte de nitrate d'argent fondu et liquéfié. Dans ces cas le traitement sera continué par le cathétérisme de Bowman, auquel on associera des injections antiseptiques pratiquées avec la seringue d'Anel. Le cathétérisme sera continué jusqu'à cessation du larmoiement.

Phlegmon du sac. — Si la dacryocystite passe, sous une

influence quelconque, de l'état chronique à l'état aigu, si un phlegmon du sac se déclare avec les symptômes de rougeur ou de gonflement qui sont connus, la conduite à tenir sera celle-ci : pendant deux jours on appliquera des compresses résolutives pour amener un peu de détente dans la tension des tissus enflammés ; puis on ouvrira le sac enflammé, par sa paroi antérieure, par la peau, suivant la méthode des anciens chirurgiens ; la cavité suppurante étant ainsi largement ouverte et maintenue telle par deux petits écarteurs, on en cautérisera immédiatement l'intérieur à l'aide de la boule fine du thermo-cautère chauffé au rouge cerise. Cette *cautérisation modificatrice*, déjà pratiquée par Scarpa, puis Warlomont, étant faite, on débridera largement le canalicule lacrymal et le sac, suivant le procédé de Stilling, de manière à permettre le cathétérisme ultérieur. Il faut arriver à passer d'emblée l'un des plus forts numéros de la série des sondes. Le cathétérisme et les lavages seront institués consécutivement.

Fistule. — Si le phlegmon du sac a déjà abouti à la fistule au moment où le malade se présente à votre examen, le traitement de cet état de choses n'en sera que peu différent du précédent. En effet, le meilleur sera de débrider la fistule externe, de manière à ouvrir largement le sac pour le pouvoir cautériser au fer rouge ; ensuite viendra la stricturotomie de Stilling et la canalisation progressive.

Rétrécissement osseux du canal nasal. — Il est des cas où l'obstacle au passage des sondes est invincible, par les voies naturelles ; en pareille circonstance on pourrait peut-être essayer de créer un canal artificiel à travers l'unguis, mais il est rare que le larmoiement n'en persiste pas moins et il est généralement préférable de s'abstenir d'opération et de s'en tenir au traitement général dont nous parlerons en terminant.

Quoi qu'il en soit, la base du traitement de la dacryocystite et des rétrécissements des voies lacrymales est le cathétérisme progressif de Bowman. Celui-ci doit être pratiqué avec douceur, et persistance surtout. On doit le conduire jusqu'à ce que tout larmoiement ait disparu, et il importe de savoir que ce ne sont pas toujours les cas les plus simples qui aboutissent le plus tôt à la guérison ; tel larmoiement simple demandera plusieurs mois de traitement, alors qu'un phlegmon aigu disparaîtra sans larmoiement après quelques séances de cathétérisme.

Dans quelques cas, lorsque l'amélioration tardera à se faire sentir avec le cathétérisme espacé de Bowman, l'usage de la sonde à demeure pourra rendre de réels services. Cette sonde sera toujours petite et faite de substance flexible (le celluloïde convient parfaitement à cet égard), son application en sera toujours étroitement surveillée, car il importe d'éviter l'inflammation qui est très ordinairement la conséquence de ce traitement. Dans cette crainte on ne laissera pas cette sonde à demeure plus de deux ou trois jours, au moins pour la première fois.

VII

Traitement général. — La dacryocystite plus que toute autre maladie est une affection constitutionnelle, plus que toute autre aussi, elle réclame un traitement général, trop souvent négligé dans l'exercice de la chirurgie et surtout de la spécialité toute chirurgicale de l'ophthalmologie.

Presque toujours, et principalement lorsqu'il s'agit d'enfants, on aura affaire à des tempéraments scrofuleux avérés ; on conseillera le séjour à la campagne, une alimentation substantielle, azotée, des bains salés, des préparations ferrugineuses et iodurées. L'influence de ce traitement sera réelle, surtout en cas d'altérations osseuses.

La syphilis est plus rarement en cause et cependant les lésions du canal nasal peuvent tenir à des manifestations tardives de cette diathèse ; on la combattra par l'iodure de potassium à dose élevée et surtout par la mercurialisation sous sa forme la plus efficace, c'est-à-dire sous la forme de frictions mercurielles et des injections sous-cutanées de solutions hydrargyriques.

HOTEL-DIEU DE GRENOBLE. — M. Montaz.

Du traitement de la scoliose par la méthode de Sayre (de New-York) ; résultats éloignés.

I

Dans l'espace de quelques années, j'ai eu l'occasion de traiter un nombre assez considérable de scolioses par la méthode du professeur Sayre, méthode que Benjamin Lee (de Philadelphie) a appliquée le premier, même avant Sayre, au traitement de la scoliose. Aussi, puis-je avoir sur elle une opinion parfaitement assise, d'ailleurs en communauté exacte d'idées avec un grand nombre de chirurgiens français et étrangers. Mon exposition a donc pour but, moins d'apporter des exemples nouveaux, que de contrôler des faits déjà avancés par nombre de chirurgiens et de vous rallier à elle, si vous l'acceptiez encore avec défiance. Elle a fait le tour du monde, depuis le jour où l'éminent professeur l'exposa au congrès de Manchester (1877).

Avant d'apprécier les résultats que j'ai obtenus, je vais vous indiquer le manuel opératoire suivi, lequel ne s'éloigne pas très sensiblement de celui de Sayre.

Vous savez que cette méthode consiste en une suspension par la tête, pratiquée quotidiennement, et en l'application d'un corset en plâtre de Paris que l'on change tous les trois ou quatre mois. Chaque fois que je décide chez un scoliotique l'application de cette méthode, je commence par des exercices d'auto-suspension pratiqués matin et soir pendant quelques minutes, à l'aide de l'appareil *ad hoc* que construisent les orthopédistes, et cela dans le but d'exercer la colonne vertébrale à cette sorte de gymnastique quotidienne et surtout de permettre au scoliotique de supporter, au bout de quelques jours, une suspension de dix à quinze minutes, temps nécessaire à la confection du corset. J'ai toujours soin de mesurer la taille du sujet, au début du traitement, et d'apprécier le degré de la courbure rachidienne, ainsi que la forme de la poitrine.

Pour mesurer la courbure rachidienne, j'ai essayé des lanières en plomb, des moulages en plâtre ; mais je me suis arrêté au moyen suivant, plus sûr et plus mathématique. Il consiste à tendre une ficelle entre la gouttière médiane de la nuque et la racine interfessière. Sur cette ligne verticale, j'abaisse une perpendiculaire partant du point le plus éloigné de chaque courbure. J'ai ainsi, en centimètres, la flèche de l'arc que décrivent les apophyses épineuses. Je sais bien que cet arc ne représente pas exactement la déviation subie par les corps vertébraux, laquelle est toujours plus grande, à cause de la rotation des vertèbres qui coexiste toujours avec leur inclinaison latérale. Mais ce point de repère suffit à faire apprécier les progrès obtenus et le degré de redressement subi par la colonne vertébrale.

Dans les premiers jours du traitement, je ne permets jamais la suspension absolue de tout le corps par la tête. Je laisse la pointe des pieds toucher le sol et supporter, par conséquent, une fraction du poids du corps. Ce n'est que plus tard, lorsque l'accoutumance s'est complètement faite à l'endroit de cet exercice, que je permets la suspension totale, les pieds ne touchant plus le sol. Même dans ce dernier cas, les bras supportent toujours une certaine partie du poids du corps ; car les deux mains se fixent, au-dessus de la tête, sur les cordes auxquelles l'appareil se trouve suspendu. Enfin, j'ai toujours fait placer une main plus haut que l'autre, celle située du côté de la concavité. Cette précaution, déjà conseillée, a pour but de tirer plus haut l'épaule correspondante et d'augmenter encore le redressement, grâce à l'action des muscles qui se portent de l'omoplate au rachis, grand dorsal, trapèze, rhomboïde.

Voici maintenant de quelle façon je procède à l'application du corset plâtré. Le sujet étant mis à nu dans une chambre chaude et en position pour se suspendre au premier signal, j'applique autour du tronc un bonnet de coton coupé à ses deux extrémités et que je fais passer habituellement par le haut. Ce bonnet, *vulgo* casque à mèche, est étalé sur le tronc comme un maillot, sans aucun pli, depuis les trochanters jusqu'aux aisselles. Il est bon de le faire remonter le plus haut possible, grâce à deux petites bretelles provisoires, fixées par des épingles, et passant sur chaque épaule.

Pour laisser un certain espace à la distension stomacale et aussi pour permettre le jeu du diaphragme, j'insinue dans le creux épigastrique un pessaire de Gariel, gonflé modérément. De plus, j'applique sur les points déprimés du thorax une lame épaisse de coton, suspendue par une ficelle à l'appareil, et que je retire, une fois le bandage terminé. Cette dernière manœuvre a pour but de laisser un certain espace vide au niveau des parties aplaties du thorax et de permettre à ce dernier de se dilater aisément en ces points, n'étant soumis là à aucune pression.

Toutes les substances nécessaires étant disposées (plâtre, bandes de tarlatane, eau chaude), je fais commencer la suspension en tirant sur la corde des moufles, jusqu'à ce que la pointe des pieds seule touche à terre. Cette corde est fixée à un crochet voisin, de façon à ne subir aucune variation pendant la manœuvre. Les mains du sujet tirent sur le faisceau de cordes situé au-dessus de la tête et se placent l'une au-dessous de l'autre.

Je fais immédiatement mélanger une petite quantité de plâtre avec de l'eau, de façon à obtenir une bouillie claire, et je tapisse rapidement toute l'étendue du tronc, depuis les trochanters jusqu'aux aisselles, à l'aide de deux ou trois bandes imprégnées de cette bouillie.

On prépare une quantité un peu plus grande de plâtre, cette fois très épais. Ce plâtre est jeté en grande abondance sur les premières bandes. Une deuxième bouillie claire est alors préparée qui sert à imbiber de nouvelles bandes, qu'on applique sur la couche de plâtre. Enfin, je fais une nouvelle application de plâtre très épais, que je répartis aussi régulièrement que possible, à l'aide de frictions.

Il est rare que de nouveaux circulaires soient nécessaires. Le corset se polit ensuite en laissant le plâtre durcir un instant et en le frottant soit avec les mains mouillées, soit avec un linge fin également imprégné d'eau.

Dès que le travail de solidification est à peu près terminé, je fais cesser la suspension et, avec de forts ciseaux, je rogne les bords du corset dans les points où il pourrait blesser ou gêner certains mouvements, ordinairement vers les aisselles et le pli des aines. Le pessaire est retiré à l'aide de tractions exercées sur son tube qui pend au-devant du pubis et en disant au malade de faire petit ventre. Le corset est terminé.

Les exercices de suspension doivent être continués tous les jours, en les faisant durer un peu plus, à mesure que le malade s'y habitue davantage. Après trois ou quatre mois, le corset est enlevé dans un bain. Le malade se baigne tous les jours et, après une semaine, j'applique un nouveau corset. Le traitement est ainsi continué pendant un an ou deux.

Après ce temps, j'ai l'habitude de remplacer le corset plâtré par un corset en feutre anglais ramolli à l'aide de la vapeur d'eau, et que le malade peut porter plusieurs années, sauf à le changer de temps en temps et à tenir suffisamment serrées les courroies qu'on lui fait adapter en avant.

L'auto-suspension doit être continuée jusqu'à la fin de la croissance et finit par être laissée la dernière.

Ce traitement, comme on le voit, n'est pas un traitement de quelques jours ou de quelques mois ; mais cela tient, non pas à lui, mais à la maladie elle-même, qui ne s'arrête habituellement qu'avec la croissance. On peut juger par là de l'immense supériorité que présente ce traitement sur les lits orthopédiques à pression latérale, sur les plans inclinés qui tous condamnent le patient à une sorte de réclusion pendant le même temps. Le corset plâtré, en outre qu'il est moins dispendieux, permet les conditions habituelles de la vie et j'ai vu plus d'une jeune fille masquer assez habilement leur corset pour se permettre l'accès du monde comme avant. Voyons maintenant quels résultats ont été obtenus.

II

Influence de la méthode de Sayre sur la déviation. — Je ne vous dirai rien des résultats obtenus dans les cas de scoliose au premier degré, ni dans les scolioses d'attitude. Ces variétés sont habituellement justiciables de traitements plus simples. Je n'ai en vue que les scolioses de l'adolescence, sans trace de rachitisme sur des points quelconques du squelette, et j'envisage seulement les scolioses arrivées au deuxième et au troisième degré, sans exclure toutefois la scoliose pleurétique. Dans tous ces cas, le traitement par la méthode américaine m'a donné des résultats remarquables. Mes mensurations prises exactement avant l'application de chaque corset m'ont démontré qu'il y avait chaque fois un progrès réalisé. Plusieurs cas de scoliose arrivés au troisième degré, avec une gibbosité considérable datant de plusieurs années, ont pu être manifestement redressés.

Il est vrai de dire qu'ils n'ont pas atteint la rectitude ; mais la gibbosité a pu être atténuée de telle sorte, que les sujets ne pouvaient plus désormais être classés parmi les bossus. Un de mes cas a été surtout très démonstratif. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, présentant une scoliose sigmoïde, avec une rotation telle des vertèbres, qu'il existait, au niveau de la région postéro-latérale droite du thorax, une énorme gibbosité. Grâce à une série de corsets plâtrés, puis, au bout de deux ans de traitement, à l'application d'un corset en feutre, le tout accompagné d'une suspension bi-quotidienne très régulière, les courbures se sont atténuées de telle façon que la gibbosité avait à peu près disparu.

Malgré ces résultats si brillants, il faut avouer qu'il existe quelques cas où le redressement est presque nul. Il s'agit

alors de ces formes graves de scolioses progressives, contre lesquelles tous les moyens échouent; mais c'est déjà un beau résultat que d'arrêter leur développement. Ces cas sont rares heureusement et je suis encore à me demander si un certain redressement n'est pas possible, avec un traitement extrêmement rigoureux. En effet, il faut bien tenir compte de la négligence apportée quelquefois par des enfants encore jeunes et par les parents qui se laissent trop séduire par leurs caprices. On peut donc conclure que cette méthode donne, au point de vue de l'esthétique, des résultats très encourageants.

Influence sur la moelle épinière. — Vous pouvez être étonnés de me voir consacrer quelques mots aux effets produits par ce genre de traitement sur la moelle épinière, étant donné que la compression n'existe, pour ainsi dire, jamais, et que les auteurs les plus récents, Terrier (*Pathologie chirurgicale*), Bouvier et Bouland (*Dictionnaire encyclopédique*), la mentionnent à peine. Cette complication, si fréquente dans le mal de Pott, exceptionnelle dans la scoliose, mérite cependant d'être signalée. J'en ai vu deux cas très nets, sans le moindre soupçon de tuberculose vertébrale concomitante.

Dans mon premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, d'une constitution assez robuste primitivement, mais fortement ébranlée par une scoliose arrivée au dernier degré. Mon malade, bossu de la pire espèce, ne présentait pas la moindre trace de rachitisme, et sa scoliose avait débuté vers l'âge de la puberté. Il n'y avait aucun antécédent héréditaire à signaler; mais, sur quatre enfants, cette famille comptait quatre scoliotiques au troisième degré. Ce jeune homme était complètement paraplégique et présentait des phénomènes de compression médullaire, avec dégénérescence des cordons antéro-latéraux de la moelle. Il avait une atrophie extrême des membres inférieurs, une paralysie complète des muscles du pied, de la jambe et de la région postérieure de la cuisse, en somme de tout le domaine du sciatique; seul le triceps fémoral se contractait encore. La paralysie s'accompagnait de contracture, et les pieds avaient pris l'attitude du pied-bot varus équin.

Mon malade pouvait donc se soulever sur les pieds, grâce à la contraction de son triceps, et appuyer sur le sol par la face dorsale et externe de l'avant-pied, où existait un énorme durillon. Il y avait en outre une rétraction notable de l'aponévrose plantaire, de l'anesthésie partielle et des troubles trophiques caractérisés par un mal perforant, siégeant à chaque pied, au niveau de la tête du premier métatarsien.

Je commençai par lui pratiquer la section sous-cutanée de ses deux tendons d'Achille et de ses deux aponévroses plantaires, ce qui permit de corriger déjà notablement le pied-bot. Un bandage silicaté fut appliqué sur la jambe et sur le pied, et j'eus soin d'incorporer à ce bandage une longue planchette plantaire, se dirigeant en avant et en dehors, et dépassant le pied d'environ trente centimètres. A l'extrémité de cette planchette, je fis tendre quelques tubes de caoutchouc qui allaient se fixer vers le genou, à la partie supéro-externe du bandage. Cette traction modérée, mais énergique par sa continuité, permit d'obtenir, jusqu'à la dessiccation du bandage, un redressement du pied encore plus grand.

Au bout de quelques jours, ces bottes silicatées furent enlevées et remplacées par une bottine à tuteurs latéraux métalliques, avec une traction élastique pour relever l'avant-pied. Mon malade fut alors soumis au traitement par la suspension, et je lui fis, en l'espace de huit mois, deux corsets plâtrés. Le dernier fut remplacé par un corset métallique, mon malade ne tenant pas à subir un redressement sérieux. Il avait lieu, en effet, d'être complètement satisfait; car le paralytique de la veille pouvait déjà marcher avec son premier corset, et aujourd'hui il fait facilement dix kilomètres à pied. L'atrophie, d'ailleurs, a complètement disparu; le pied appuie sur la plante, et les muscles du mollet présentent une saillie très accusée.

Mon deuxième cas consistait en phénomènes de compression médullaire plus atténués. Il s'agissait simplement de crampes dans les membres inférieurs, accompagnées d'une hyperesthésie telle des membres inférieurs et du tronc, que le moindre attouchement sur la peau provoquait des tressaillements. Il n'y avait pas d'autres phénomènes à noter du côté de la sensibilité ou de la motilité, sauf un peu de parésie caractérisée par une fatigue excessivement rapide dans la marche. A la suite de la première application du corset plâtré, ce jeune homme, d'ailleurs très insouciant à l'endroit de son traitement, a vu cependant disparaître tous ces phénomènes de compression médullaire commençante.

Si je vous ai cité ces deux cas, c'est surtout pour vous montrer que la scoliose peut avoir quelquefois un retentissement sur la moelle, et que la méthode de Sayre donne alors les mêmes bons résultats que dans le traitement du mal de Pott avec paraplégie.

Influence sur le cœur et les poumons. — Le résultat le plus remarquable et le plus étonnant est celui qu'on obtient sur la respiration et la circulation; il est immédiat. Dès les premiers jours, quelquefois même dès les premières heures qui suivent l'application d'un corset plâtré bien réussi, on voit les malades accuser une facilité plus grande dans les mouvements respiratoires. La peau prend une coloration rose très accentuée. Toutes les grandes fonctions se réveillent; l'appétit renaît; la digestion devient facile; les palpitations cardiaques disparaissent; un certain degré d'engraissement se produit; en un mot, l'état général subit une transformation complète. Un de mes sujets, scoliotique au troisième degré, qui ne pouvait monter au troisième étage sans des accès de suffocation, a pu, au bout d'une année de traitement, faire, avec son corset plâtré, l'ascension du Moucherotte (2 000 mètres).

Une autre de mes malades, après avoir obtenu un redressement suffisant pour laisser de côté le corset plâtré, n'en continuait pas moins tous les matins ses pratiques de suspension. Si, par mégarde, elle oubliait son exercice matinal, elle éprouvait, pendant toute la journée, une gêne sensible du côté de la respiration, gêne qui lui rappelait un peu celle qu'elle éprouvait avant le début du traitement.

Sayre attribue ces résultats à l'absorption d'une quantité plus grande d'oxygène; en effet, la suspension du tronc par les bras et la tête a pour effet d'allonger le cylindre abdomino-thoracique, qui était antérieurement plus ou moins coudé, et, par conséquent, d'augmenter sa capacité. Les poumons et le cœur se trouvent plus au large; leur fonction ne peut que s'améliorer.

Dans la thèse inaugurale de mon regretté ami, le docteur Noël Coulomb, faite sous l'inspiration du docteur Fochier (de Lyon), je trouve l'exemple suivant emprunté à Sayre lui-même. Dans un cas, la capacité pulmonaire, évaluée au spiromètre, était de 140 pouces cubiques pour l'expiration et de 100 pouces cubiques pour l'inspiration, avant l'applica-

tion du corset plâtré; elle était de 200 pouces cubiques pour l'expiration et de 140 pour l'inspiration, après l'application du corset plâtré. Quoi de plus naturel alors que de voir l'état général des malades se rétablir, les grands rouages de l'organisation fonctionner sans fatigue!

Si on ajoute à cela que ce traitement permet la marche au grand air, les distractions, le changement de climat — il suffit pour cela d'emporter dans sa malle un petit appareil à auto-suspension — on voit à quelle distance la méthode américaine laisse derrière elle les autres procédés, le lit orthopédique, le plan incliné, toutes méthodes qui exigent une immobilité plus ou moins absolue, pendant des mois et des années, dans un air confiné, dans une cessation absolue de tout travail musculaire, en somme, dans une atrophie de toutes les grandes fonctions physiologiques.

Une objection se présente maintenant à réfuter. La méthode américaine, par les tractions violentes qu'elle imprime aux ligaments du rachis et à la moelle épinière, ne peut-elle pas amener certains accidents? Nous pouvons répondre hardiment que cela ne peut pas arriver dans le traitement de la scoliose. L'opinion des chirurgiens qui emploient la méthode américaine, et ils sont déjà très nombreux, est complètement faite à ce sujet. Dans ma série de cas, j'ai eu à déplorer toutefois une mort imputable, non pas au traitement, mais à la cessation et à la négligence du traitement. Il s'agissait d'une jeune fille qui présentait, à la suite de deux années de traitement par la méthode américaine, une métamorphose extraordinaire, disparition à peu près complète de la gibbosité, transformation absolue de l'état général, retour aussi d'une certaine coquetterie. Plus tard, sous l'influence de pensées pénibles, de chagrins, dont l'origine est toujours difficile à dépister dans un cerveau de jeune fille, le traitement fut de plus en plus négligé; l'appétit diminua; une certaine tristesse se répandit sur l'ensemble du caractère. On vit alors apparaître de l'amaigrissement, des hémoptysies, des phénomènes de pneumonie bâtarde, de la méningite à marche subaiguë, le tout aggravé par un traitement intempestif institué à mon insu et consistant en préparations opiacées, enfin la mort, qui ne pouvait s'expliquer que par une tuberculisation à forme subaiguë et diffuse, accompagnée de phénomènes typhoïdes.

Un tel résultat eût été certainement évité, par une quiétude plus parfaite de l'imagination, une régularité plus grande dans le traitement. On sait d'ailleurs que la scoliose, par la gêne et la compression qu'elle exerce sur les poumons, est une cause fréquente de tuberculisation de ces viscères, sans qu'il y ait aucun antécédent héréditaire ou acquis. Par conséquent, un traitement qui fortifie ces organes, en leur rendant la place qui leur a été enlevée, ne peut qu'éloigner pour le présent ou pour l'avenir cette redoutable complication.

Donc, en résumé, la méthode de Sayre permet, dans un grand nombre de cas, le redressement notable de la scoliose. Dans les formes graves où ce résultat n'est pas obtenu, on peut au moins enrayer la marche de la maladie.

Dans tous les cas, on peut compter sur un rétablissement remarquable des fonctions générales.

SOUSCRIPTION

POUR UNE MÉDAILLE EN SOUVENIR DE M. LE PROFESSEUR GOSSELIN.

Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Roty, statuaire médailliste, l'auteur de la médaille commémorative du centenaire de M. Chevreul.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. Un comité, dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer et Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription.

Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priées d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil des professeurs de l'École de médecine d'Alger, dans sa séance du 16 novembre, a décidé que le buste du docteur Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, serait placé dans le grand amphithéâtre des cours, « où sa présence, écrit le savant directeur de l'École, rappellera à nos élèves le souvenir de l'un des hommes qui ont le plus fait pour le progrès de la science médicale et pour l'avenir de l'Algérie ».

— Par décret, en date du 27 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Bagneris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Colleville, médecin des hôpitaux de Reims; Guillemin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Voger, Belugou, Guibal, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier, et Thau; — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Sarda, chef de clinique à ladite Faculté; Brousse, agrégé à ladite Faculté; Dupré, ancien chef de clinique à ladite Faculté.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Puel.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Petitot; et Ville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1886:

Médailles d'or. — MM. les docteurs Gerlier, à Ferney-Voltaire; Teissier, à Lyon.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bassompierre, médecin-major, à Troyes; Coustan, médecin-major, à Montpellier; Dechaux, à Montluçon; Ollé, à Saint-Gaudens; Reumaux, à Dunkerque; Rondet, à Albigny; Schmit, médecin-major, à Rambervillers; Sollaud, médecin de première classe de la marine, à Cherbourg.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Blanquinque, à Laon; Bovier, à Montauban.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence ; Gils, médecin-major, à La Rochelle ; Jaurès, à Dourgne ; Jenot, à Dercy ; Mongin, à Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix ; Piot, à Aiguebelle ; Roy, à Saint-Martin-de-Ré ; Stutel, à Saint-Dié.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Méhu, membre de l'Académie de médecine, et de M. Poussier, élève de l'École de médecine de Rouen.

— Le comité du banquet Péan nous prie d'annoncer que les adhésions doivent être adressées, avant le 12 décembre, à l'un des confrères, dont les noms suivent : MM. les docteurs Albert Brochin, 51, boulevard Saint-Michel ; Deny, 18, rue de la Pépinière ; Porack, 142, boulevard Saint-Germain ; Prengrueber, 32, rue des Mathurins ; — ou à MM. Bouygues, Chrétien, Lepage, internes à l'hôpital Saint-Louis.

Le prix de la cotisation est de 22 francs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22003

N° 146. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 6 DÉCEMBRE 1887. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. P. SEGOND

Abcès tuberculeux de la cuisse, injections d'éther iodoformé ou opération sanglante.

Parmi les malades du service, que je vais opérer ce matin, il en est un dont je veux vous parler, non pas tant au point de vue de sa maladie en elle-même (il s'agit d'un abcès tuberculeux), qu'à celui des méthodes thérapeutiques auxquelles nous pouvons recourir dans les cas de ce genre, soit pour guérir, soit pour soulager nos patients.

Notre malade est cet homme de quarante-quatre ans couché au n° 24 de la salle Sainte-Vierge. Jusqu'à l'âge de trente-quatre ans, il s'est toujours bien porté, et c'est il y a dix ans qu'il a été atteint pour la première fois d'une bronchite, laquelle n'a pas duré moins de dix-huit mois. Une bronchite durant dix-huit mois, vous devinez tout de suite ce que cela peut être.

Néanmoins le microbe ici, coupable, était sans doute de nature peu belliqueuse, car cette bronchite, — en tant que bronchite, — a suffisamment bien guéri pour permettre au malade de reprendre, au bout de dix-huit mois, ses occupations de comptable, et de vivre à peu près bien portant jusqu'à il y a trois ou quatre ans environ.

A cette époque, il a commencé à éprouver, pour la première fois, des phénomènes douloureux dans la cuisse droite, phénomènes qui, vers la fin de l'année 1885, se sont localisés au niveau de la racine du membre inférieur droit, c'est-à-dire dans la région trochantérienne droite. Puis, peu après, un abcès se formait au même niveau, grossissait d'une façon assez marquée, en même temps que les douleurs devenaient plus intenses.

C'est alors que le malade se décida, au mois d'avril 1886, à entrer à l'hôpital dans le service de M. Trélat. Le diagnostic ne pouvait être douteux, il s'agissait bien d'un abcès tuberculeux développé dans la région trochantérienne. M. Trélat pratiqua dans le foyer purulent, au mois de mai 1886, une ponction et, après évacuation du pus, une injection d'éther iodoformé. Le résultat n'ayant pas été brillant, une seconde ponction, suivie également d'une injection de même nature, fut faite quelque temps après. Cette fois, le résultat fut assez satisfaisant pour que le malade, paraissant à peu près guéri, pût quitter l'hôpital et reprendre ses occupations.

Malheureusement, la pseudo-guérison n'eut qu'une courte durée, et, vers la fin de l'année 1886 ou au commencement de l'année suivante, les douleurs reparurent plus vives qu'auparavant, l'abcès se reforma, devenant plus volumineux aussi que la première fois. Ce que voyant, le malade demanda à rentrer à l'hôpital au mois de mars de cette année. Il fut placé de nouveau dans le service de M. Trélat, qui lui fit immédiatement une troisième ponction suivie d'une troisième injection d'éther iodoformé; puis, le mois suivant (avril 1887), une quatrième ponction et une quatrième injection de même nature.

Cette fois, la petite plaie par laquelle ponction et injection avaient été pratiquées ne se cicatrisa pas; elle resta fistuleuse et, depuis lors, elle ne s'est jamais fermée. A la suite de cette quatrième ponction, le malade fut envoyé, à l'asile de convalescence de Vincennes, prendre l'air des champs.

Il en revint le mois suivant avec sa fistule et son abcès aussi gros qu'auparavant. M. Trélat fit aussitôt une cinquième ponction ainsi qu'une nouvelle injection d'éther iodoformé. Le résultat n'a pas été bien bon et, depuis lors, cet homme a été de mal en pis, son abcès a augmenté de volume, le trajet fistuleux a continué à suppurer et des phénomènes inflammatoires graves se sont développés autour de ce foyer purulent.

Actuellement, l'abcès est énorme, il occupe, ainsi que je l'ai dit en commençant, la région trochantérienne droite et s'étend à presque toute la hauteur de la face externe de la cuisse. Mais est-il en connexion directe avec les os? La chose est probable, bien que l'examen auquel nous nous sommes livré avec le plus grand soin soit absolument négatif. Aussi bien devons-nous accepter cette probabilité et nous comporter en conséquence.

A l'époque où j'étais chef de clinique de M. Trélat, en 1882, les injections d'éther iodoformé n'étaient pas encore nées, et l'on n'admettait que deux méthodes : 1° les ponctions et les injections de teinture d'iode; 2° la méthode sanglante. La première méthode avait sans doute ses partisans, mais la plupart des chirurgiens, considérant les abcès tuberculeux comme un néoplasme, préconisaient son ablation complète, à la condition, bien entendu, que les

malades ne présentassent pas de lésions pulmonaires avancées et par suite offrissent des chances de guérison. C'est ainsi que, même pour le mal de Pott, on parlait couramment d'opération radicale, de curage, d'ablation des corps vertébreux ou de résections costales. Bref, il fallait toujours extirper le mal jusque dans ses racines où qu'elles fussent! Quant aux malades, c'était une affaire entendue, ils guérissaient comme par enchantement.

Cet enthousiasme devait être, vous le pensez bien, de courte durée, et les injections d'éther iodoformé n'ont eu qu'à naître pour rallier un nombre imposant de suffrages. En peu de temps, les observations de guérisons complètes, merveilleuses, par lesdites injections, ont afflué de tous côtés et, pour nombre de chirurgiens, la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé est rapidement devenue la méthode de choix dans le traitement des abcès tuberculeux.

Dans l'espace de cinq années nous avons donc assisté à ces deux phases chirurgicales se succédant l'une à l'autre : la première, celle de l'intervention sanglante qu'on pourrait dire à outrance; la seconde celle de la simple ponction suivie d'injection d'éther iodoformé.

Les deux méthodes, qui ont été tour à tour si chaudement prônées, ont l'une et l'autre leur indiscutable valeur.

Il est certain que, dans nombre de cas d'abcès tuberculeux, ayant ou non des connexions directes avec les os, l'incision du foyer, le grattage, donnent la guérison. Mais d'autre part il faut aussi reconnaître que dans d'autres cas la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé rend des services signalés.

Aussi bien, toute appréciation absolue me semble-t-elle ici déplacée et ce qu'il faut, à mon sens, c'est préciser les indications respectives des deux méthodes, suivant les cas particuliers.

Or, sans vouloir aborder dans tous ses détails l'étude de cette importante question de thérapeutique, je tiens cependant à vous dire ce que j'en pense d'une manière générale.

Il existe d'abord un groupe de tuberculeux dont l'avenir — la mort — est certain dans un laps de temps rapproché : quelques semaines ou quelques mois. Chez ceux-là, si vous êtes consultés, oserez-vous vous prononcer pour une intervention chirurgicale sérieuse, grave, laborieuse? Non, jamais. Vous vous bornerez très justement, chez ces malades, atteints d'abcès tuberculeux, à chercher à les soulager par un procédé tel que la ponction faite dans les conditions d'antisepsie les meilleures et suivie de l'injection d'éther iodoformé. Mais ce n'est pas de ces malades, déjà moribonds, pour ainsi dire, dont je veux vous parler, mais bien des autres, c'est-à-dire des individus dont les lésions viscérales ne sont pas assez avancées pour que l'on désespère de pouvoir les guérir. Ces malades forment deux catégories : la première comprend ceux chez lesquels la lésion originelle de l'abcès tuberculeux est accessible au chirurgien et permet l'ablation totale du mal; la seconde répond aux malades chez lesquels cette lésion originelle n'est pas accessible raisonnablement.

Ainsi vous êtes en présence, par exemple, d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied chez un sujet dont la santé générale est assez bonne; vous pourrez intervenir et couper la jambe. Ou bien vous avez affaire à un abcès tuberculeux de siège quelconque, mais tel que vous pouvez facilement arriver sur la lésion osseuse et l'enlever, vous n'aurez pas recours, dans ce cas, aux injections d'éther iodoformé mais, du moment que vous pourrez extirper le mal sans danger, vous en ferez l'ablation totale.

Au contraire, vous vous trouvez en face d'un abcès tuberculeux de la région inguinale ou de la fosse iliaque avec trajets remontant vers la colonne vertébrale; ici pas de chirurgie sanglante, mais ponction et injection d'éther iodoformé, car si vous cherchez à aller gratter et enlever des corps de vertèbres, vous ferez courir les plus graves dangers à votre malade. Et ceci me rappelle les poignantes émotions que j'éprouvai certain jour. Chez un jeune enfant je m'étais laissé aller à gratter les foyers tuberculeux jusque sur les vertèbres et dans le voisinage bien rapproché de l'aorte et de la veine cave; l'opération terminée, j'étais bien soucieux de l'avoir entreprise. Cependant, aucun accident n'avait eu lieu, lorsque trois jours après l'opération le pauvre enfant succombait tout à coup, emporté par une hémorrhagie foudroyante. J'étais désespéré, je craignais d'avoir piqué involontairement l'aorte. L'autopsie me montra, heureusement, qu'il n'en était rien : l'aorte était absolument intacte, l'hémorrhagie s'était faite par un petit vaisseau sans importance.

Mais peu importe cette vérification nécropsique qui est venue m'exonérer d'un lourd souci. Ce fait n'est pas moins resté dans mon esprit comme un exemple des dangers énormes auxquels on s'expose en pareils cas et cela, pour tenter une ablation dont le caractère soi-disant radical reste forcément chimérique. Je n'ai pas à vous rappeler, en effet, comment l'extension habituelle des lésions du mal de Pott rend invraisemblable toute prétention d'ablation totale.

En résumé, souvenez-vous que vous possédez deux bonnes méthodes pour traiter les abcès tuberculeux : l'intervention sanglante et la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé. Lorsque l'état général du malade, le siège ou l'étendue des lésions rendent l'intervention sanglante périlleuse ou inutile, adressez-vous aux injections d'éther iodoformé. Mais, toutes les fois qu'il vous est possible de réaliser la destruction totale des lésions tuberculeuses, n'hésitez pas, agissez directement, ayez recours à l'intervention sanglante.

Appliquons ces quelques données au malade que je vais opérer devant vous. Son état général est bon, ses lésions pulmonaires sont très peu avancées, son abcès, malgré ses grandes dimensions, peut être incisé sans péril, ses lésions osseuses peuvent être attaquées, enlevées sans danger. Dès lors, pas d'hésitation possible — nous ne pouvons songer aux injections d'éther iodoformé. Elles ont été, du reste, chez notre malade, plusieurs fois essayées sans succès. Ce qu'il faut, c'est inciser largement la poche purulente, détruire les parois et supprimer les portions osseuses malades.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Tuberculose pulmonaire, péritonite tuberculeuse, psoïtis, mort(1). — II. Bronchopneumonie double.

I. La malade dont je vous parlais longuement dans mon avant-dernière leçon, la jeune femme de dix-neuf ans qui était couchée sur un brancard, et sur laquelle j'avais émis le diagnostic de tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse, est morte hier. Elle a succombé à une péritonite généralisée, devenue brusquement suraiguë, à la suite d'ac-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1182.

cidents sur lesquels je désire vivement appeler votre attention.

Vous vous rappelez que cette femme était malade depuis trois mois, quand elle est entrée dans le service, qu'à ce moment, elle se plaignait du ventre, lequel était irrégulièrement tuméfié, présentant, à la percussion dans les parties déclives, une matité due à la présence d'une certaine quantité de liquide et, en avant et en haut, une sonorité très prononcée, résultant de la distension de l'intestin par des gaz.

Je vous disais aussi que, de plus, mon chef de clinique, M. Siredey, avait reconnu, par le toucher vaginal, comme une sorte d'empâtement au niveau du ligament large du côté droit; enfin que cette femme avait eu un enfant, deux ans auparavant, et que les suites de couches n'avaient présenté aucune particularité morbide.

Enfin, j'avais insisté sur la température du ventre qui présentait une élévation remarquable, nullement en proportion avec la température axillaire, celle-ci étant restée à peu près normale, 37°6, tandis que la première était supérieure de deux degrés trois dixièmes à ce qu'elle aurait dû être. Je vous ai dit, en effet, que la température normale de la paroi abdominale, prise à l'hypogastre, est de 35°5, tandis que, chez notre malade, le thermomètre marquait 37°8. D'où j'avais conclu, en résumé, à une phlegmasie péritonéale, et j'ajoutais: de nature tuberculeuse, en raison de la lenteur de l'évolution, de l'aspect cachectique de la malade, de son état strumeux et aussi de l'état de son poumon droit.

Or, depuis ma dernière leçon, cette femme a été prise tout à coup d'accidents graves de péritonite suraiguë, accidents auxquels, comme je viens de le dire, elle a succombé hier.

L'autopsie vient d'en être faite, et je tiens à vous montrer les particularités extrêmement intéressantes qu'elle nous a révélées.

Tout d'abord, je vous ferai remarquer que l'état des poumons est bien celui dont je vous avais parlé depuis les phénomènes stéthoscopiques: tuberculose des plus manifestes au poumon droit; tubercules au sommet gauche, mais en voie de guérison, d'où l'absence presque complète de signes morbides du côté gauche pendant la vie.

Mais le diagnostic de pelvipéritonite tuberculeuse, que j'avais émis dès le jour où l'état suraigu est apparu, n'a pas été confirmé: il est remplacé par celui d'entéro-péritonite tuberculeuse généralisée, de pérityphlite, plus quelque chose encore que je vais vous dire dans un instant.

J'avais dit au lit de la malade, mercredi, que la lésion localisée dans la péritonite était d'origine tuberculeuse, qu'il s'agissait, selon toutes probabilités, de quelque petit abcès enkysté d'abord, lequel, ayant rompu sa paroi, s'était ouvert dans la cavité péritonéale, et avait déterminé tout à coup une pelvipéritonite devant entraîner la mort.

Or, nous n'avons pas trouvé cette pelvipéritonite, mais une typhlite tuberculeuse; le cæcum présente sur sa muqueuse une série d'ulcérations tuberculeuses, l'une d'elles s'est ouverte dans le muscle psoas, et cette ouverture laissant passer quelques matières fécales, un abcès s'est formé dans ce muscle. Le psoas s'est transformé peu à peu en un foyer purulent, dans lequel le muscle s'est complètement fondu, a tout à fait disparu; il y a eu une véritable psoïtis suppurée; et, à un moment donné, une perforation de la gaine aponévrotique de ce muscle a eu lieu; de là écoulement du pus dans la cavité péritonéale, péritonite suraiguë et mort.

Or, ce qu'il y a de bien particulier, c'est que cette psoïtis n'était pas récente, qu'elle existait dès avant l'entrée de la malade dans nos salles, et que, cependant, cette femme a pu venir à pied à l'hôpital, qu'elle a pu monter l'escalier qui conduit dans le service, sans en éprouver de bien vives douleurs. N'est-ce pas là un fait curieux?

J'ai vu aussi, un jour, une femme avec tout l'appareil symptomatique d'une pelvipéritonite, se rompre un abcès de la cavité abdominale, en enjambant une baignoire. L'effort fait pour entrer dans le bain avait amené une compression du foyer suppuré et, par suite, la déchirure du kyste purulent; à ce moment, la malade avait éprouvé une douleur atroce, au point de perdre connaissance, et était morte en trente-six heures. Aussi, dans ces affections, aux allures si sournoises, doit-on déposer la femme dans son bain comme on le ferait pour un enfant.

Je pourrais vous citer aussi un autre cas de pelvipéritonite suppurée, à la suite d'un avortement. Il s'agissait d'une femme du monde, mariée, enceinte, mais qui, ayant de bonnes raisons pour dissimuler sa grossesse, s'était livrée à des tentatives d'avortement. De là, des accidents sérieux. Souffrant vivement, elle avait eu l'idée, certain jour, de se coucher sur le ventre, devant son feu, pour se faire frictionner les reins et le dos par sa femme de chambre, lorsqu'à un moment donné, elle avait éprouvé une douleur extrêmement vive dans le ventre. Une rupture du foyer enkysté s'était faite, bientôt suivie d'une pelvipéritonite généralisée, à laquelle elle avait rapidement aussi succombé.

II. Je voudrais maintenant vous dire quelques mots d'un malade atteint de bronchopneumonie double.

Ce malade est un homme de quarante-huit ans, exerçant la profession de charpentier, très robuste, très vigoureux, qui, jusque dans ces jours derniers, a toujours joui d'une parfaite santé. Le début de l'affection, pour laquelle il est venu à l'hôpital, remonte à huit jours aujourd'hui, la date en est certaine. Le jeudi, cet homme a travaillé comme d'habitude, ne souffrant de quoi que ce soit, et c'est seulement le lendemain dans la matinée qu'il a éprouvé un certain malaise général, des douleurs de tête, de la courbature. Le soir, il a ressenti pour la première fois un point de côté pour lequel on lui a appliqué des sinapismes. Le samedi et le dimanche il est resté dans le même état, et c'est lundi seulement qu'il est arrivé à l'hôpital.

A son entrée, le pouls oscillait entre 96 et 100 pulsations, la température était à 38°4, et la respiration marquait 44 par minute. L'auscultation ne révélait qu'une bronchite généralisée avec confluence à la base du poumon du côté droit, en arrière et en dehors.

Le lendemain, mardi, l'état s'était modifié, le mal avait fait des progrès, la fièvre était plus vive, la température à 39 degrés, la peau n'était pas sèche, cependant la langue était humide, mais recouverte d'un enduit saburral. On constatait un certain degré de submatité à droite, à la base, la respiration était un peu soufflante mais non tubaire, sans bronchophonie; on entendait des râles sibilants un peu partout, et des râles sous-crépitants inégaux, fins, à la base du côté droit. A gauche, les râles étaient moins denses, moins serrés, on ne trouvait pas de différence de sonorité.

Je fis appliquer d'abord six ventouses scarifiées à droite, deux à gauche, puis un peu plus tard, dans la même journée, des ventouses sèches, en même temps que je prescrivis la potion de Todd et la limonade vineuse.

Avant-hier, mercredi, malgré le traitement, la respiration était plus anxieuse, plus difficile, la submatité, du côté droit, plus étendue, remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate, le timbre soufflant était plus marqué, mais toujours sans caractère tubaire; les râles, de même nature, étaient à bulles plus inégales. Enfin, à gauche, les signes étaient les mêmes que la veille, sans souffle ni matité; la température était de 40°2. Nouvelle application de ventouses scarifiées, quatre à droite, deux à gauche, puis de ventouses sèches des deux côtés.

Hier, les signes ont été à peu près les mêmes, sauf peut-être une légère détente: 39°6 le matin, et pas tout à fait 40 degrés le soir; langue plus humide.

Quant aux crachats, dont je ne vous ai pas encore parlé, ils sont à la fois visqueux et rouillés à certains moments, et à d'autres, muqueux et spumeux; ce sont à la fois des crachats de pneumonie et de bronchite capillaire.

Ce matin, enfin, le malade couché sur le dos, un peu prostré, est en proie à une grande dyspnée, 44 respirations, pouls 104; température 39°4. Matité à la partie moyenne à droite, submatité au sommet droit; râles sibilants fins; pas de souffle. En somme, il y a dissémination des foyers bronchopneumoniques à droite et à gauche, bronchite de toutes les bronches grosses, moyennes et petites, de là une diminution de la prise d'air, et, par suite, de l'hématose.

Quant au pronostic, nous savons que la bronchopneumonie est une affection très fréquente aux deux âges extrêmes de la vie, chez les vieillards comme chez les jeunes enfants, de même que chez les individus que l'on peut appeler des séniles anticipés, qui, eux aussi, ont une résistance vitale insuffisante. Or, notre homme, quoique robuste et vigoureux, se trouve comme âge très près de la cinquantaine, c'est-à-dire à une époque critique, surtout chez l'ouvrier surmené par le travail, par la mauvaise nourriture, souvent par une mauvaise hygiène, en somme, il en est à une mauvaise période de la vie, d'où sa situation est plus grave.

De là, une indication de ne pas désarmer devant l'évolution de la maladie, qui, en ce moment, s'étend du côté gauche, mais de continuer un traitement énergique. C'est ainsi que, ce matin même, j'ai prescrit l'application sur la poitrine de deux vésicatoires, de 10 centimètres de côté, et de deux autres vésicatoires de même dimension pour ce soir, sur la poitrine également, au-dessous des deux premiers et non pas dans le dos, en raison du décubitus dorsal qui est la seule position que le malade puisse prendre.

Je continue aussi la potion de Todde, en y ajoutant 40 centigrammes de kermès; et sans pouvoir compter absolument sur une guérison, j'espère cependant qu'en continuant une médication énergique, nous parviendrons à triompher de cette bronchopneumonie double.

ORTEIL EN MARTEAU

RÉSECTION DE L'ARTICULATION DE LA PREMIÈRE ET DE LA DEUXIÈME PHALANGE

Par M. le docteur Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

M[lle] Esther V..., quatorze ans, vient me consulter pour une déformation, non congénitale, du deuxième orteil du pied droit, le 17 août 1886.

On ne lui trouve aucun antécédent pathologique, et, dans sa famille, on est d'une santé parfaite, personne n'a cette infirmité.

C'est depuis un an, environ, que la malade a remarqué que son orteil changeait de direction, en se fléchissant de plus en plus vers la face plantaire. Elle a essayé plusieurs traitements pour le redresser, mais inutilement.

Elle évite, autant que possible, la marche qui devient de plus en plus pénible et détermine rapidement de vives douleurs, qui vont irradiant vers le haut de la jambe.

État actuel. — Le second orteil du pied droit est complètement fléchi, la face dorsale de la troisième phalange regardant le sol, de sorte que la malade marche sur son ongle.

L'orteil se place entre le premier et le troisième orteils. Sur l'empreinte prise au noir de fumée, on remarque que l'orteil fléchi est situé presque sous le troisième, qui le comprime sur le sol.

Quand on redresse l'orteil avec la main, on voit que la première phalange peut s'étendre incomplètement sur la deuxième, mais la troisième reste fléchie malgré tous les efforts. Par ces mouvements, on constate que les téguments de la face plantaire se tendent comme une corde rigide.

Il est inutile de dire que la malade ne peut produire aucun mouvement volontaire.

A l'extrémité de la pulpe du doigt existe une petite ulcération. L'ongle est déformé et très court.

Les autres orteils sont sains.

Au pied gauche, les orteils sont tous très fortement fléchis, mais n'ont rien d'anomal.

25 août. Je fais la résection de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Une simple incision transversale met à nu l'articulation, et comme il n'y a pas de tissu induré, je n'ai pas la peine de retrancher une certaine partie des téguments du dos de l'orteil. Les ligaments latéraux sont sectionnés, et, avec une pince coupante, je retranche très facilement les surfaces articulaires. Cela fait, j'enlève quelques petites portions des tissus blancs faisant partie du ligament glénoïdien, ce qui permet une extension plus facile et plus complète du doigt.

Drainage avec quelques crins de Florence. Pansement en enveloppant le doigt dans de la gaze iodoformée.

29. Je change le pansement, qui ne contient pas une goutte de sécrétion.

2 septembre. Enlèvement des sutures et du drainage.

4 septembre. Le doigt est fixé par une petite attelle plantaire en gutta-percha. Le doigt est redressé et la malade considérée comme guérie.

27 septembre. La jeune fille a marché, mais modérément. Le doigt est rectiligne. Il offre une solidité appréciable, pas de mouvements de flexion; il n'est nullement douloureux.

J'ai cherché à revoir la malade, au bout d'un an, en octobre 1887, mais je n'ai pas pu la retrouver, d'où je conclus que la marche est devenue facile.

On voit ainsi que j'ai employé un procédé analogue à celui que M. Terrier préconise, procédé qui a été exposé par lui à la Société de chirurgie le 23 mars 1887, et dans l'excellente thèse de M. Cohen, son élève (1).

PROCÉDÉ ZINCO-CUPRIQUE

SPÉCIALEMENT APPLICABLE AUX SCIENCES MÉDICALES POUR LA REPRODUCTION TYPOGRAPHIQUE FIDÈLE DES TRACÉS GRAPHIQUES SANS HÉLIOGRAVURE.

Par M. le docteur P. Louge,
Prosecteur à l'École de médecine de Marseille, lauréat de la Faculté de Paris.

Ce procédé consiste essentiellement à recueillir le tracé sur une plaque de zinc enfumée à la place du papier glacé habituel et à le graver rapidement à l'aide d'une solution saturée de sulfate de cuivre ordinaire. Le tracé ainsi obtenu en creux peut servir à peu

(1) E. Cohen, *Orteil en marteau*, nouveau traitement par l'ostéotomie cunéiforme.

de frais de cliché typographique et fournir de nombreuses reproductions fidèles.

On fait choix d'une feuille de zinc du commerce, plane et unie, d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres, qu'on découpe en morceaux de dimension voulue, de préférence avec une scie fine. La surface la plus brillante de la feuille est bien nettoyée avec un tampon de coton imprégné d'alcool et de blanc d'Espagne, essuyée, puis complètement enfumée à ton mat comme à l'ordinaire, en ayant soin toutefois de ne pas maintenir directement la plaque avec les doigts à cause de la conductibilité du métal pour la chaleur.

Lorsque le tracé a été recueilli, on indique par une marque le point initial et l'on plonge la plaque d'un seul coup dans une cuvette contenant la solution de sulfate de cuivre (une partie de sulfate pour quatre parties d'eau). Le bain est continuellement agité et l'on voit le cuivre se déposer rapidement sur les parties découvertes. Au bout d'une minute environ, la plaque est délicatement retirée, lavée sous un courant d'eau un peu fort qui enlève le cuivre, laissant le tracé gravé en creux. On savonne avec une brosse douce.

Si l'on désire un creux plus profond, ce qui est préférable, il faut ajouter dans le bain, dès que le métal s'est partout déposé, une ou deux gouttes d'acide sulfurique pour 60 centimètres cubes environ de solution cuprique. En agitant avec soin, on voit se détacher, après une ou deux minutes d'immersion, le dépôt rougeâtre en certains endroits, ce qui indique le moment propice à l'enlèvement.

La réussite de l'opération est d'autant plus assurée que le dépôt cuprique a été rapide. Si le trait est gros ou de moyenne grosseur, le dépôt est instantané, mais si le trait est très fin il est nécessaire d'ajouter au bain une ou deux gouttes d'alcool pour lui donner le mouillant nécessaire.

Le clinicien peut d'une façon plus simple plonger d'emblée le tracé recueilli sur zinc dans le bain suivant :

Solution saturée de sulfate de cuivre.	100 cent. cubes.
Alcool	2 gouttes.
Acide sulfurique.	2 —

On termine comme ci-dessus. Il est préférable cependant de n'ajouter les gouttes d'acide dans le bain qu'après le dépôt cuprique.

Le montage du cliché zinc sur son bois de monture est généralement exécuté par des ouvriers spéciaux. Qu'il nous suffise de dire qu'après avoir détruit à la lime les bavures des bords, on ménage dans les angles un biseau permettant de fixer le cliché sur le bois à l'aide de petits clous à tête plate. La hauteur générale doit être de 22 millimètres et, dans ces conditions, le cliché peut être livré à l'imprimeur qui l'intercale dans le texte.

Ce procédé peut également servir à la reproduction des empreintes, dessins et schémas; mais l'épreuve obtenue étant renversée, s'il s'agit d'un tracé celui-ci doit être lu de droite à gauche, ce qui n'a pas d'inconvénient si l'on indique, comme je l'ai déjà dit, le point initial de celui-ci. On peut, du reste, redresser les épreuves par la galvanoplastie.

Il est de plus facile, sans le secours de l'imprimeur, d'obtenir pour soi quelques épreuves en noircissant à nouveau le zinc à la fumée d'une bougie et en appliquant sur la surface enfumée une feuille de papier ordinaire ou glacée enduite très légèrement de glycérine, on fait usage ensuite d'un vernis fixateur à la gomme laque. L'essence de térébenthine enlève facilement après le noir de fumée sur la plaque.

Ce procédé rapide et peu coûteux fournit des reproductions d'une irréprochable fidélité et le lecteur ayant ainsi sous les yeux, intercalé dans le texte, le langage du phénomène lui-même, on ne constatera plus avec un maître (1) que, dans les publications françaises, il n'est peut-être pas un tracé sur vingt qui soit absolument fidèle.

(1) E.-J. Marey, *La Méthode graphique dans les sciences expérimentales.* Paris, G. Masson, 1885) p. 452.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Ablation de l'astragale dans le traitement du pied-bot varus congénital. — M. **BERGER**, à propos du rapport de M. Polaillon sur un travail de M. Duret relatif à l'ablation de l'astragale dans un cas de pied-bot varus congénital, rappelle que M. Polaillon a émis cette opinion que cette affection guérit toujours par les appareils. M. Berger pense qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il présente un enfant qu'il traite depuis 1883, auquel il a fait plusieurs ténotomies et qu'il a traité par les appareils. Il a obtenu quelque résultat pour le pied droit mais n'a pu obtenir le redressement du côté gauche; c'est ce qui l'a décidé à pratiquer une opération plus radicale de ce côté où il restait un varus des plus prononcés. Il a enlevé d'abord l'astragale du côté gauche puis il a pratiqué ultérieurement la même opération du côté droit. Les pieds sont bien redressés et ne sont plus en varus, mais il reste une incurvation des deux pieds, de dehors en dedans, que M. Berger compte corriger par les appareils. Dans un cas de ce genre, pour éviter cette déformation, il ajouterait la section cunéiforme du calcanéum.

M. **TRÉLAT** dit qu'il est évident qu'il y a des malades pour lesquels le redressement et la ténotomie ne suffisent pas. M. Berger a parlé d'appareils plâtrés. M. Trélat ne suit pas cette méthode. Après la ténotomie, il laisse le membre sans appareil pendant quelques jours, puis applique un de ses appareils à action constante dont il a présenté un spécimen à la Société. Il n'y a aucune comparaison à établir entre ces appareils à force constante et les appareils à vis habituellement employés.

M. **RECLUS** soigne en ce moment un jeune homme analogue au malade de M. Berger; la ténotomie et les appareils n'avaient pas donné de résultat satisfaisant. M. Reclus a enlevé l'astragale et maintenant le malade peut marcher, bien que son pied soit incurvé comme ceux du petit malade de M. Berger.

M. **TERRILLON** a enlevé les deux astragales chez un enfant dont la déformation était très accentuée. Il a obtenu un très bon résultat. M. Terrillon présentera cet enfant.

M. **POLAILLON** fait observer que, dans tous ces cas, on n'a pas employé les appareils à traction de caoutchouc dont a parlé M. Trélat. Ces appareils donnent de très bons résultats chez les enfants; dans ces conditions l'ablation de l'astragale ne serait plus indiquée que chez les adultes.

M. **ANGER** a obtenu un très beau succès de ces appareils à traction continue par le caoutchouc sur un jeune homme aujourd'hui âgé de seize ans et qui marche très bien.

M. **MONOD** a fait l'ablation de l'astragale sur un jeune homme de vingt-cinq ans, et en a obtenu de très bons effets.

Cure radicale des hernies. — M. **LE FORT** lit un travail sur la cure radicale des hernies actuellement en discussion. Il doute que l'enthousiasme que l'on montre aujourd'hui pour cette opération dure longtemps. Il proteste contre cette assertion de M. Lucas-Championnière, que la cure radicale est moins dangereuse que le bandage. Il ajoute que la cure radicale ne guérit pas complètement puisqu'il faut un bandage après comme avant. Pour être complètement fixé, il faudrait savoir ce que deviennent les herniеux opérés, plusieurs années après. Cette recherche est souvent impossible. Le mot de cure radicale n'est donc pas exact. Un bon bandage irrégulièrement porté ou un mauvais bandage régulièrement porté, peuvent, il est vrai, donner lieu à des accidents; mais il ne faut pas confondre la mauvaise application d'une méthode avec la méthode elle-même. M. Le Fort démontre combien est défectueuse l'application du bandage dans les hôpitaux. Il montre que l'étranglement herniaire est un accident très rare chez ceux qui portent le bandage. Il ne faut donc pas dire que le bandage est dangereux. Il n'en est pas de même de l'opération de la cure radicale. M. Le Fort s'élève donc contre la cure radicale appliquée au traitement de toutes les hernies.

Quant aux hernies congénitales, elles doivent être toujours guéries par des bandages. La cure radicale n'est indiquée que pour des cas très exceptionnels.

M. Le Fort croit que les prescriptions d'un bandage sont faites trop légèrement. Il reproche aux chirurgiens de ne pas s'assurer, par eux-mêmes, de la bonne application du bandage.

Il est convaincu que si l'on apportait plus de soins dans l'application des bandages, la cure radicale ne trouverait plus que bien peu d'indications.

M. TRÉLAT dit qu'en France, un petit nombre de chirurgiens ont de la tendance à opérer presque toutes les hernies. La généralité des chirurgiens n'admet l'opération que dans des cas compliqués. M. Trélat a dit que la hernie devait être complètement contenue. Combien de fois voit-on des bandages appliqués à côté de la hernie. Il a dit qu'elle devait être constamment contenue. Mais cela veut dire la nuit aussi bien que le jour. Elle doit être facilement contenue; c'est-à-dire que le bandage doit être bien supporté par les malades. Les bandages peuvent être modifiés ou simplifiés avec les progrès de la cure.

Lorsque les hernies sont difficilement contenues, compliquées d'épiplocèles, alors le danger devient menaçant, et cette hernie peut devenir facilement irréductible, énorme, enflammée et promptement mortelle. C'est en présence de ces cas-là que M. Trélat a dit que, dès qu'une hernie cesse d'être réductible, il est indiqué de recourir à une opération en somme bénigne et qui doit soustraire le malade à un danger permanent.

M. POLAILLON trouve M. Le Fort sévère pour la cure radicale de la hernie qu'il considère comme une bonne opération et qui, si elle ne guérit pas, soulage au moins très notablement.

M. Polaillon a opéré un jeune homme de la cure radicale. Ce jeune homme a été pris depuis par le service militaire; il a cessé de porter des bandages, et sous l'influence de ses exercices d'équitation, sa hernie s'est reproduite. Mais on sait que la cure radicale ne prémunit pas d'une façon définitive contre les récidives. Celles-ci peuvent être facilement évitées par une bonne contention.

M. Polaillon a opéré plusieurs malades qui sont radicalement guéris. Il présente un malade ainsi guéri. M. Le Fort s'est donc montré trop sévère pour la cure radicale.

M. VERNEUIL proteste contre le mot de cure radicale. On ne peut appeler une guérison radicale celle qui oblige à porter des bandages. Comment se fait-il qu'un bandage, nuisible avant la cure radicale, devienne si innocent après cette cure radicale? Celle-ci doit donc être réservée pour des cas déterminés. Cette cure radicale n'est pas sans danger. M. Segond en a fait une dans le service de M. Verneuil, le malade est mort dans la nuit. M. Jalaguier en a fait une autre et le malade a été entre la vie et la mort pendant plusieurs jours. Il faut donc réserver l'opération pour des cas déterminés.

Ostéotomie dans les cas de cal vicieux. — M. PÉRIER fait un rapport sur un travail de M. Reynier relatif à l'ostéotomie dans les cas de cals vicieux, après fracture du péroné. Ce travail est basé sur trois observations. Les résultats obtenus par l'ostéotomie simple dans ces trois cas ont été des plus satisfaisants.

Fracture avec issue de surfaces articulaires; suture osseuse. — M. PÉRIER fait un second rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne), ayant trait à une fracture exposée, avec issue de la surface articulaire au tibia. M. Houzel réduisit la fracture, sutura la malléole interne du tibia avec un fort fil d'argent, réunit la plaie cutanée avec des crins de Florence, appliqua de la poudre d'iodoforme et un tube à drainage, fixa l'articulation dans un appareil plâtré et un bandage ouaté de Guérin. Le vingt-troisième jour consolidation parfaite avec conservation des mouvements articulaires. La malade ne voulut pas se laisser retirer son fil d'argent. Elle l'a conservé sans inconvénients.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 novembre 1887, M. le docteur Macoret est nommé adjoint au maire du XIVe arrondissement de Paris.

— Par décret, en date du 30 novembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Millet et Branzon-Bourgogne.

— Par décrets, en date du 30 novembre 1887, MM. Gervais et Lorion, médecins de deuxième classe de la marine, démissionnaires, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 29 novembre 1887, M. le docteur Duponchel, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur agrégé de législation, d'administration et de service de santé militaires, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires. — M. le docteur Dalphin, médecin aide-major de deuxième classe, a été désigné pour le 13e dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1887, l'hospice des Incurables, à Ivry, prendra, à l'avenir, le nom d'hospice d'Ivry.

— Le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, s'est ouvert jeudi dernier. Les questions données pour la première épreuve (composition écrite) ont été : le pylore; la dilatation de l'estomac.

Les deux autres sujets de questions qui se trouvaient dans l'urne ont été : 1° la circulation sanguine du rein; des néphrites infectieuses; 2° la muqueuse vésicale; la fièvre urineuse.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 13 décembre 1887, à trois heures.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1887, par M. Proust, secrétaire annuel; — 2° Prix proposés pour 1888, 1889, 1890; — 3° Éloge de Bouillaud, par M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lehoucq est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Carpentier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Rollet est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Adenot, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mossé, agrégé, est chargé d'un cours annexe de clinique des maladies des vieillards.

M. Blaise, agrégé, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Saint-Rémy, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Lemaire, appelé à d'autres fonctions.

M. Mouginet est nommé aide d'histoire naturelle, en remplacement de M. Legrain, démissionnaire.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Faint, pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Raffy est nommé secrétaire de l'École.

— M. le docteur Boisson est nommé médecin adjoint du lycée Lakanal (emploi nouveau).

— M. le docteur Couturier, médecin adjointdu lycée de Saint-

Étienne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Riembault, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Rambaud (de Lyon).

— Nous recevons, au sujet du dernier article de M. le docteur Roussel, un grand nombre de lettres demandant des renseignements complémentaires, nous prions nos correspondants de vouloir bien s'adresser directement à l'auteur, M. le docteur Roussel, 26, boulevard des Italiens, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège par M. le docteur N. Charles, professeur d'accouchements et chirurgien directeur de la Maternité. Deux volumes gr. in-8°, avec 285 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, (1886-1887), par S. Jaccoud, professeur de clinique, etc. Tome IV et dernier. 1 vol. in-8° avec 25 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou, par le docteur Gaudin. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, par le docteur Ferrand. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22020

62

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoform dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antiseptie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

45

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

23

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

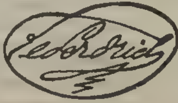
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doi à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



16

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Dr. Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

49

PANSEMENT ANTISEPTIQUE METHODE LISTER.

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

10

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour [suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

92

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

69

SIROP TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

DIGESTIF PLUS SPÉCIALEMENT APPROPRIÉ *aux maladies des fonctions digestives des enfants*, Contre *Dyspepsie, Diarrhée, Entérite, Lientérie.*

DOSE : de **1** à **2** cuillerées à café après chaque repas. — Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAIZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

86

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Exiger Timbre de l'Etat — Pharmacies. Bains.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

N° 147. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 8 DÉCEMBRE 1887. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La méthode des déductions nous a toujours paru une excellente méthode quand on sait d'avance où l'on tient à être conduit. En pareil cas, l'homme intelligent ne manque jamais d'arriver à son but, quel que soit le point de départ qu'il ait choisi : solidisme, humorisme, dynamisme, tout ce qu'on voudra.

Hier, c'était l'humorisme moderne, auquel un savant ingénieux, M. Albert Robin, faisait prédire, après coup, tous les effets thérapeutiques qu'on devait attendre de l'antipyrine, ainsi que les contre-indications que l'expérience a fait connaître.

Une analyse minutieuse, répétée journellement avant, pendant, après l'administration de cette substance, conduisait à de tels résultats : les raisonnements se suivaient, se rattachant les uns aux autres comme une chaîne ininterrompue ; et en entendant M. Robin montrer comment les faits aujourd'hui établis auraient pu ainsi être prévus, on se sentait vraiment grande tendance à admettre ce nouveau genre de prophéties.

On annonce une discussion sur la contagion de la pelade. A ce propos, incidemment, M. Cornil a rappelé un fait qui doit attirer l'attention des praticiens. Un gros élément figuré, qu'on avait d'abord considéré comme étant la caractéristique de la pelade et son agent de contagion, a été rattaché depuis à une tout autre maladie, à ce pityriasis simple auquel sont dues les pellicules du cuir chevelu. On sait combien le pityriasis est devenu fréquent dans les villes. Il y constitue, pour ainsi dire, l'état normal, depuis qu'on a pris l'habitude de se faire coiffer par des gens qui emploient pour tous le même peigne. Il est donc maintenant assez rare, dans les villes, d'avoir l'occasion de constater la contagion du pityriasis, puisque tout le monde, ou à peu près, en est actuellement atteint. Mais cette contagion est cliniquement bien établie aux yeux de nombreux praticiens : et, comme le pityriasis, avec ses périodes de recrudescence, ses poussées presque inflammatoires, a certainement influé beaucoup sur la généralisation de l'alopécie, le nouvel argument fourni, pour la démonstration de ce point d'étiologie, par la présence d'un micro-organisme reconnaissable, ne doit pas passer inaperçu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Opération césarienne; signes de l'accouchement récent; signes de l'accouchement ancien.

J'arrive à l'opération césarienne, question qui a été très embrouillée et très débattue pendant tout le moyen âge et jusqu'en 1861, où elle fut discutée à l'Académie de médecine. Cette discussion a été assez compliquée, par suite d'une *cote mal taillée* entre les médecins et les théologiens, à propos du baptême de l'enfant.

On a décidé alors que le fœtus devait avoir au moins cinq mois pour qu'on tente l'opération. Le code ne reconnaît pourtant comme viables que les fœtus de six mois. Il est vrai que M. Tarnier est arrivé dernièrement à faire vivre deux de nos jeunes concitoyens, nés à cinq mois et quelques jours, grâce à la couveuse et au gavage. Mais ce qui est possible à la Maternité ne l'est pas à la campagne, où on est dépourvu de toute ressource.

En somme, un médecin doit pratiquer l'opération césarienne, chaque fois qu'il croit avoir des chances sérieuses d'avoir un fœtus vivant. Mais n'y a-t-il que lui qui ait le droit de pratiquer l'opération. Oui, d'après les paragraphes 29 et 32 de la loi du 19 ventôse, an XI. Dans certaines circonstances, on doit passer outre, et un officier de santé peut très bien, selon moi, opérer, lorsqu'il se trouve devant une femme morte, et si, grâce à son intervention immédiate, l'enfant est sauvé, j'estime qu'il aura bien mérité de la société. J'en dirai autant pour les sages-femmes. Mais les personnes étrangères à l'art? J'ai été étonné de voir que la jurisprudence est presque constante sur ce point : elle condamne toujours les interventions de ce genre. Si on a opéré réellement sur un cadavre, j'avoue que la doctrine adoptée par la Cour de cassation me paraît un peu sévère et excessive.

Néanmoins, il n'est pas toujours aussi simple qu'on le croit de savoir si une femme est morte ou va mourir. Une femme bien portante peut avoir une crise nerveuse, une syncope simulant une mort subite. Et c'est précisément dans le cas d'une mort subite chez une femme de bonne santé, que vos chances de pratiquer l'opération avec succès sont le plus grandes. Mais il faut agir avec prudence.

En 1845, un docteur Rigaudeau ouvrit ainsi le ventre à une femme qui se réveilla ensuite. Heureusement, la mère et l'enfant ont vécu. Ce cas particulier est tout à fait exceptionnel, mais, dans la majorité des cas, il y a chez une femme enceinte des difficultés de pratique qui laissent peu de chances de survie à la mère.

Or, le diagnostic de la mort est quelquefois très difficile. Tel est cru défunt qui n'en a que la mine. Lorsque j'étais interne à la Pitié, on avait apporté un jour un petit fumiste, qui était tombé d'un cinquième étage. Le directeur le refuse, disant que ce n'est plus qu'un cadavre. Nous déclarons, en faisant un mensonge, avoir entendu les battements du cœur; nous le réchauffons, nous le sinapisons et il revient à la vie. Or, pendant un quart d'heure ou vingt minutes, nous n'avions rien entendu.

Vous voyez qu'on est exposé à pratiquer l'opération sur une femme vivante et un médecin peut être accusé alors d'homicide par imprudence. L'enquête consiste à savoir si la femme était vivante ou morte, et, dans l'hypothèse où elle aurait été vivante, si c'est l'opération qui a bien déterminé sa mort. Si elle a été faite sur un cadavre, vous ne trouverez pas de sang ou à peine, au niveau de l'utérus; si la femme était vivante, vous trouverez au contraire les traces d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Quant au fait que l'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il ne prouve nullement que la femme fût morte. Tous les organes ne meurent pas en même temps et l'utérus est un de ceux qui résistent le plus longtemps.

Enfin on pourrait être poursuivi pour infraction aux lois sur les inhumations, qui ne veulent pas qu'on touche un cadavre avant qu'il se soit écoulé vingt-quatre heures après la mort. Évidemment, dans le cas qui nous occupe, on est forcé de les enfreindre. Du reste, j'ai même obtenu, à propos des dernières épidémies, que, lorsqu'un médecin traitant déclare qu'il y a intérêt à précipiter l'inhumation, on puisse le faire.

Encore une fois, quand une femme enceinte est sur le point de mourir, c'est dans sa conscience, encore plus que dans le code, que le médecin doit prendre une décision.

On a prétendu qu'il n'avait pas le droit d'agir, sans l'autorisation du père de l'enfant. Mais si celui-ci est absent, attendra-t-il indéfiniment qu'il arrive?

On a posé aussi une question à laquelle je ne me serais pas attendu. A-t-on le droit de pratiquer l'opération césarienne sur une fille qui s'est suicidée pour cacher sa grossesse et sauver son honneur, et de donner ainsi une preuve flagrante du déshonneur de cette fille? Je ne vois pas pourquoi on ne le ferait pas, mais d'ailleurs il faudrait supposer qu'un médecin se trouve présent au moment même du suicide, ce qui n'est pas très probable.

En France, il n'existe pas de loi qui oblige le médecin à pratiquer l'opération césarienne; il n'en est pas de même à l'étranger, notamment en Autriche. Il y a même eu une affaire à Vienne, à propos d'un médecin qui avait refusé de la pratiquer chez des cholériques. Or, certains médecins ont avancé à cette occasion que, dans le choléra, le fœtus était toujours mort avant la mère. J'ai des réserves très sérieuses à faire sur cette doctrine qui me semble trop absolue et je ne me crois pas du tout autorisé à accepter la formule des médecins de Vienne. Cependant il est vrai que les chances de l'opération sont douteuses dans la mort par cachexie et par empoisonnement ou dans les maladies infectieuses, telles que la phthisie, la variole, le choléra, etc.

Un médecin a fait campagne, il y a quelques années, pour faire remplacer l'opération césarienne par l'introduction de la main et la version. Mais cette manœuvre n'est possible que lorsque l'accouchement est commencé.

Je passe à un autre ordre de questions. Au point de vue de la grossesse et de la recherche de la maternité, on peut avoir deux sortes de faits à résoudre : le plus souvent, il y a eu suppression et dissimulation de part; ou bien, quelquefois, simulation de part.

Examinons d'abord cette question qui vous sera posée: « Telle femme est-elle récemment accouchée? » Voici dans quelles conditions se présente l'expertise. On a trouvé un fœtus et on cherche dans la localité quelle est la femme dont le ventre a diminué subitement. Ou bien, on a trouvé du sang dans les latrines et on dénonce telle ou telle femme que l'on soupçonne. Quelquefois, ce sont de simples commérages. Témoin un vieux médecin de la rue Monsieur-le-Prince, dont la cuisinière, âgée de cinquante-deux ans, était morte rapidement, et qui fut soupçonné, dans son quartier, d'avoir pratiqué un avortement. Or, cette femme, un peu alcoolique, avait succombé à une cirrhose avec ascite.

On vous questionnera très souvent, en assises, sur la quantité de sang perdu par les femmes en couches. D'après Lorain, qui a fait faire, par un de ses élèves, une thèse sur cette matière, basée sur l'observation de 300 femmes, la quantité varie de 30 à 300 grammes. Celle qui en a perdu le moins n'en a perdu que 28 grammes. Il est certain qu'il est facile à une femme de faire disparaître 30 grammes de sang. Mais Lorain se trouvait, dans un hôpital, dans des conditions un peu particulières et on peut dire qu'en général les femmes qui accouchent seules perdent plus de sang que les autres. Il faut marcher, il faut faire des efforts, si bien que, souvent, elles meurent d'hémorrhagie et il n'est pas rare que nous ayons à la fois, à la Morgue, le cadavre de la mère et celui de l'enfant.

J'arrive à l'examen direct de la femme. On doit d'abord s'enquérir s'il y a du lait dans les seins, mais je vous ai déjà dit que ce caractère n'avait pas une valeur absolue. Puis on recherche les vergetures de la paroi abdominale et la pigmentation de la ligne blanche. Ces signes peuvent manquer. J'ai vu une vivandière de la marine qui avait eu une douzaine d'enfants, — il y en avait un peu de toutes les couleurs, — et qui n'offrait aucune trace de vergetures. A côté de cela, il y a des femmes qui en ont sans même avoir eu d'enfants, parce qu'elles sont devenues maigres après avoir été grasses. Mais il y a une chose qui peut vous mettre à l'abri de l'erreur. Lorsqu'une fille est bien cambrée et que le sacrum fait saillie à l'intérieur du petit bassin, elle a eu forcément le ventre très distendu et elle doit avoir des vergetures, tandis qu'elle peut ne pas en avoir dans le cas contraire, l'enfant ayant pu se développer en arrière.

L'examen des organes génitaux est très important. Outre les contusions, érosions, déchirures de la vulve et du col de l'utérus, il est bien rare, surtout chez une fille qui accouche seule et sans précautions, que la fourchette n'ait pas cédé un peu. Notez si la déchirure est ancienne ou récente, sanguinolente, etc.

Remarquez la nature de l'écoulement. Pendant vingt-quatre heures, c'est du sang pur avec des caillots; vient ensuite une sérosité qui cesse vers le quatrième, cinquième ou sixième jour; le liquide devient alors blanc : ce sont les *lochies*, qui s'arrêtent entre le quinzième et le vingtième jour. Elles ont une odeur tout à fait particulière. La nature

de l'écoulement lochial vous permet donc de dire approximativement que l'accouchement remonte à une, deux, trois semaines.

Vous examinez aussi l'utérus. Après la délivrance, il est au-dessus du pubis, qu'il dépasse de 20 ou 22 centimètres. Onze jours après l'accouchement, il est au niveau du pubis. Il mesure, après l'expulsion du placenta, 11 centimètres de large. Du quinzième au vingtième jour après l'accouchement, le corps de l'utérus est reconstitué dans sa forme, mais il continue à revenir sur lui-même. Ce n'est que vers la cinquième ou sixième semaine qu'il a repris son volume normal. Aussi, si une femme déclare avoir accouché il y a six mois et que vous trouviez l'utérus un peu gros, il y a bien des présomptions pour que la date soit plus rapprochée. Malgré tout, il est souvent très difficile de se prononcer.

Quand l'examen a lieu après la mort, qui a été la suite de l'accouchement, vous pouvez vous trouver en présence de conditions capables de vous troubler. Elles sont différentes, au point de vue du retrait de l'utérus, lorsque la femme est morte subitement, en bonne santé, ou à la suite d'une maladie, par exemple d'une péritonite. Dans ce dernier cas, l'utérus reste flasque et mou.

A l'autopsie, on peut tirer parti des dimensions et du poids de l'utérus. Son poids, chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, est de 50 grammes ; tout de suite après l'accouchement, de 1.000 grammes, et six jours après, de 650 grammes.

Si on examine les muqueuses, on les trouve plus ou moins érodées. Mais un point important est la constatation de l'endroit où était implanté le placenta. Il offre une surface tomenteuse, mamelonnée, tandis que le reste des parois est lisse.

Vous pouvez trouver du pus dans l'intérieur des sinus. C'est parfois une question très délicate de décider si une femme est morte de la suppuration d'un kyste existant ou de manœuvres abortives.

Il semble qu'un signe précieux de la grossesse devrait être tiré du *corps jaune* qui persiste dans les ovaires pendant toute la durée de la grossesse et ne disparaît qu'un mois après l'accouchement. Malheureusement, ce signe n'est pas constant et son absence ne prouve rien.

Le diagnostic de l'accouchement ancien est certainement un des plus délicats, en médecine légale. Le signe le plus précieux est fourni par l'aspect du col de l'utérus, dont vous connaissez la description classique. L'ouverture est ordinairement circulaire et à lèvres lisses et arrondies, chez la nullipare ; elle est transversale, plus large et à lèvres rugueuses et découpées, chez la femme qui a accouché.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement antiseptique des maladies de l'appareil respiratoire et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

Par M. le docteur P. DURRANT.

La découverte du bacille de la tuberculose et des microbes de quelques autres affections pulmonaires a opéré une véritable révolution dans les idées admises jusqu'à ce jour sur la nature des affections du poumon et des bronches. Bien que cette révolution date à peine de quelques années, elle a été acceptée du premier coup presque sans contestation, tant elle répondait à un besoin réel ; nous n'insisterons donc point ici sur ses principales phases qui sont encore présentes à la mémoire de tous. L'erreur d'hier est devenue la vérité d'aujourd'hui. C'est ainsi que personne ne songe plus à douter que la phthisie ne soit contagieuse, inoculable et d'origine parasitaire, ce qui eût presque semblé monstrueux naguère encore. Pourquoi, par la même raison, ne serait-elle pas curable, puisque nous en connaissons exactement la nature, la cause et l'évolution? Car, à moins de rester stérile, toute révolution en médecine doit avoir pour corollaire un bouleversement en thérapeutique.

Or si la tuberculose pulmonaire est produite par un organisme microscopique opérant, sur les cellules vivantes, son travail de destruction, la première idée qui devait venir et qui vint à l'esprit des chercheurs fut de trouver un agent ou une série d'agents capables de contrebalancer l'action nocive du bacille. Sur ce point tous les auteurs sont d'accord : les divergences ne commencent à se produire que lorsqu'il s'agit de savoir si l'on doit attaquer le bacille dans le but de le détruire ou imprégner l'organisme de certaines substances qui le rendent réfractaire aux attaques du microbe. Il n'y a là d'ailleurs autre chose qu'une subtilité de théories ; car, quel que soit le principe sur lequel on se base, on aboutit toujours à l'emploi des mêmes médicaments, qui sont tous les antiseptiques usités jusqu'à ce jour en chirurgie, auxquels on a adjoint une série d'autres substances, choisies parmi les aromatiques et les balsamiques. C'est ce qui constitue le *traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire* et de plusieurs autres affections des voies respiratoires, telles que la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, la coqueluche, etc., ainsi que les complications pulmonaires d'un certain nombre de maladies parasitaires, telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, etc.

Cette antisepsie du poumon ne pouvait manquer de séduire au premier abord. Elle constituait une doctrine thérapeutique conforme aux nouvelles théories de la science; mais malheureusement son application pratique devait se heurter du premier coup à une difficulté presque insurmontable. Pour agir efficacement contre la cause connue du mal, il fallait lui opposer des antiseptiques à des doses telles qu'ils pouvaient avoir une action dangereuse sur les cellules de l'organisme. Il est fort probable que l'antisepsie pulmonaire n'aurait jamais atteint l'extension rapide qu'elle a prise depuis quelques mois, sans l'idée ingénieuse qu'a eue le docteur Albin Meunier (de Lyon), d'employer des véhicules qui permettent d'administrer les médicaments microbicides, non seulement sans danger pour l'économie, mais encore à des doses puissantes, rapidement et sûrement absorbées. Notre savant confrère a lu cette année, à l'Académie de médecine (1), le résultat de ses intéressantes recherches que le monde scientifique connaissait déjà en partie par les articles du *Lyon médical* et des journaux consacrés à la thérapeutique (2).

Cette antisepsie du poumon a déjà fait ses preuves. Bien que de date récente elle a donné à nos confrères et à nos maîtres qui l'ont expérimentée des résultats qui la rendent digne d'une étude que nous allons esquisser en quelques mots. Nous la dédions aux praticiens, à ceux qui croient que la médecine ne doit avoir d'autre but que de soulager et de guérir, et que la thérapeutique, selon l'heureuse expression de Forget, est vraiment « la pierre philosophale de la médecine ».

Les capsules antiseptiques du docteur Albin Meunier sont à base de phénol, d'eucalyptol, d'iodoforme, de créosote, de menthol, etc. Chaque série renferme ces médicaments soit seuls, soit combinés entre eux ; exemple : phénol iodoformé, eucalyptol phéniqué et iodoformé, etc. On les administre à la dose habituelle de une à trois capsules au milieu de chaque repas (il sera bon d'alterner l'usage de ces diverses espèces de capsules).

Ingéré sous cette forme, l'agent antiseptique est rapidement absorbé dans les voies digestives ; il se répand dans le torrent circulatoire et est éliminé à la surface des alvéoles pulmonaires. Il ne peut donc manquer, dans ce voyage à travers l'économie, d'agir

(1) Le 28 mars 1887.
(2) *Bull. de thérapeutique*, 15 janv. 1887; 30 janv. 1887; 28 fév. 1887.

puissamment contre l'agent infectieux. Telle est la théorie de cet ingénieux traitement des affections respiratoires d'origine parasitaire.

Les essences volatiles, ainsi que le prouvent de nombreuses expériences, ont une remarquable action dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. Leur rôle ne se borne pas à couper court à l'évolution bacillaire : elles modifient la nature des sécrétions, diminuent les quintes de toux et font disparaître l'oppression.

Il est un fait qui frappe tout d'abord les malades qui sont soumis au traitement par les essences antiseptiques, c'est la rapidité avec laquelle l'odeur du médicament se répand dans l'haleine, dans l'urine et dans la sueur. Il suffit souvent de quelques minutes pour observer ce phénomène. Il n'est pas de meilleure preuve, que ces capsules imprègnent rapidement l'organisme, et saturent pour ainsi dire le malade. C'est précisément cette saturation qui explique l'efficacité de cette méthode et qui rend compte des résultats sérieux, des améliorations constantes et des guérisons nombreuses qu'elle a déjà donnés.

Grâce au choix et à la pureté des essences et des produits employés, ce traitement ne produit ni irritation, ni fatigue de l'appareil digestif; on n'observe jamais aucun symptôme d'intolérance. Nous avons donc dans les mains une méthode rigoureusement scientifique d'une action énergique et absolument inoffensive pour le malade; grâce au respect de l'estomac, nous pourrons toujours lui associer les toniques et les reconstituants qui répareront les dégâts de la maladie pendant que les antiseptiques en anéantiront la cause. Sous l'influence de cette médication rationnelle, les malades augmentent de poids, les sueurs nocturnes et la diarrhée disparaissent, pendant que les phénomènes locaux diminuent et que les signes perçus par l'auscultation s'améliorent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

M. MARTY, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Méhu, où il était chargé de représenter l'Académie de Médecine.

LECTURES

L'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales. — M. ALBERT ROBIN a fait une série de recherches sur les modifications produites par l'antipyrine dans les diverses excrétions par lesquelles se traduit l'état de la nutrition générale. De ses analyses répétées d'urine chez des individus qui prenaient ce médicament, il déduit les conclusions suivantes :

1° L'antipyrine diminue l'élimination des matériaux solides, chez les sujets sains, en moyenne, de 16 p. 100 environ; 2° dans quelques cas aigus, son action, aux doses employées, ne domine pas assez l'état morbide pour imposer d'une manière certaine une variation constante dans le sens de la diminution. Néanmoins, dans la fièvre typhoïde, la diminution est plus marquée encore que dans l'état normal; 3° dans les états chroniques, la diminution est constante et atteint des chiffres beaucoup plus élevés que chez les sujets sains; 4° c'est dans les cas où la maladie chronique compromet le plus la nutrition, comme dans le cancer de l'intestin, que l'antipyrine agit sur les matériaux solides de la matière la plus restrictive; 5° pendant les jours qui suivent l'administration de l'antipyrine, l'élimination des matériaux solides ne dépasse qu'une fois sur cinq son chiffre initial; 6° l'antipyrine diminue l'urée d'une manière constante, qu'il s'agisse de sujets sains ou atteints d'affections aiguës et chroniques; cette diminution persiste encore, quoique à un moindre degré, pendant un certain temps après l'action du médicament; 7° elle abaisse aussi l'azote de l'urée, ce qui correspond à une diminution du coefficient d'oxydation ou, en d'autres termes, à une augmentation de l'azote, incomplètement oxydé ou utilisé; 8° cette action, en quelque sorte inhibitoire, se prolonge encore un peu quand on cesse l'emploi de l'antipyrine.

M. Robin, après avoir exposé également les résultats de ses recherches sur les autres éléments de l'urine, résume ainsi tout cet ensemble :

1° L'antipyrine diminue la quantité de l'urine, les matériaux solides, l'urée, l'azote total, les chlorures, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique des sulfates, l'acide sulfurique conjugué.

2° Elle augmente l'acide urique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote de l'urée, le phosphore incomplètement oxydé et ses divers rapports, le soufre incomplètement oxydé et la potasse.

Partant de là, M. Robin s'engage dans une savante analyse physiologique et, comparant l'antipyrine avec les divers anesthésiques qui, de même, augmentent le phosphore incomplètement oxydé et ses rapports, tout en diminuant comme elle la désintégration générale et les oxydations, il conclut de cette étude :

1° Que la diminution de l'excitabilité nerveuse s'accompagne d'une augmentation du phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports, augmentation qui peut être considérée comme la *lésion chimique* de la dépression nerveuse;

2° Que les médicaments modérateurs de l'excitabilité nerveuse ont pour conséquence de leur activité une modification de nutrition qui se traduit aussi par un accroissement du phosphore incomplètement oxydé;

3° Que l'antipyrine, qui peut, au même titre que plusieurs autres analgésiques, produire cette modification nutritive et calmer en même temps la douleur, doit être considérée, avant tout, comme un modérateur de l'activité nerveuse.

En résumé, l'action exercée sur les échanges par l'antipyrine lui fait reconnaître trois propriétés principales :

1° En premier lieu, elle agit directement sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en agissant sur sa nutrition élémentaire;

2° Elle diminue la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques, d'où la production d'un excès d'urée, d'acide urique et de matériaux extractifs azotés qui, comme on sait, sont moins solubles et plus difficilement éliminables que l'urée. Il est probable que cette influence sur la nutrition générale dépend immédiatement des effets de l'antipyrine sur le système nerveux, car les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse agissent presque tous dans le même sens.

3° L'antipyrine possède encore, comme propriété particulière, un pouvoir antiseptique assez marqué, même à dose faible, et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme — et sans dommage pour lui — que dans les expériences de laboratoire.

Telles sont les données dont M. Robin fait découler toutes les conséquences relatives à l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique.

Utile contre la douleur, elle l'est peu contre la fièvre. Le nom d'*analgésine* serait donc avantageusement substitué à celui d'antipyrine.

Elle a dans la fièvre typhoïde les inconvénients de toutes les substances qui, diminuant les oxydations, facilitent ainsi la production de produits peu solubles, peu éliminables et souvent toxiques. Elle diminue d'ailleurs l'excitabilité du système nerveux qui règle les échanges : et à tous ces titres elle doit être supprimée dans le traitement des pyrexies.

Mais quand il faudrait diminuer les oxydations organiques, dans la phthisie, l'azoturie, elle trouvera de fréquentes applications.

Son action antiseptique pourra aussi être souvent utilisée puisqu'elle se manifeste à doses faibles et partant peu nocives.

DISCUSSION

M. VERNEUIL vient d'observer deux faits qui montrent, suivant lui, l'efficacité de l'antipyrine comme antiseptique. Chez un malade épuisé depuis longtemps par une affection suppurante de l'articulation scapulo-humérale, il se décida à pratiquer la résection de l'épaule. Mais l'état général resta des plus mauvais. La température s'élevait presque à 40 degrés, généralement au-dessus de 39. Cette fièvre hectique se rattachait évidemment à une septicémie.

Or, cet homme, presque mourant, ne pouvait supporter aucun des médicaments employés en pareils cas, tant son estomac fonctionnait mal. Dans ces conditions, M. Verneuil eut recours à l'antipyrine, administrée deux fois par jour, à la dose de 2 grammes chaque fois, en lavement. En deux jours, la température redevint normale. Elle ne varie plus actuellement qu'entre 37 degrés et 37°5. L'espoir est revenu, on peut maintenant compter sur la guérison de ce malade, qu'on considérait auparavant comme en dehors de toute ressource. Chez une femme atteinte d'un phlegmon de la fosse iliaque, à la suite de manipulations maladroites sur un anthrax, l'antipyrine a fait obtenir des résultats semblables, mais moins complets. La fièvre hectique, qui s'était déclarée chez elle et qui paraissait indépendante de la sécrétion de l'abcès (sécrétion dépourvue de toute mauvaise odeur, etc.), a cédé complètement après deux jours d'emploi de l'antipyrine, à la même dose et sous la même forme. Mais l'état général reste toujours mauvais, et la situation est toujours grave.

M. Verneuil rappelle que M. Vincent (de Lyon) a employé l'antipyrine avec succès contre l'érysipèle chirurgical. C'est donc un bon antiseptique.

M. ROBIN voit dans ces faits la confirmation d'une des conclusions de son mémoire.

LECTURE

La pelade et l'école. — M. OLLIVIER, s'appuyant sur de nouvelles observations, reprend le développement de la thèse déjà soutenue par lui relativement à la *non-contagion* de la pelade.

Il demande à l'Académie de mettre à l'ordre du jour une discussion sur cette question d'hygiène et de prophylaxie.

DISCUSSION

M. HARDY demande la parole sur ce sujet pour la prochaine séance. Il est absolument convaincu de la contagion de la pelade. C'est sur un rapport fait par lui conjointement avec feu Hillairet, qu'ont été prises les mesures prophylactiques incriminées aujourd'hui par M. Ollivier.

M. CORNIL fait remarquer qu'on n'a pas pu encore découvrir l'agent de la contagion de la pelade. Aujourd'hui on ne connaît pas de champignon ou de micro-organisme qui soit propre à cette maladie. On avait d'abord cru trouver un élément figuré assez gros comme en étant la caractéristique ; mais cet élément figuré existe sur presque toutes les têtes, du moins sur toutes celles qui présentent les pellicules du pityriasis alba. — Depuis, on a décrit des éléments très petits, mais l'existence n'en est pas prouvée. Étant donc donnée la difficulté d'interprétation des faits cliniques, il serait peut-être plus prudent de ne pas se prononcer encore pour la contagion de la pelade.

M. HARDY. Je demanderai à M. Cornil s'il a vu souvent le parasite de la rougeole et de la scarlatine, maladies essentiellement contagieuses.

M. CORNIL. Il est vrai qu'on ne les a pas vus ; mais personne ne doute que ces maladies soient contagieuses.

M. HARDY. Tandis que pour la pelade vous en doutez?

M. CORNIL. Oui.

M. HARDY. Eh bien! alors, suivez le conseil du proverbe « Dans le doute abstiens-toi! » et n'exposez pas, dans les classes, les enfants sains à être contagionnés par leurs camarades.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

M. CORNIL présente la tumeur que M. Terrillon a extraite sur une malade dont il a déjà été question et qui, atteinte d'une salpingite chronique hémorrhagique à répétitions, avait subi, à plusieurs reprises, une ponction, destinée à vider sa tumeur pleine de sang à l'occasion de chaque époque menstruelle. Cette tumeur, de 12 centimètres de longueur, est lisse à sa surface, recouverte par le péritoine, composée d'une paroi assez épaisse, de nature fibreuse, et tapissée à son extérieur d'une muqueuse hérissée de villosités et végétations visibles à l'œil nu.

Cette cavité est bien la cavité de la trompe : et l'examen histologique a contribué à le prouver. La structure de la muqueuse, avec ses saillies tapissées d'épithélium cylindrique, la paroi contenant des faisceaux de muscles lisses, le démontrait.

Les anastomoses en arcades des villosités reproduisent ce qu'on observe dans les salpingites chroniques.

De grosses végétatures, devenues fibreuses, résultent de l'union d'un certain nombre de végétatures contiguës, qui se sont soudées, tout en laissant entre elles des interstices tapissés de cellules cylindriques qui simulent des glandes en tubes.

La forme, la grosseur de ces végétations saillantes, la dilatation de la trompe et l'épaississement de sa paroi rendent cette observation tout à fait exceptionnelle.

La malade va aujourd'hui aussi bien que possible.

COMMUNICATION

Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement qui leur convient. — M. PANAS résume d'abord les notions scientifiques auxquelles ont conduit les recherches, faites surtout dans ces dernières années et surtout en Norvège, sur les manifestations oculaires de la lèpre. Les yeux peuvent être affectés dans les deux formes de cette maladie, dans la forme anesthésique, comme dans la forme tuberculeuse ; mais c'est dans celle-ci qu'ils le sont le plus profondément. Après avoir passé en revue les divers sièges que la maladie peut occuper dans l'œil et les divers genres de lésion qu'elle y peut produire, M. Panas s'attache à démontrer que certaines de ces manifestations de la lèpre, qui ne sont susceptibles d'aucun traitement médical, peuvent, au contraire, être l'objet d'un traitement chirurgical utile.

Il cite les observations de deux lépreux récemment opérés par lui, et qui, l'un et l'autre, présentaient des nodules péricornéens. Ils ont pu être excisés avec un résultat pleinement satisfaisant. Chez l'un des deux le néoplasme pénétrait profondément, et il fallut répéter deux fois la résection pour l'extraire entièrement. Mais les progrès de la maladie sont définitivement arrêtés et l'œil est sauvé.

M. Panas conseille donc, en cas pareil, une excision faite aussi profondément que possible. Peut-être même pourrait-on, au besoin, comme l'a fait tout dernièrement un confrère italien, compléter la destruction de la tumeur à l'aide du cautère actuel.

S'il existe en même temps sur l'iris un nodule lépreux isolé, on l'enlèvera par l'iridectomie, opération qui est également indiquée quand il reste de la cornée une partie transparente, et quand des adhérences gênent la vision.

Il est rare que l'opération de la cataracte soit motivée par la lèpre, car le plus souvent alors la maladie s'est généralisée dans l'œil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

Cancer du larynx. — M. MONOD présente, tant en son nom qu'au nom de M. Ruault, médecin adjoint de l'Institution des sourds-muets, un larynx atteint de cancer, ou plutôt d'épithélioma, limité à la corde vocale inférieure du côté droit, ainsi que la photographie de la pièce fraîche et des préparations histologiques établissant la nature de la lésion.

Une tumeur, grosse comme la moitié d'une noisette, s'était développée sur la partie ligamenteuse de la corde vocale inférieure droite, sans intéresser en aucune manière le muscle thyro-aryténoïdien interne sous-jacent. Elle avait mis dix mois à se développer et avait depuis cinq mois produit une aphonie complète. Reconnue par un examen laryngoscopique, elle avait été aussitôt jugée de mauvaise nature, et son ablation avait été décidée. On avait résolu de faire une double opération ; d'abord une trachéotomie, pratiquée le plus bas possible ; puis, une douzaine de jours après, quand le malade serait habitué au port de la canule à tampon de Trendelenbourg, une ablation, aussi complète que possible, de la tumeur.

Après quelques retards, dus à diverses causes, le malade, entré à Saint-Antoine, subit la trachéotomie le 15 novembre. Malheureusement, la partie du corps thyroïde sur laquelle on tomba, se trouvait complètement calcifiée ; après des efforts inutiles, qui

amenèrent une hémorrhagie notable, on fut obligé de découvrir la trachée plus haut, et de l'ouvrir immédiatement au-dessous du cricoïde. L'écoulement sanguin fourni par les veines thyroïdiennes ouvertes était tel qu'on ne put empêcher la pénétration d'une certaine quantité de sang dans les bronches.

Deux jours après, le malade mourait, asphyxié par une pneumonie suraiguë, qui s'était développée le soir du second jour, et l'avait tué en quelques heures.

L'autopsie prouva que l'ablation radicale de la tumeur, suivant le plan arrêté d'abord, aurait été facile. L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Cornil et M. Gombaud, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé, corné, renfermant de nombreux globes épidermiques isolés.

M. Monod conclut de cette observation, rapprochée de plusieurs autres :

A. Que, dans un cas analogue, une opération, semblable à celle qui avait été projetée, *peut* réussir et amener la guérison sans récidive *locale*, aussi bien que l'ablation d'un cancroïde de la lèvre par exemple ;

B. Qu'en tout cas cette opération assurerait au malade une survie supérieure à celle qu'on obtiendrait en abandonnant la lésion à elle-même ou en se contentant de la trachéotomie ;

C. Que la trachéotomie seule ne pourrait être préconisée comme une méthode de traitement du cancer laryngé ;

D. Que la question, si controversée, de l'opportunité de la laryngotomie se réduit à ceci : porter un diagnostic exact et le porter de bonne heure.

Au point de vue pratique, M. Monod formule les conseils suivants :

1° Aussitôt la lésion soupçonnée, prévenir le malade que son affection peut être très grave, afin de l'obliger à ne pas se laisser perdre de vue.

2° Aussitôt que la lésion devient probable, essayer le traitement antisyphilitique, s'il y a lieu, mais ne pas le prolonger trop longtemps, s'il ne produit pas d'amélioration et si, au contraire, la lésion continue à progresser.

3° Trachéotomiser le malade, l'habituer au port de la canule à tampon, puis enlever avec une pince coupante un fragment du tissu morbide destiné à l'examen histologique.

4° Ne pas attacher trop d'importance à cet examen et, même si les résultats en sont douteux, opérer sans plus tarder : pratiquer, si l'extraction de la tumeur rend la chose nécessaire, une laryngotomie partielle.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

26. M. Thierry. La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte. — 27. M. Leflaive. Rhino-bronchite annuelle. — 28. M. Aubry. La contagion du meurtre (étude d'anthropologie criminelle). — 29. M. Rousselin. Des corps mobiles articulaires. — 30. M. Dabex. De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose. — 31. M. Magage. Le sympathique des oiseaux. — 32. M. Hoffmann. Contribution à l'étude de l'othématome. — 33. M. Ygnatoff. L'antipyrine dans les douleurs cardiaques. — 34. M. Para. De l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 35. M. Mourret. Contribution à l'étude de la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 novembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Frémont, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878 : Malaval, de Bourilhon et Blanche.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Devin, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 3 décembre 1887, M. Chupin, médecin-major de deuxième classe au 8e chasseurs à cheval, a été désigné pour le 114e d'infanterie, par permutation avec M. Février.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, et conformément à la décision prise par le Conseil des Facultés, les cours vaqueront à l'occasion des fêtes du Jour de l'an, du jeudi matin 29 décembre 1887, au mercredi soir 4 janvier 1888 et reprendront le jeudi 5 janvier.

— La séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu, cette année, le lundi 26 décembre à une heure.

— La date d'ouverture de la prochaine session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit avoir lieu à Oran, sous la présidence de M. Laussedat, est définitivement fixée au jeudi 29 mars 1888.

En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce Congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le conseil d'administration a décidé que seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887, seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du Congrès d'Oran.

Les membres de l'Association qui seraient dans l'intention d'assister audit Congrès, sont priés de se faire inscrire le plus rapidement possible. Il va sans dire que cette indication ne constitue de leur part aucun engagement ferme.

— Dans sa dernière séance, la Société d'Anthropologie de Paris a décidé de décerner le prix Godard, d'une valeur de cinq cents francs, à M. le docteur Maurel, médecin principal de la marine, pour ses *Recherches anthropologiques sur le Cambodge*, et un rappel de médaille de bronze à M. le docteur Atgier, médecin-major, pour un travail sur la *Géographie médicale du Morbihan*.

— M. le professeur Armand Gautier a commencé le cours de chimie biologique le mardi 6 décembre 1887, à une heure de l'après-midi ; il le continuera les mardis suivants à la même heure dans le grand amphithéâtre. Il traitera des principes constitutifs des êtres vivants et de la nutrition générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par M. Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté

de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Montyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine de Paris (prix Chateauvillard, 15 janvier 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 975 pages, avec 130 figures et une planche en chromolithographie. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Hygiène de l'enfance. *Conseils aux mères sur la manière d'élever leurs enfants, surmenage scolaire et ses conséquences*, par T. Cruard, médecin-inspecteur des écoles et des enfants du premier âge, délégué cantonal. Un volume in-18 de 120 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22030

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en tra... Paris. — L'abonnement part du 1er de cha...

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Les névropathies réflexes d'origine nasale.

Par M. le docteur Albert RUAULT,
Médecin-adjoint de l'Institution nationale des Sourds-Muets, chargé du service de la Clinique laryngologique.

I

L'existence de phénomènes névropathiques, provoqués par une irritation ou une lésion temporaire ou permanente de la muqueuse nasale, est chose connue de longue date. L'un des médecins contemporains qui se sont le plus occupés de cette question, J.-N. Mackenzie (de Baltimore), a montré récemment, dans un mémoire lu à l'Association de laryngologie américaine, que la connaissance de ces phénomènes remonte aux premiers âges de la médecine, et que les médecins de notre temps, en étudiant avec le soin qu'il mérite cet intéressant chapitre de pathologie, n'ont guère fait que rajeunir des opinions déjà longuement exposées dans les vieux livres. *Nullum est jam dictum*, dit Térence, *quod non dictum sit prius*. Ceci n'est pas pour diminuer le mérite des auteurs contemporains, qui ont appliqué à ces recherches la précision que permettent les nouvelles méthodes d'exploration, et ont, selon toute évidence, retrouvé des faits oubliés depuis longtemps, grâce à leur talent d'observation clinique, et non pas en fouillant les rayons abandonnés des bibliothèques. Aussi passerai-je ici sous silence les travaux des anciens auteurs, renvoyant les lecteurs désireux de s'instruire sur ce point au mémoire de J.-N. Mackenzie.

De nos jours, c'est notre Trousseau qui eut le mérite d'insister sur les relations qui unissent le coryza à l'asthme bronchique, et de soulever ainsi la vieille question oubliée des réflexes nasaux pathologiques. Il affirma nettement l'influence de certaines poussières, de certaines odeurs, sur la production de l'accès d'asthme, et cita des cas qu'il avait recueillis avec d'autant plus d'intérêt que lui-même était asthmatique, et que ses accès d'asthme éclataient invariablement lorsqu'il s'exposait, soit à la poussière d'avoine, soit à l'odeur des violettes. Mais il faut cependant se garder de prêter à Trousseau des idées qu'il n'avait pas, et de lui faire dire plus qu'il n'a dit effectivement : le grand clinicien n'avait fait qu'entrevoir la relation qui existe souvent entre l'asthme et le coryza, il avait vu que les asthmatiques sont fréquemment sujets à des poussées de coryza spécial (*hay-fever*), et pensait que ce coryza peut être l'expression de l'asthme ; mais il ignorait que ces deux symptômes, asthme et *hay-fever*, peuvent n'être que des conséquences différentes d'une même cause, c'est-à-dire d'une altération pathologique de la muqueuse du nez. De même, s'il savait qu'une impression olfactive peut déterminer un accès d'asthme, il ignorait que les poussières arrivassent au même résultat en irritant la muqueuse nasale, et croyait qu'elles ne produisaient l'accès que par leur action sur la muqueuse bronchique.

Quelque temps après que Trousseau eût publié ses cliniques, un médecin américain, Elsberg (de New-York), annonça que les affections de la cavité naso-pharyngienne, surtout celles où la muqueuse est tuméfiée et congestionnée, peuvent s'accompagner de perte de la mémoire, de dépression et d'autres phénomènes nerveux. En 1863, il observa un cas de chorée grave, qu'il guérit en traitant avec succès une affection du nez, dont paraissait dès lors dépendre la maladie nerveuse. Les affirmations d'Elsberg ne furent point accueillies avec faveur ; on ne crut pas qu'il pût y avoir une relation de cause à effet entre une affection locale du nez et une névrose comme la chorée. Cependant, à cette époque, l'étude de la curieuse maladie connue sous le nom de fièvre des foins, asthme des foins (*hay-fever*, *hay asthma*), faite surtout en Angleterre et en Amérique, où l'affection est infiniment plus commune qu'ailleurs, avait déjà montré qu'une irritation légère de la muqueuse du nez pouvait produire une véritable maladie. On savait que, chez les gens prédisposés, la pénétration dans le nez du pollen de certaines plantes est capable de déterminer des troubles divers, vaso-moteurs, sécrétoires ou respiratoires : éternûments, larmoiement, rhinorrhée, asthme, etc., survenant par accès dès que le malade s'expose aux effets des plantes nocives. Ici l'apparition des phénomènes névropathiques réflexes suit immédiatement l'exposition aux causes déterminantes, elle peut être provoquée presque à volonté, ainsi que l'a montré plus tard Blackley : il s'agit de véritables faits expérimentaux.

D'ailleurs les physiologistes, par l'expérimentation sur les animaux, ont pu reproduire des phénomènes de même ordre. Il y a plus de quarante ans, M. Brown-Séquard montrait qu'en plongeant brusquement le nez d'un lapin dans

l'eau froide, on arrête son cœur en même temps que sa respiration. Beaucoup plus tard, ces phénomènes ont de nouveau été étudiés par différents auteurs, parmi lesquels il convient surtout de citer Kratschmer et M. François-Franck. Ces travaux ont montré qu'une irritation thermique, mécanique ou chimique des fosses nasales peut produire, par voie réflexe, un rétrécissement des narines, un arrêt respiratoire en expiration, l'arrêt momentané du cœur et ensuite le ralentissement des pulsations. Dans tous ces faits, il s'agit de réflexes ayant leur point de départ dans les branches nasales du trijumeau, mais des phénomènes analogues peuvent être produits également par l'excitation du nerf olfactif, d'après Gourewitsch et Luchsinger, qui auraient provoqué de cette façon des névroses respiratoires réflexes. Toutes ces expériences ne sont d'ailleurs que la confirmation de cette loi plus générale, formulée par J. Müller, que les nerfs de l'appareil respiratoire peuvent être influencés par une cause siégeant dans un point quelconque du corps recouvert d'une muqueuse.

Les recherches cliniques précises sur les névroses réflexes d'origine nasale commencèrent il y a seize ans. En 1871, Voltolini (de Breslau) relata les observations de plusieurs malades atteints de polypes muqueux du nez qui souffraient d'attaques violentes d'asthme nocturne, et qui furent guéris de leur asthme par l'ablation des polypes. Il n'hésita pas à incriminer les polypes comme cause de l'asthme dans ces cas. Cette supposition, très vraisemblable, fut confirmée trois ans après par une observation du même auteur rapportée par Hœnisch : une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de polypes du nez et d'asthme, fut guérie de l'asthme par l'ablation des polypes; la récidive des polypes fut suivie de la récidive de l'asthme, et on put observer à plusieurs reprises l'apparition de l'asthme coïncidant avec celle des polypes, et sa disparition suivant leur ablation. Dans ce cas, et dans un autre encore, Hœnisch put s'assurer qu'il s'agissait bien d'asthme vrai : il nota que l'accès se montrait un peu après le réveil, et put observer le caractère typique de la dyspnée, l'augmentation de volume du poumon et le spasme du diaphragme, la terminaison de l'accès marquée par l'expectoration caractéristique. Depuis lors, les cas analogues se multiplièrent : B. Fränkel, Hartmann, Schäffer et d'autres publièrent en Allemagne d'assez nombreuses observations analogues, tandis qu'aux États-Unis Porter, Daly et Mulhall citaient également plusieurs cas d'asthme causés par les polypes nasaux. En France, on ne trouvait dans les auteurs, sur ce point de pathologie, qu'un passage du professeur Duplay, qui, parlant des malades atteints de polypes muqueux du nez, dans le dernier fascicule du tome III de son *Traité de pathologie externe*, dit : « Plusieurs même deviennent sujets à des accès d'asthme. » En 1882, M. Joal (du Mont-Dore) vint heureusement combler cette lacune en publiant, dans les *Archives générales de médecine*, un important mémoire basé sur dix observations, qui est le premier travail d'ensemble paru sur la question.

Jusque-là, l'attention se portait uniquement sur les rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez. On savait que les polypes peuvent causer l'asthme, mais on était loin de s'entendre sur le mécanisme de l'apparition de ces accès asthmatiques. Quelques-uns des auteurs qui les premiers avaient parlé de l'asthme nasal s'étaient demandé si ces accidents n'étaient point des phénomènes réflexes, mais d'autres les attribuaient plutôt à l'imperméabilité nasale qui, par la gêne respiratoire qu'elle entraîne, aurait fini par provoquer des lésions pulmonaires. D'autres enfin attribuèrent les accidents asthmatiques à l'insuffisance respiratoire, mais en invoquant l'excès d'acide carbonique dans le sang, conséquence du ralentissement des phénomènes chimiques de l'hématose. La nature réflexe de l'asthme nasal ne fit bientôt plus de doute : les travaux de Hack (de Fribourg-en-Brisgau), de J.-N. Mackenzie (de Baltimore), de Sommerbrodt (de Breslau), la démontrèrent, tout en élargissant singulièrement la question. On reconnut, d'une part, que l'imperméabilité nasale est loin d'être une condition nécessaire à l'apparition de l'asthme nasal, puisque ce sont surtout des polypes mobiles et de petite dimension qui le produisent; on vit aussi que les polypes pouvaient produire d'autres névropathies que l'asthme; et d'autre part on constata que non seulement l'asthme, mais les phénomènes nerveux les plus divers, tels que la migraine, la névralgie faciale, la toux, etc., pouvaient être sous la dépendance de bien d'autres affections nasales que les polypes muqueux. Comme, dans un grand nombre de cas où les phénomènes nerveux coïncidaient avec une lésion nasale, la guérison de cette dernière amena celle des premiers, la relation de cause à effet fut démontrée. Hack insista particulièrement sur ce fait, que des troubles circulatoires intermittents de la muqueuse, produits eux-mêmes par action réflexe et causés par une irritation directe ou indirecte, peuvent à leur tour déterminer des troubles nerveux. Depuis les dernières publications de Hack, les travaux sont devenus de plus en plus nombreux ; la question a été discutée un grand nombre de fois dans les sociétés savantes d'Europe et d'Amérique, et la multiplicité des documents ne contribue pas peu à augmenter la difficulté qu'on éprouve aujourd'hui à exposer l'état de la question. Il suffira de citer ici les publications de B. Fränkel, Hopmann, Ziem, Hunter, Mackenzie, Héring, Lublinski à l'étranger, et celles de Cartaz, Joal, Brebion, Rougier en France. L'accord est encore loin d'exister entre les différents auteurs sur tous les points de la question ; mais aujourd'hui tous les médecins qui, sans parti pris d'aucune sorte, se sont donné la peine de l'étudier, s'entendent pour affirmer que, dans beaucoup de cas, des accidents nerveux divers, souvent très pénibles, rebelles aux médications usitées d'ordinaire, peuvent avoir pour cause déterminante une lésion nasale, toujours permanente suivant les uns, soit permanente, soit intermittente suivant les autres, et guérir dès que la lésion nasale a disparu.

II

Les névropathies qui peuvent avoir une lésion nasale pour cause déterminante sont très nombreuses. Nous ne pouvons, dans cette étude nécessairement restreinte, que passer en revue ces diverses névropathies, noter leur fréquence et indiquer rapidement les auteurs qui les ont surtout observées.

Parmi elles, il en est qui ne sont dues qu'à l'exagération des réactions normales des nerfs sensibles des fosses nasales : l'éternûment, l'occlusion spasmodique de la glotte, et enfin la toux ne sont en effet que des actes de défense naturels, que l'irritation des fosses nasales, par un corps étranger par exemple, détermine par voie réflexe.

Dans son cours du Collège de France, M. François-Franck, étudiant dernièrement la sensibilité de l'appareil respiratoire et les réactions normales et pathologiques qui en dérivent, a insisté sur ce rôle protecteur des fosses nasales vis-à-vis des parties plus profondes des voies aériennes ; le

nez est une véritable sentinelle respiratoire. Si l'irritation persiste malgré les actes de défense que nous venons d'indiquer, il se produit des phénomènes congestifs et sécrétoires qui réalisent en partie le tableau de la fièvre des foins. L'origine naturelle de l'éternûment étant l'irritation nasale, et cette irritation pouvant évidemment produire aussi le spasme glottique, la toux, et les phénomènes du *hay-fever*, c'est par ces névropathies que nous devons commencer notre énumération.

Les *accès d'éternûments* spasmodiques liés aux lésions nasales ont été notés par un grand nombre d'auteurs. Depuis longtemps on les a indiqués, dans les livres classiques, comme un symptôme fréquent des polypes. La rhinite hypertrophique les provoque souvent. Hack a cité un certain nombre de cas de guérison. Sur 8 cas traités, Sommerbrodt a obtenu 6 guérisons complètes et 2 améliorations. Schäffer en a traité 7 cas avec succès. En même temps il existait une rhinorrhée abondante. Depuis lors, Cartaz, Schmiegelow, Bobone et d'autres ont publié d'intéressantes observations.

Le *spasme glottique* d'origine nasale peut affecter deux formes différentes. Tantôt il s'agit de spasme glottique par accès, survenant principalement la nuit, et s'arrêtant après un temps variable d'angoisse respiratoire. Tels sont les cas cités par Hack, Hoffmann, Hering, qui ont guéri leurs malades. Tantôt il s'agit d'aphonie spasmodique (*aphonia spastica* de Traube); la respiration est facile, mais quand le malade veut parler, les cordes vocales se rapprochent spasmodiquement, et ce rapprochement est assez complet pour qu'elles ne puissent vibrer. On peut souvent alors, au laryngoscope, constater un véritable entrecroisement des aryténoïdes. (Brebion, Hering, Sommerbrodt, Rumbold, Przedborski.)

La *toux nasale*, survenant par accès et revenant souvent périodiquement au même moment de la journée, est assez commune. Elle a été bien étudiée par J.-N. Mackenzie (7 cas); Hack, Sommerbrodt (6 cas); E. Fränkel (8 cas), etc. Souvent les accès de toux sont précédés d'accès d'éternûments. D'ailleurs, nous pouvons dès à présent noter que les névropathies d'origine nasale sont rarement isolées. Elles sont d'ordinaire associées au nombre de deux ou trois.

La *fièvre des foins* est actuellement considérée par un grand nombre de médecins d'Europe et surtout d'Amérique, où la maladie est très commune, comme une névrose réflexe d'origine nasale, due tantôt à des lésions de la muqueuse, tantôt à l'hyperesthésie de cette membrane. Hack, Roe, Sajous, Daly, Beverley-Robinson, E. Fränkel, etc., ont obtenu de nombreux succès du traitement local.

Ce ne sont pas là, nous l'avons vu, les seules névroses respiratoires à signaler. Sommerbrodt a décrit une *névrose vaso-dilatatrice de la muqueuse bronchique* simulant la bronchite chronique, qui, depuis lors, a été observée par d'autres auteurs. Sur 20 cas, Sommerbrodt a obtenu 13 guérisons et 7 améliorations.

Nous ne reviendrons pas sur l'*asthme*, dont nous avons déjà parlé. Les obvervations se sont beaucoup multipliées. Qu'il s'agisse d'asthme vulgaire ou de la forme asthmatique de la fièvre des foins, l'asthme d'origine nasale ne diffère pas de celui qui est dû à une autre origine: on retrouve dans les crachats les cylindres de Curschmann et les cristaux de Charcot-Leyden.

Les *paresthésies du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage*, ainsi que l'*hyperesthésie pharyngienne et laryngienne*, peuvent être d'origine nasale et d'ordre réflexe (Sommerbrodt, E. Fränkel, Heymann). Hack a observé des *gastralgies* et des *dyspepsies* auxquelles il a attribué la même origine. M. Joal (communication orale) a observé deux cas d'*œsophagisme* d'origine nasale suivis de guérison.

Les *palpitations cardiaques* ont pu être guéries par Küpper et par Hack.

La *tuméfaction* et la *rougeur* passagères d'abord, puis permanentes, *de la peau du nez* et de la partie de la joue contiguë, ont été signalées par Hack, qui a également noté qu'on pouvait observer consécutivement à ces congestions répétées, des *lésions cutanées* (acné, etc.). Schäffer en a rapporté 16 cas; E. Fränkel, Schmiegelow, etc. en ont publié quelques observations.

Les *œdèmes passagers et circonscrits* de diverses régions ont été notés par Hack, Schäffer, E. Fränkel. Fénikowy a rapporté un cas d'*urticaire* coïncidant avec des accès d'asthme. Les deux maladies ont guéri en même temps que l'affection du nez.

La *salivation* a été vue par Hack et E. Fränkel. Hack a vu aussi disparaître, par un traitement intra-nasal, des *sueurs unilatérales des extrémités*.

L'*incontinence d'urine* a été observée deux fois par Ziem. Cet auteur n'en fait pas un accident réflexe, et l'attribue à la surcharge du sang en acide carbonique, due à l'imperméabilité nasale dont souffraient ses deux malades. Mulhall a vu la *dysurie* guérir en même temps que l'asthme par l'ablation de polypes nasaux.

On a observé un grand nombre de névroses douloureuses: les *névralgies des deux premières branches du trijumeau* (Hack, Sommerbrodt, Schäffer, Schmiegelow); l'*odontalgie* (Heymann); les *douleurs entre les deux épaules* (Schäffer), et ailleurs; l'*otalgie* avec ou sans bourdonnements (Stucky); les *bourdonnements d'oreilles* sans otalgie (Schech).

La *céphalalgie persistante*, avec sensation de pression sourde et de douleur frontale, a été signalée par Hack. Schäffer en a vu 21 cas. Meyer l'a signalée comme un symptôme fréquent des végétations adénoïdes du pharynx nasal.

La *migraine* est fréquemment d'origine nasale. Hack en a observé 240 cas; Sommerbrodt, sur 14 cas, a obtenu 8 guérisons; Schäffer, Ziem et d'autres ont également observé des migraines nasales.

Les troubles oculaires réflexes qui ont été notés sont le *scotome vacillant* (mouches volantes) (Hack, Schäffer), la *névralgie ciliaire*, la *photophobie*, le *larmoiement* (Hack).

La *perte de la mémoire* et la *dépression mentale* ont été guéries par Elsberg et Hack; l'*hypochondrie* par Schäffer et aussi par Joal (mémoire inédit).

Hack a observé souvent le *cauchemar*, précédant ou remplaçant les attaques d'asthme.

Les *vertiges* ont été signalés par Hack, Schäffer, B. Fränkel, Joal.

B. Fränkel a guéri un *tic de la face* datant de quatre ans.

Hack a cité le cas d'un militaire atteint d'*agoraphobie*, et qui a guéri; il n'affirme nullement d'ailleurs que cette névrose ait été causée par la lésion du nez. Le même auteur a rapporté un cas remarquable de guérison de *goître exophthalmique*. Avant lui, Hopmann avait publié une observation analogue.

Quelques-unes des névropathies que nous venons de passer en revue sont rarement en rapport avec une affection nasale, et peut-être les cas cités sont-ils exceptionnels; d'autres, au contraire, sont assez souvent liées à des lésions du nez. Quant à nous, nous avons observé (avec guérison

ou amélioration suivant les cas) les accès d'éternûments, la toux, l'asthme, la fièvre des foins, la pseudo-bronchite chronique de Sommerbrodt, l'aphonie spasmodique, le spasme glottique par accès, l'hyperesthésie, les *névralgies* et paresthésies du pharynx, la tuméfaction et la rougeur du nez avec et sans lésions cutanées, la salivation, les névralgies sus-orbitaires, sous-orbitaires, l'odontalgie, le scotome vacillant, le cauchemar, le vertige, la céphalalgie persistante ou intermittente, la migraine, la dépression mentale et l'hypochondrie; et nous pourrions actuellement réunir un nombre déjà assez important d'observations où figurent ces diverses névropathies, soit isolées, soit associées au nombre de deux, trois et plus.

Comme accidents réflexes causés par la cautérisation galvano-caustique de la muqueuse nasale malade, nous n'avons observé que la recrudescence de la névropathie déjà existante, qui survient assez fréquemment, mais dure très peu; et des névralgies sus-orbitaires, sous-orbitaires, temporales et dentaires, également de peu de durée. Mais, certains auteurs ont signalé des accidents plus sérieux; Hack a vu des névralgies sciatiques, des gonflements articulaires douloureux, persister plusieurs jours. Ziem et M. Rougier ont vu des cas de véritable délire maniaque. Ces accidents se sont produits plusieurs fois chez des alcooliques. Enfin Küpper a eu connaissance de deux cas d'avortement.

Pour être complet, nous devons parler de deux névroses qu'on a dit pouvoir être causées par des affections du nez, mais, à notre avis, sans preuves suffisantes. Ce sont la *chorée* (Elsberg, Jacobi), et l'*épilepsie* (Löwe, Hack, Schäffer, de Vilbis). Les cas d'amélioration, cités par ces auteurs, sont plus ou moins douteux. Cependant, Fincke a observé un épileptique qui avait des polypes du nez et, deux ans après l'extraction de ces polypes, les attaques n'avaient pas reparu. Toutefois, jusqu'à ce que d'autres observations aient été publiées, nous devons réserver notre opinion sur ces cas; et il est sage, croyons-nous, de faire de même pour un certain nombre d'affections nerveuses citées plus haut, et qui certainement ne sont que très exceptionnellement d'origine nasale.

III

Si, passant en revue les observations, on recherche quelles sont les lésions du nez qui ont surtout donné lieu aux divers accidents névropathiques, on voit que ce sont surtout des affections chroniques, en apparence très bénignes. Les maladies aiguës, inflammatoires ou infectieuses, atteignant la membrane de Schneider, ne provoquent guère de symptômes éloignés, sauf peut-être la coqueluche, dans le cours de laquelle Michaël (de Hambourg) et d'autres auteurs ont pu diminuer beaucoup ou même faire cesser les quintes de toux, en insufflant dans le nez divers médicaments pulvérulents. Le rhume de cerveau vulgaire donne quelquefois de la névralgie sus-orbitaire, mais ce n'est pas la règle, et la céphalalgie qui accompagne souvent cette affection peut, la plupart du temps, être attribuée à la propagation de l'inflammation aux sinus frontaux et ethmoïdaux. Enfin, les affections spécifiques telles que la diphthérie, la syphilis, la tuberculose, la lèpre, le rhinosclérome, etc., lorsqu'elles atteignent la muqueuse du nez, sont la plupart du temps indolentes, et ne produisent pas de symptômes éloignés de nature réflexe. La syphilis est souvent accompagnée de céphalalgie, mais il s'agit d'une céphalée spéciale. Les tumeurs malignes ou bénignes des fosses nasales ne sont pas non plus accompagnées d'ordinaire de phénomènes réflexes, sauf quelquefois les papillomes, et souvent les polypes muqueux. Ceux-ci, en effet, figurent dans une bonne partie des observations; on y trouve aussi quelquefois la rhinite atrophique avec rétention de sécrétions sous forme de croûtes ou même le catarrhe nasal chronique simple, mais, dans la très grande majorité des cas, il s'agit de rhinite chronique hypertrophique.

Ce terme de « rhinite hypertrophique » ne répond pas à une affection une et bien définie. Il signifie simplement épaississement de la membrane de Schneider. Mais cet épaississement n'est pas toujours un produit inflammatoire. Quelquefois, ainsi que l'a montré M. Chatellier, l'examen histologique montre qu'il s'agit de tissu muqueux. Lorsque, ainsi que l'ont vu E. Fränkel et d'autres, il s'agit d'inflammation chronique vraie à forme hypertrophique, on peut constater histologiquement l'abondance du tissu conjonctif en même temps que les altérations glandulaires. Dans ces cas, on trouve d'ordinaire que la couche sous-muqueuse, constituée par un véritable tissu érectile, a augmenté notablement d'épaisseur, probablement sous l'influence de congestions répétées. Hack a cherché à différencier de la rhinite hypertrophique l'état congestif, la turgescence du tissu érectile de la couche sous-muqueuse indépendante de lésions de la muqueuse. On lui a opposé les recherches histologiques de E. Fränkel, qui, dans les cas qu'il avait examinés histologiquement, avait constaté des lésions inflammatoires. Pour nous, nous croyons avec Hack qu'il s'agit de deux états morbides différents. Il est infiniment probable que la turgescence durable des corps caverneux amène, à la longue, des lésions définitives, mais, au point de vue clinique, les différences sont manifestes, et il convient d'en tenir compte. L'action de la cocaïne sur la muqueuse du nez permet aisément de différencier ces deux états. On sait que, lorsqu'on badigeonne avec une solution de chlorhydrate de cocaïne la muqueuse du nez saine, celle-ci, au bout de quelques minutes, et avant même que l'anesthésie se soit produite, diminue considérablement d'épaisseur. Elle se colle sur les os sous-jacents, qu'elle moule dans toutes leurs parties. Cette diminution de volume de la muqueuse est due à la déplétion sanguine du tissu érectile sous-muqueux. La muqueuse s'anesthésie, mais sa coloration reste normale: l'action vaso-constrictive de la cocaïne s'exerce alors uniquement sur les corps caverneux. Or, si l'on fait un badigeonnage, même avec une solution forte de cocaïne, dans le nez d'un sujet atteint de « rhinite hypertrophique », on ne constate pas toujours des phénomènes analogues. Si le sujet est jeune, ou plutôt si l'affection est récente, car on peut faire la même remarque sur des sujets de tout âge, l'action de la cocaïne est la même que sur une personne saine; elle est même beaucoup plus évidente, et des tuméfactions des cornets, surtout de la partie antérieure des cornets inférieurs, assez notables parfois pour obstruer plus ou moins complètement les narines, se réduisent presque instantanément. On peut alors, dans beaucoup de cas, voir la muqueuse reprendre l'aspect absolument normal. Quelquefois, chez les enfants lymphatiques, elle conserve un aspect chagriné, un peu rouge par places, qu'elle avait d'ailleurs avant le badigeonnage. D'autres fois enfin, elle prend une apparence ridée, et l'on peut constater, à l'aide de la sonde, qu'elle est devenue mobile sur les os des cornets, qu'elle enveloppe à la manière d'un sac trop grand. La déplétion sanguine du tissu érectile s'est bien

faite, mais la muqueuse, au lieu de revenir sur elle-même, en vertu de son élasticité, comme dans le premier cas, est restée distendue, grâce à la dilatation qu'elle subit depuis longtemps et qui a amené dès lors des altérations anatomiques évidentes. Enfin, dans d'autres cas, chez des sujets qui se plaignent depuis longtemps d'obstruction nasale, et lorsque l'examen rhinoscopique a permis de constater, en même temps que la tuméfaction, la rougeur plus ou moins vive et l'état dépoli de la muqueuse, l'action déplétive de la cocaïne est beaucoup moins marquée, et quelquefois même elle est presque nulle. Cette action est de même peu marquée sur les hypertrophies de l'extrémité postérieure des cornets, à apparence uniforme, constituées par du tissu muqueux. Ces faits nous montrent bien que le terme de rhinite hypertrophique s'applique à des états pathologiques différents de la muqueuse nasale. De ces différentes formes de rhinite hypertrophique, c'est, d'après Hack, celle qui est constituée par la tuméfaction sanguine du tissu érectile qui donne le plus souvent lieu à des névroses réflexes. Cette assertion de Hack, qui est d'ailleurs loin d'être admise par tous les auteurs, est certainement exagérée ; cependant, nous pensons que, dans beaucoup de cas, cet état de la muqueuse est la seule lésion constatable. Elle donne lieu d'ailleurs à quelques symptômes spéciaux, parmi lesquels on doit noter surtout une sensation de sécheresse du nez, très désagréable aux malades. Mais dans la plupart des cas, on peut constater des altérations plus ou moins marquées de la muqueuse : rougeur, état catarrhal, etc.

Les lésions de la rhinite hypertrophique sont quelquefois bornées aux cornets inférieurs ; plus souvent elles s'étendent également aux cornets moyens, et la cloison elle-même peut être manifestement épaissie. Il est à remarquer que, dans les cas où les névroses réflexes éclatent sous l'influence de tumeurs, telles que polypes muqueux ou papillomes, presque toujours il existe en même temps de la rhinite hypertrophique. On a pu voir des névroses réflexes chez des sujets atteints seulement d'anomalies du squelette du nez : crêtes et déviations de la cloison ou déviation du cornet moyen, amenant un contact permanent des parois externe et interne d'une ou des deux fosses nasales. Quelquefois, l'examen répété ne peut faire constater aucune lésion appréciable à la vue ; mais alors l'exploration à l'aide de la sonde décèle une hyperesthésie plus ou moins marquée de la muqueuse, soit diffuse, soit plus souvent limitée, ou du moins exagérée en certains points.

En l'absence de lésions nasales, on a pu, avec raison, incriminer l'état pathologique de la cavité naso-pharyngienne. Les tumeurs adénoïdes ou autres, le catarrhe naso-pharyngien vulgaire, le catarrhe sec naso-pharyngien, le catarrhe limité à la bourse pharyngienne, récemment décrit par Thornwaldt (de Dantzig), peuvent produire des névroses réflexes. Mais ces affections sont fréquemment accompagnées de lésions nasales, qui persistent avec elles et guérissent souvent avec elles, de telle sorte qu'il est difficile de localiser le point de départ des réflexes. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans un instant, nous bornant à faire remarquer ici qu'il est hors de doute que des lésions localisées non seulement au pharynx nasal, mais aussi au pharynx buccal, et quelquefois même aux amygdales palatines, peuvent donner lieu à des névroses réflexes absolument comme les lésions localisées aux fosses nasales.

Comment ces différentes lésions peuvent-elles donner lieu à des névropathies réflexes? Il est hors de doute, de prime abord, que dans les cas de polypes ceux-ci n'agissent qu'en irritant la muqueuse. Dans les cas, beaucoup plus nombreux, où c'est la muqueuse elle-même qui est malade, il importe de déterminer le point de départ des réflexes. Hack a soutenu longtemps que c'était le tissu érectile sous-muqueux qu'on devait incriminer, et non pas les nerfs sensibles de la muqueuse. Mais Fränkel et beaucoup d'autres ont victorieusement combattu cette opinion, et la plupart des auteurs pensent aujourd'hui que ce point de départ siège bien dans les terminaisons des nerfs sensibles de la muqueuse. Les théories de Hack, qui considérait le gonflement des corps caverneux du nez comme une condition nécessaire à l'apparition des névroses réflexes, ne peuvent s'appliquer à tous les cas ; et il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler que la rhinite atrophique peut causer des phénomènes nerveux éloignés. Il est donc probable que, dans les cas très nombreux d'ailleurs où ces névropathies paraissent liées à la tuméfaction du tissu érectile nasal, cette tuméfaction n'agit qu'en comprimant de dedans en dehors la muqueuse et les terminaisons nerveuses qui siègent dans son épaisseur. Quelques auteurs ont cherché à déterminer les points spéciaux de la muqueuse dont l'irritation peut produire les réflexes. Hack a d'abord cru que leur point de départ était toujours l'extrémité antérieure du cornet inférieur; et ensuite il a reconnu que le bord antérieur et l'angle du corn[et] moyen pouvaient jouer un rôle analogue. J.-N. Mackenzie a localisé la région dont l'excitation produit la toux nasale d'abord à la partie postérieure du cornet inférieur, et ensuite à cette région et à la partie correspondante de la cloison; Hering et Baratoux ont incriminé surtout la partie postérieure de la cloison, dont l'irritation par le contact des cornets hypertrophiés serait la cause des divers phénomènes observés. D'autres auteurs, comme Lublinski, ont dit que toutes les régions du nez contenant du tissu érectile pouvaient être le point de départ des réflexes nasaux. Pour nous, nous pensons qu'il peut être dans tous les points de la muqueuse nasale, sans exception, qu'ils soient innervés par les branches nasales du ganglion sphéno-palatin, ou par la branche nasale de l'ophthalmique. Nous avons vu, chez nos malades, l'attouchement de la muqueuse du nez avec la sonde, le pinceau, ou le cautère, produire soit la toux, soit de l'éternûment, soit des douleurs névralgiques sus-orbitaires, sous-orbitaires, temporales, soit l'odontalgie limitée exactement à la moitié de l'arcade dentaire supérieure du côté irrité; et nous avons obtenu ces divers phénomènes, soit en irritant la partie antérieure ou la partie postérieure du cornet inférieur, soit en irritant le cornet moyen, plus souvent en irritant à la fois le cornet moyen et la cloison dans la partie qui est contiguë à son bord antérieur. Nous soignons actuellement un malade chez lequel nous pouvons provoquer de violents accès de toux en titillant avec une sonde le vestibule de la narine gauche.

La richesse de la région nasale en nerfs sensibles permet de s'expliquer l'irritabilité de cette région, et de comprendre pourquoi le nez, s'il n'est pas seul à causer des névropathies réflexes éloignées, est du moins l'un des organes qui les causent le plus fréquemment. Il nous resterait, pour être complet, à étudier la marche et le trajet des réflexes dans les différents cas où l'irritation de la muqueuse produit des symptômes différents. Mais nous pensons que ce serait inutilement allonger cette Revue, car si dans certains cas on peut trouver une explication facile, dans beaucoup d'autres nous ne pourrions sortir du domaine de l'hypothèse.

Il est, à notre avis, plus utile de rechercher les causes de l'irritation des nerfs sensibles, qui, nous le savons, est le point de départ de ces phénomènes. Dans certains cas, l'irritation est produite directement par un corps étranger (croûtes, sécrétions desséchées dans la rhinite atrophique) ou une tumeur mobile (polype muqueux); dans d'autres, par des poussières inertes ou le pollen de certaines plantes (fièvre des foins); dans d'autres enfin, par le processus inflammatoire chronique dont la muqueuse est le siège. Mais dans beaucoup d'autres cas, cette irritation est secondaire, et est elle-même le résultat d'un phénomène réflexe. On connaît des cas de coryza des roses survenus à la vue d'une rose artificielle (irritation de cause psychique). Chez un malade de Sommerbrodt, grand chasseur, l'accès de fièvre des foins se produisait invariablement lorsqu'il touchait sa figure après avoir touché un chevreuil. Romberg a rapporté le cas d'un jeune homme qui était pris d'accès d'éternûments toutes les fois où il avait des idées érotiques. Thorowsgood a publié l'histoire d'un malade atteint d'asthme nasal qui était pris d'accès d'asthme toutes les fois où on lui servait à table du lièvre cuit, alors qu'il pouvait impunément sentir et toucher la peau du lièvre. Les cas analogues abondent, et il s'agit manifestement alors de réflexes à point de départ psychique. Il en est vraisemblablement de même dans un certain nombre de cas d'accès asthmatiques causés par des odeurs. Hack pensait que, dans les cas de ce genre, il s'agissait d'un gonflement réflexe des corps caverneux, qui était lui-même la cause prochaine des névroses observées. Le tissu caverneux n'était alors, d'après lui, qu'un anneau de la chaîne aboutissant à ces névroses. On a reproché à cette hypothèse de manquer de base anatomique, et de s'appuyer sur l'existence de nerfs érecteurs hypothétiques. Les nerfs vaso-moteurs des fosses nasales ne sont pas encore assez bien connus pour que cette objection ait une réelle valeur. La vérité est que, suivant nous, Hack avait raison, au moins en partie. Il est probable que, dans bien des cas où l'irritation nasale est elle-même secondaire, la tuméfaction du tissu érectile y est étrangère, mais souvent aussi elle se produit. Dans un cas comme dans l'autre, la pathogénie du phénomène nous échappe en partie, mais le fait clinique existe. Dans une intéressante étude sur les rapports entre l'irritation de l'appareil génital et l'irritation nasale, J.-N. Mackenzie a signalé ce fait intéressant que, chez certaines femmes dont le nez est sain, on peut observer assez régulièrement la turgescence des tissus nasaux pendant la période menstruelle, alors qu'elle disparaît à la fin de cette période. Peut-être faut-il rapprocher de ces faits le cas de Romberg cité plus haut. Ceci nous amène à penser que, chez certaines femmes, les migraines et les céphalalgies menstruelles sont quelquefois causées par cette turgescence de la muqueuse du nez : nous avons, d'ailleurs, observé un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir. Nous avons de même observé une jeune fille atteinte de céphalée de croissance, sans hypertrophie cardiaque, et chez qui, à plusieurs reprises, lorsqu'elle souffrait de la tête, nous avons pu constater un gonflement très marqué de la muqueuse du nez, alors que cette muqueuse reprenait l'apparence normale lorsqu'il n'y avait pas de céphalalgie. Nous avons constaté un assez grand nombre de fois la coïncidence de ce gonflement de la muqueuse, affectant tantôt un côté, tantôt l'autre, avec la dilatation de l'estomac, et nous avons vu l'état du nez s'améliorer en même temps que les fonctions digestives, sous l'influence du régime que M. le professeur Bouchard conseille de prescrire aux malades atteints de dilatation stomacale. Or, en même temps, des névralgies sus-orbitaires alternant avec des migraines violentes tendaient à disparaître et devenaient, comme ces dernières, de moins en moins fréquentes; et elles étaient bien d'origine nasale, puisque l'on pouvait calmer la migraine, et faire cesser complètement la névralgie, en badigeonnant la muqueuse du nez du côté malade avec une solution forte de chlorhydrate de cocaïne. Il est donc hors de doute, suivant nous, que l'irritation de la muqueuse du nez, qu'elle soit ou non causée par la turgescence du tissu érectile de sa couche profonde, peut elle-même être secondaire.

Quoi qu'il en soit, un fait digne de remarque, c'est que des lésions identiques de la muqueuse nasale, siégeant aux mêmes points, peuvent produire chez les divers sujets des névropathies différentes. De même ces lésions peuvent également ne produire aucun phénomène réflexe. Il y a donc une condition nécessaire en dehors de laquelle les névropathies réflexes que nous étudions ne se produisent pas. Cette condition est la prédisposition du sujet. Les causes de cette prédisposition nous sont tout à fait inconnues. Joal, qui s'est occupé de cette question, a noté que dans beaucoup de cas les sujets atteints sont des arthritiques. Nos observations ne nous permettent pas d'affirmer que ces malades appartiennent plus particulièrement à la grande famille des ralentis. Dire, comme on l'a fait, que les sujets atteints sont ceux qui présentent de l'hyperexcitabilité réflexe n'est pas autre chose que confondre la constatation du fait avec sa cause. Il nous semble plus sage d'avouer notre complète ignorance sur ce point, que de chercher des explications hypothétiques.

IV

Le diagnostic de l'origine nasale d'une névropathie n'est pas toujours aisé; il est souvent fort difficile et quelquefois tout à fait impossible. La coïncidence d'une affection du nez et d'une maladie nerveuse n'est qu'une présomption, et ce serait s'exposer à de cruels mécomptes que d'affirmer alors, *a priori*, que la seconde est une conséquence de la première. Toutefois, lorsque le médecin se trouve en présence de l'une des affections nerveuses que nous avons signalées précédemment comme étant souvent d'origine nasale, et dont la cause lui échappe, il doit examiner avec soin les fosses nasales, et rechercher avec la plus grande attention si elles ne présentent rien d'anomal. Cet examen doit être répété à plusieurs reprises, et surtout être fait alternativement pendant l'accès et en dehors des accès, afin de permettre à l'observateur de constater si l'aspect de la région diffère dans les deux cas. Ces constatations exigent du médecin l'habitude des manœuvres rhinoscopiques, et une connaissance exacte, tant de l'aspect normal des parties, de la topographie du nez, et des anomalies que cette région peut présenter, que des maladies des fosses nasales, et surtout des changements que font subir à la muqueuse les différentes variétés de rhinite chronique. Nous nous garderions d'insister sur ces différents points, si cet article s'adressait aux spécialistes, mais tel n'est pas le cas, et nous ne saurions trop répéter que l'examen rhinoscopique doit toujours être considéré comme nul et non avenu, s'il n'est pas fait complètement et dans des conditions d'éclairage suffisantes. Beaucoup de praticiens s'imaginent qu'il suffit de placer leur malade devant une fenêtre, de leur mettre dans le nez un spéculum de Duplay, et d'y jeter un coup d'œil de côté,

de façon à ne pas interposer la tête entre le nez du patient et la lumière, pour se rendre compte de l'état des fosses nasales. C'est une erreur profonde; car on n'arrive guère par ce moyen qu'à voir, et encore peu distinctement, une petite partie de la cloison nasale et l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Les parties profondes échappent totalement à la vue. Or, tant que l'on n'a pas vu nettement le bord antérieur et l'angle du cornet moyen, on peut affirmer que l'examen a été insuffisant. Si l'on se sert d'une source lumineuse puissante (soleil, lumière de Drummond ou lumière électrique), si on reçoit cette lumière sur un miroir de Trœlsch et qu'on la dirige vers la narine en regardant par le trou percé au centre de ce miroir, et en recommandant au malade de ne pas respirer pour éviter que son haleine ne ternisse la glace, le rayon visuel se trouve alors bien exactement dans l'axe de la narine, et l'examen des parties devient facile. La dilatation extrême de la narine, que les gens inexpérimentés cherchent presque toujours à obtenir, au préjudice du malade qui souffre pendant cette manœuvre, devient inutile. On peut alors se servir de petits spéculums pleins, légèrement coniques et aplatis latéralement, assez longs pour aplatir l'extrémité antérieure du cornet inférieur lorsqu'elle est tuméfiée, et avec lesquels on peut aisément, en faisant varier la position de la tête du malade et celle du spéculum, examiner successivement toutes les parties profondes. On arrivera ainsi à voir au moins les deux tiers antérieurs des fosses nasales : toute la partie antérieure de la cloison, jusqu'à la fente olfactive en haut; le plancher presque en entier, l'espace situé entre le cornet moyen et la cloison, entre le cornet inférieur et la cloison, l'entrée du méat inférieur, l'extrémité antérieure du cornet inférieur, sa face interne, son bord inférieur et son collet, le bord antérieur du cornet moyen, son angle, sa face interne, l'entrée du méat moyen, enfin quelquefois une partie de l'orifice postérieur des fosses nasales et du pharynx nasal peuvent être explorés successivement. On pourra se rendre compte des déviations de la cloison, des crêtes osseuses qu'elle présente si fréquemment à sa partie inférieure, des dimensions de son tubercule, on verra si les cornets ne présentent pas eux aussi de déviations ou d'anomalies, on étudiera l'aspect de la muqueuse et des sécrétions. A l'aide d'une sonde coudée, à extrémité mousse, et maniée avec précaution, on contrôlera les renseignements donnés par la vue, et on recherchera la consistance, l'élasticité, et enfin la sensibilité des différentes parties de la membrane de Schneider. Les ulcérations et les tumeurs, les concrétions ou les corps étrangers seront aisément découverts. Cet examen est possible sur la grande majorité des sujets; lorsque la tuméfaction de l'extrémité antérieure du cornet inférieur le rendra malaisé, on triomphera souvent de cette difficulté en badigeonnant cette région avec une solution concentrée de chlorhydrate de cocaïne, qui, dans la plupart des cas, amène une notable réduction du volume de la partie tuméfiée. Les tumeurs occupant la fosse nasale une fois constatées, on les enlèvera pour recommencer quelques jours après un nouvel examen. Enfin, si une déviation considérable de la cloison rend l'examen d'une narine impossible, on se rappellera que ce vice de conformation est par lui-même capable de produire des réflexes, et on réservera le diagnostic jusqu'après l'opération très simple et inoffensive à l'aide de laquelle on peut souvent y remédier. On devra toujours compléter l'examen antérieur du nez par la rhinoscopie et la pharyngoscopie postérieure, qui donnent presque toujours des renseignements utiles. Mais ici il faut souvent, pour arriver à un résultat satisfaisant, beaucoup de patience, tant de la part du malade que de celle de l'explorateur. Il est rare qu'au bout d'un certain nombre de tentatives, et grâce à l'usage des badigeonnages du voile du palais, du pharynx buccal et de la base de la langue avec le chlorhydrate de cocaïne, on n'arrive pas à pouvoir pratiquer la rhinoscopie postérieure, au moins chez les adultes. Si, malgré tout, on n'y arrive pas par les moyens ordinaires, on utilisera à cet effet le crochet de Voltolini ou le dilatateur de Luc, qui pourront rendre des services dans quelques cas. On facilitera l'usage de ces instruments par la cocaïne, qu'on ne devra dès lors pas négliger d'appliquer également sur la face postérieure du voile du palais, ce qui se fait aisément en introduisant profondément, par la narine la plus perméable, un pinceau assez volumineux fortement chargé d'une solution forte de cocaïne, glycérinée. Au moment où le pinceau touche le pharynx nasal, le voile du palais se relève spasmodiquement et le médicament baigne sa face postérieure sur laquelle, grâce à la viscosité de la glycérine, il est retenu assez longtemps pour produire l'anesthésie. La rhinoscopie postérieure et l'usage de la sonde combinés permettront de se rendre un compte exact de l'état des parties postérieures des fosses nasales et des extrémités postérieures des cornets ainsi que de constater certains épaississements de la muqueuse de la cloison. Elle donnera d'utiles renseignements sur l'état de l'orifice des trompes d'Eustache, de la voûte du pharynx et du tissu adénoïde qui s'y trouve, de la bourse pharyngée quand elle existe. Quand elle sera tout à fait impossible, on ne devra pas négliger de pratiquer le toucher digital, ou d'explorer la région avec une sonde courbe. Un porte-ouate courbe spécial, passé derrière le voile du palais et promené sur la paroi postérieure et la voûte du pharynx, ramènera souvent des mucosités plus ou moins concrètes indiquant l'existence de diverses formes de catarrhe naso-pharyngien. Bien entendu, l'examen rhinoscopique devra être précédé d'une enquête sur les symptômes nasaux que pourra présenter le malade; et aussi de la constatation de la perméabilité des deux narines, tant pendant l'inspiration que pendant l'expiration.

Si cet examen clinique révèle un état anomal de la région, il restera à rechercher si l'affection nasale est bien la cause de la névropathie concomitante. Lorsque la lésion est permanente ou progressive (polypes, tumeurs, rhinite hypertrophique ancienne, déviation extrême de la cloison nasale, catarrhe naso-pharyngien très marqué), le diagnostic peut être réservé, et l'on peut aisément conseiller au malade de se résoudre au traitement de l'affection nasale, en lui disant que la guérison de cet état morbide amènera peut-être celle de la névropathie pour laquelle il est venu demander des soins. En effet, le malade, dans ces cas, souffre de son nez et en a conscience; il est donc tout prêt à se soumettre à un traitement qui, du moins, le débarrassera sûrement d'une partie de ses maux. Mais lorsque la lésion nasale est légère, bien que permanente, et, *a fortiori*, lorsque ses manifestations sont intermittentes, il importe de rechercher les raisons qui peuvent militer en faveur de l'origine nasale de la névropathie. S'il est très difficile, dans la plupart des cas, d'arriver à la certitude, on peut d'ordinaire arriver à une probabilité assez forte pour avoir le droit de conseiller au malade un traitement dirigé contre la rhinopathie.

Les éléments du diagnostic varient d'ailleurs avec la né-

vrose. S'il s'agit d'accès d'éternûments, de fièvre des foins, de rougeur et de gonflement, par accès, de la peau du nez, l'origine intra-nasale de l'affection est, *à priori*, très probable. S'il s'agit d'accès de toux nerveuse, d'accès d'asthme, il faudra s'informer si ces accès ne débutent pas par des accès d'éternûments ou n'alternent pas avec eux ; s'il s'agit de céphalalgies, de migraines, de névralgies, d'aphonie spasmodique, etc., on devra demander au malade si, pendant les accès, il ne s'est pas aperçu que l'une ou les deux fosses nasales devenaient imperméables ou moins perméables à l'air. Hack considérait comme des signes pathognomoniques la tuméfaction intermittente de la muqueuse perçue par le malade, la *rhinorrhée séreuse* et les accès d'éternûments. Lorsque cette enquête est positive, il est fort probable que l'affection nerveuse est sous la dépendance de l'état du nez. Mais si ces symptômes manquent, on n'est pas en droit d'affirmer le contraire. Dans les deux cas, il convient de chercher à provoquer la névrose par une irritation *légère* de la membrane de Schneider, et ensuite de chercher à enrayer l'accès, provoqué ou spontané, par l'anesthésie locale de cette muqueuse. La première expérience ne réussit pas toujours, et n'a d'ailleurs qu'une valeur relative; mais la seconde est beaucoup plus importante, et sa réussite permet d'arriver à un diagnostic ferme dans un certain nombre de cas. Pour chercher à provoquer un accès de la névropathie dont il s'agit de déterminer l'origine, on se sert habituellement d'une sonde nasale qu'on introduit successivement dans chaque narine et à l'aide de laquelle on excite légèrement les diverses parties des fosses nasales. Ce moyen est suivant nous tout à fait insuffisant. Nous avons pu nous convaincre bien des fois que, alors qu'on n'est arrivé à aucun résultat avec la sonde, on peut au contraire réussir en remplaçant la sonde par un pinceau sec ou chargé d'une solution légèrement excitante, ou encore en insufflant dans le nez diverses substances pulvérulentes. Quoi qu'il en soit, il nous semble indiqué de ne pas abuser de ce moyen de diagnostic, toujours désagréable au malade, et qui manque son but dans un grand nombre de cas. Bien autrement décisive est l'expérience qui consiste à agir directement sur la muqueuse du nez, à l'aide d'une solution très concentrée de chlorhydrate du cocaïne en badigeonnage, au moment de l'accès. Il est indispensable que ce badigeonnage soit fait par le médecin lui-même, à l'aide d'un pinceau, sous le contrôle de la vue et avec le spéculum. Il doit porter sur toutes les régions des fosses nasales qu'il est possible de découvrir, mais surtout sur le cornet inférieur dans toute son étendue, le bord antérieur, l'angle et la partie antérieure de la face interne du cornet moyen, quand elle est abordable, et tous les points de la cloison qu'il peut atteindre. Si le pharynx nasal est malade, il devra porter également sur la paroi de la cavité naso-pharyngienne, et être exécuté à l'aide d'un pinceau dont le manche aura la courbure appropriée. Dans la majorité des cas où la névropathie est d'origine nasale, on réussit de cette façon à arrêter l'accès immédiatement. Nous avons pu guérir ainsi, en quelques minutes, des quintes de toux, des migraines, des névralgies des deux premières branches du trijumeau, des céphalalgies tenaces, et nous avons observé un enfant que nous avons traité et guéri d'un asthme nasal à accès nocturnes, chez lequel l'instillation dans le nez de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 arrêtait immédiatement l'accès. Ce moyen de diagnostic est surtout utile dans les cas de tuméfaction passagère de la muqueuse du nez. Alors, en effet, il arrive fréquemment que le trouble circulatoire de la muqueuse nasale (soupçonné puisque le malade se plaint d'avoir de temps en temps le nez bouché, quelquefois tantôt d'un côté, tantôt de l'autre) ne peut être constaté *de visu*, soit que cette tuméfaction ne se produise que pendant la nuit, lorsque le malade est couché, soit qu'elle cesse au moment de l'introduction du spéculum, ce qui est fréquent chez les malades impressionnables et qui redoutent cette manœuvre. Dans ces cas, l'action de la cocaïne pendant l'accès vient lever tous les doutes. Mais, si elle échoue, le diagnostic ne peut être affirmé que lorsque le traitement nasal a guéri la névropathie ; et encore il faut reconnaître que la guérison de *certaines* névroses par la cautérisation ignée de la muqueuse nasale n'est pas un critérium absolu. Lorsque M. Cartaz a lu, à la Société clinique, son mémoire sur la question des névroses réflexes d'origine nasale, M. le professeur Bouchard a rappelé, dans la discussion, qu'un traumatisme pouvait quelquefois guérir une maladie nerveuse, et cité le cas classique de la guérison de la sciatique par la cautérisation du lobule de l'oreille. Récemment, Schreiber, reprenant la même idée, a annoncé à l'appui de son opinion, qu'il avait pu faire cesser des manifestations de l'hystérie, tantôt par la cautérisation du nez, tantôt par la cautérisation ignée de la nuque. Cette objection a une grande valeur et elle serait inattaquable, s'il n'était prouvé par de très nombreuses observations, que les névropathies, dont l'origine nasale est soupçonnée, peuvent souvent guérir ou être grandement améliorées par d'autres moyens que la galvano-caustique, et céder à de simples irrigations, pulvérisations et pansements de la muqueuse malade. Et même, lorsque la névropathie et l'affection nasale n'ont guéri toutes les deux qu'à l'aide de la galvano-caustique, il est bien difficile de conserver des doutes lorsque l'amélioration a été progressive, ou ne s'est produite qu'au moment où la cautérisation, déjà faite en d'autres points, a fini par détruire une région déterminée de la muqueuse, ou encore n'a apparu qu'immédiatement après l'enlèvement des escharres. Or, tous ces faits sont d'observation journalière pour les médecins qui s'occupent de rhinologie. Au contraire, il faut non seulement rester dans le doute, mais souvent même rejeter l'hypothèse de l'origine nasale de la maladie, dans les cas, rares d'ailleurs, où l'application énergique du galvanocautère détermine des guérisons immédiates ou inattendues. Un succès trop facile et trop rapide doit nous tenir en éveil.

Nous voulons bien croire alors, avec Mac Bride, que le traumatisme seul a pu déterminer un ébranlement nerveux suffisant pour amener quelque modification moléculaire ou autre, se traduisant par la guérison de la névropathie, mais nous pensons que bien souvent il s'agit d'autre chose. Si l'on veut bien observer les faits, l'on verra que ces guérisons, immédiates et semi-miraculeuses, se produisent chez des hystériques. On verra aussi que souvent il s'agit de jeunes sujets craintifs amenés par leurs parents, et que l'opérateur a dû leur affirmer énergiquement la certitude de la guérison pour les décider à se soumettre au traitement. On en déduira qu'il s'agit peut-être de guérisons obtenues par *suggestion à l'état de veille*. Un fait que nous avons observé récemment, à la Clinique laryngologique des sourds-muets, vient à l'appui de cette opinion. Une jeune fille, atteinte d'aphonie absolue survenue brusquement quatre mois auparavant, nous a été amenée par sa mère, il y a environ un mois. L'examen clinique et laryngoscopique de la malade nous permit d'arriver sans difficulté ni doute au diagnostic

de paralysie laryngée hystérique. Il nous suffit, pour obtenir une guérison immédiate et complète, d'affirmer énergiquement à la malade que nous allions la guérir en un instant, et d'introduire alors le miroir laryngoscopique profondément dans la gorge, jusqu'à l'entrée de l'œsophage. La malade fit un effort de vomissement, et, sur notre simple affirmation : « Maintenant, vous êtes guérie », se mit à parler avec une voix peut-être un peu faible, mais naturelle. Le surlendemain, la mère nous ramenait sa fille : la guérison s'était maintenue et accentuée, la voix était tout à fait normale et s'est évidemment maintenue telle depuis lors, car nous n'avons pas revu la malade, qui devait être ramenée au moindre symptôme de récidive. Or cette jeune fille, ainsi que nous l'avons fait remarquer aux assistants, était de tempérament lymphatique et atteinte d'un très léger degré de coryza chronique, que nous avons laissé sans traitement. Il est clair que, si nous lui avions affirmé que ce coryza était la cause de la maladie, et qu'elle guérirait par la cautérisation, nous eussions de même obtenu un succès immédiat et définitif. Aurions-nous été en droit d'en conclure que la paralysie des adducteurs peut dépendre d'une lésion nasale? Il est donc sage, nous le répétons, de nous méfier des guérisons obtenues trop facilement. Nous devons de même réserver notre opinion sur la possibilité de l'origine nasale de certaines névroses, telles que la chorée, l'agoraphobie, et surtout l'épilepsie. Ces questions appellent de nouvelles recherches, et tant que les observations ne se multiplieront pas, le doute s'imposera à tout esprit judicieux.

Le pronostic des névropathies d'origine nasale est variable. Lorsque la nature de l'affection est reconnue et les malades soumis à un traitement convenable, il est favorable dans la plupart des cas. Il n'y a guère d'exception à cette règle que pour l'asthme, qui, lorsqu'il dure depuis longtemps, a amené à sa suite des lésions pulmonaires à peu près irrémédiables. Lorsqu'il est récent ou du moins ne date que de quelques années, il guérit rapidement et complètement. Quant aux autres névrophaties, elles finissent généralement par guérir seules, après avoir duré plus ou moins longtemps, de quelques mois à vingt ans et même davantage. Hack a pu réunir six cents observations de maladies du nez ayant donné lieu à des affections nerveuses réflexes. Parmi ces malades, les uns en souffraient encore quand il les a vus, mais beaucoup d'autres étaient déjà guéris de leurs réflexes, après en avoir souffert un temps variable, et il n'a pu arriver à en constater l'existence passée que par les commémoratifs. On peut en conclure que l'irritabilité de la muqueuse finit par s'émousser à la longue; et il devient dès lors facile de comprendre comment une affection nasale ancienne et très marquée arrive à ne plus déterminer les symptômes éloignés qui dépendaient d'elle alors qu'elle semblait presque absolument bénigne.

Nous dirons peu de chose du traitement. Celui-ci varie en effet non seulement avec chaque affection nasale, mais encore avec chaque cas. Il est presque toujours d'une longue durée, et nécessite beaucoup de patience, tant de la part du médecin que de celle du malade. S'il s'agit de polypes ou autres tumeurs, leur extraction ne constitue pas tout le traitement; il y a lieu encore, non seulement de visiter pendant assez longtemps, à des intervalles réguliers, les fosses nasales, afin de s'opposer au développement des récidives, mais encore de traiter les rhinites chroniques qui compliquent si fréquemment la maladie. Même, et peut-être surtout dans le cas où l'une des diverses formes de la rhinite chronique est seule en cause, les divers pansements, irrigations et pulvérisations, doivent être faits longtemps et très régulièrement, sous peine de ne donner que des résultats incomplets. Dans la forme hypertrophique, les divers écraseurs, les cautérisations chimiques exactement limitées aux points malades, et surtout la galvano-caustique, rendent les plus grands services. Mais ce dernier mode de traitement surtout ne peut rendre tout ce qu'il est capable de donner que lorsqu'il est appliqué par une main sûre et expérimentée. Un opérateur inhabile risquerait d'aller à l'encontre du but, et il nous suffira de rappeler, parmi les conséquences des opérations mal faites, les adhérences cicatricielles des cornets entre eux et à la cloison, dont nous avons récemment observé un remarquable exemple. Le malade s'est présenté à nous avec une occlusion presque complète des deux fosses nasales, due à des adhérences consécutives à des cautérisations ignées faites à l'aveugle, et qui n'avaient été suivies d'aucun pansement. Dans les cas où il existe soit des déviations marquées, soit des exostoses de la cloison, ou encore des déviations ou des vices de conformation des cornets, etc., on doit opposer à ces diverses anomalies les opérations chirurgicales indiquées. Nous ne pourrions, sans donner à ce travail une étendue que l'espace nous oblige à restreindre, consacrer plus de place à la thérapeutique. Il nous suffira de dire, en un mot, que le traitement des névroses réflexes d'origine nasale, quelles qu'elles soient, se confond avec celui de la rhinopathie concomitante. Est-il besoin d'ajouter qu'indépendamment du traitement local, le médecin ne doit jamais négliger les prescriptions d'hygiène thérapeutique et de diététique indiquées dans chaque cas, et les médications générales dirigées contre les états morbides constitutionnels dont peuvent être atteints les sujets? Ce serait se priver à plaisir de précieuses ressources, et nous pensons, au contraire, qu'il y a grand avantage à mettre en pratique, indépendamment des traitements locaux spéciaux qui nous viennent de nos confrères de l'étranger, les notions de thérapeutique générale que nous tenons de nos maîtres de l'école française.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des maladies du cœur,
par M. Constantin Paul, deuxième édition (1).

La seconde édition du livre de M. Constantin Paul succède rapidement à la première ; c'est un succès mérité.

Ce traité est surtout un traité clinique, ce que son auteur a tenu à indiquer nettement par son titre même : *Diagnostic et traitement;* on y trouvera cependant beaucoup de données d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques. On sent toutefois qu'il est surtout inspiré par l'étude directe du malade, et à ce point de vue les considérations générales par lesquelles s'ouvre l'ouvrage, sont tout à fait caractéristiques : le médecin, dit l'auteur, doit reconnaître successivement les symptômes, l'affection, la maladie et l'individualité du malade.

On sait que, depuis quelques années, on a beaucoup étendu la compréhension des maladies du cœur, autrefois restreintes aux seules affections orificielles. On a fait voir l'importance des lésions du myocarde et des vaisseaux. On a reconnu que l'asystolie, cet aboutissant commun de toutes les lésions cardiaques graves, que l'asystolie, conséquence directe de l'impuissance du myocarde à remplir son rôle physiologique de propulseur, n'a pas toujours les

(1) 1 vol. in-8°, 974 p. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

mêmes modalités cliniques. Tantôt ce sont les phénomènes rénaux, tantôt les phénomènes hépatiques qui prédominent. Il n'y a pas seulement un rein cardiaque, mais un cœur rénal, dans lequel prédomine l'hypertrophie du ventricule gauche. Tout cela est largement exposé dans le livre de M. C. Paul.

Nous signalerons en particulier les chapitres qui se rapportent à l'athérome de la crosse de l'aorte, à la maladie de Hogdson : c'est avec raison que son histoire est exposée à part : elle présente une véritable individualité clinique et anatomo-pathologique. Signalons encore le chapitre relatif aux maladies congénitales du cœur ; on sait que l'on doit en grande partie à M. C. Paul, la connaissance du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Le traitement est longuement étudié ; il est judicieusement divisé en deux périodes : la période de tolérance et la période de la détresse cardiaque et de l'asystolie. A la première s'appliquent surtout les prescriptions hygiéniques ; à la seconde les médicaments proprement dits. M. C. Paul fait successivement comparaître les divers médicaments cardiaques : il établit leurs propriétés pharmacodynamiques et les indications particulières auxquelles ils répondent ; seul l'iodure de potassium, si utile dans bien des cas, nous paraît un peu laissé de côté.

Cette seconde édition obtiendra, nous le souhaitons, le succès et la faveur qui ont accueilli son aînée. A. MATHIEU.

Dictionnaire de botanique (1), par M. H. BAILLON.

Le vingt-deuxième fascicule de cet excellent ouvrage nous présente la série des mots s'étendant de HYPE à KYRT. Il est accompagné d'une superbe chromolithographie représentant l'Agaricus (amanita) muscarius, ce champignon si dangereux qu'il ne faut pas confondre avec la véritable oronge.

Parmi les articles les plus importants, nous signalerons celui consacré à l'*Inflorescence*, où la netteté de l'exposition est encore complétée par de nombreuses illustrations, et l'article *Insectivorisme*. Tous les autres articles, ayant demandé peu de développement, sont par cela même très nombreux et précieux pour les recherches. La synonymie est très riche et l'on serait surpris de voir les lettres J et K présenter au lecteur tant de mots, si la littérature botanique ne comprenait aujourd'hui les plantes du Japon, si bien étudiées dans ces dernières années.

Les ancêtres de nos animaux dans les temps géologiques (2), par Albert GAUDRY, membre de l'Institut, professeur de paléontologie au Muséum.

Outre ses principaux ouvrages, M. Gaudry a fait paraître dans divers recueils des articles où il a exposé ses idées sur les origines et les développements du monde animal, pendant les temps géologiques. Il était intéressant de réunir quelques-uns d'entre eux, et d'y joindre les résumés des ouvrages d'un même auteur sur Pikermi et sur le Léberon que peu de personnes peuvent se procurer, en raison de leur étendue et de leur rareté. Un des élèves de M. Gaudry, M. Marcellin Boule, agrégé des sciences naturelles, a bien voulu se charger de coordonner ces travaux, et nous avons ainsi un excellent aperçu des progrès les plus récents de la paléontologie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

1. BERRIAT. Contribution à l'étude de la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques. — 2. NEGRETTI. Quelques observations de gangrène gazeuse. — 3. SIMOND. La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane Française. — 4. AUCHÉ. Étude sur l'épithélioma des os (anatomie pathologique). — 5. SALIS. Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et chez le cobaye. — 6. BASSÈRES. Considérations sur la chirurgie oculaire à la clinique ophthalmologique de Bordeaux (hôpital Saint-André). — 7. PETIT. Quelques cas de fractures traitées par le massage. — 8. VINCENT. Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci. — 9. VIÉRON. Recherches sur le développement et l'hystogenèse du rein chez l'homme. — 10. MARLOY. Des badigeonnages de perchlorure de fer dans les lymphangites. — 11. JARJAVAY. Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards. — 12. LEJEUNE. Considérations sur l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique. — 13. PASCAL. La ménopause prématurée par la castration ovarienne (contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 7 décembre 1887 :

1° La chaire de zoologie de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante ;

2° Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen ;

3° Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques de ladite École ;

4° Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ;

5° Un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1888, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— Les candidats, pour les prix (médaille d'or) de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, sont au nombre de six seulement, ce concours n'étant plus obligatoire à partir de cette année. Ce sont MM. Barbier, Blocq, Girode, Grattery, Lejars et Polguère.

— Les dernières questions données, pour la première épreuve (épreuve d'anatomie), aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux de Paris, sont : 1° les rapports du cœur ; 2° l'articulation du coude ; 3° les muscles fessiers ; 4° les veines du membre supérieur ; 5° les rapports du foie ; 6° l'articulation scapulo-humérale ; 7° l'artère poplitée et ses branches ; 8° la crosse de l'aorte ; 9° l'os maxillaire inférieur ; 10° l'articulation radio-carpienne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Giraudet (de Tours) et de M. G. Masson, élève de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— M. le professeur Edmond Perrier ouvrira son cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le mercredi 14 décembre 1887, à deux heures et demie de l'après-midi, dans la galerie de zoologie du Muséum, et le continuera, à la même heure, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Le professeur se propose d'exposer méthodiquement, dans une série de cours successifs, l'histoire complète des embranchements inférieurs du règne animal ; après une leçon d'ouverture relative à certaines questions controversées, il traitera cette année des vers. Des conférences, réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat inscrits au laboratoire, auront lieu le mardi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

---

(1) Grand in-4° ; prix de la livr. : 5 fr. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un volume petit in-8, prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Études de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques, par M. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. 1 volume in-8° de 80 pages, avec vingt-huit photographies originales. — Prix : 5 francs. — Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22041

N° 149. — MARDI 13 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 13 DÉCEMBRE 1887. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. BALL.

Le morphinomane abstème.

Je vous ai parlé dans la conférence précédente des effets produits par l'abus de la morphine. Je vais aborder aujourd'hui un sujet inverse, en vous parlant du morphinomane qui veut guérir.

Je suis obligé, en commençant, de formuler un paradoxe : souvent l'abus et la privation de la morphine se révèlent par des symptômes presque identiques. C'est le triomphe de l'homœopathie! Ne soyez donc pas étonnés de rencontrer dans cette leçon une série de contradictions apparentes.

Il existe deux méthodes de traitement de la morphinomanie : la suppression brusque et la suppression graduelle, de l'aliment toxique. La première surtout, qui est la plus énergique et la plus souvent mise en vigueur, donne naissance aux troubles que je vais vous décrire.

Lorsque vous vous approchez d'un morphinomane en état de puissance, vous êtes frappés tout de suite par l'expression vieillie de la physionomie, l'aspect vitreux des yeux, l'effacement général de l'individu. Au contraire, le morphinomane en état d'abstinence, le morphinomane abstème, présente souvent des traits gonflés qui dénotent la congestion céphalique. Mais il est aussi un autre ordre d'individus qui, privés de leur stimulant habituel, prennent des traits tirés et un facies presque cadavérique.

Vous voyez là une première contradiction. En voici une seconde. Tantôt la privation de morphine entraîne l'insomnie, tantôt un état de somnolence, un sommeil lourd et difficile à secouer. Un morphinomane d'habitude me disait : « Quand je m'éveille, je n'y vois pas, je n'entends pas, je cherche à tâtons ma seringue et ce n'est qu'après m'être piqué que je peux m'arracher à mon lit. » Il semble que la vie se soit retirée avec le poison.

Les troubles intellectuels sont aussi opposés. Chez certains on trouve une activité insolite due à une hyperhémie, qui s'accompagne parfois d'un accroissement de la force musculaire. Chez d'autres se manifeste un malaise profond : irritables et mécontents de tout, ils sont dans un état d'agitation et d'inquiétude qu'il faut attribuer aux troubles de la circulation générale. En même temps, la mémoire s'affaiblit et les facultés de travail sont sensiblement diminuées.

Les sentiments moraux, en particulier, sont sujets à une déséquilibration complète. Ou bien ils témoignent une sorte d'excitation à rebours et on voit un malade assister, impassible, à la ruine de sa famille, ou bien une sensibilité exagérée et on entend un médecin se lamenter de ce qu'il ne peut pas s'empêcher de pleurer au récit des souffrances de ses malades.

J'ouvre ici une parenthèse : n'est pas morphinomane qui veut. Il existe des individus chez lesquels l'injection est suivie d'un malaise pénible, de nausées et de vertiges. Chez les morphinomanes de cette espèce, il n'y a aucun inconvénient à supprimer le poison. Ils en supportent facilement la privation. Je ne m'occupe ici que de ceux qui recherchent la morphine pour ses effets agréables.

La sensibilité générale présente des modifications toutes particulières. L'organe de la vision, surtout, est sujet à ces troubles, qui peuvent aller jusqu'à la perte de la vue et qui résultent ordinairement d'une amblyopie accommodative. Il ne s'agit pas d'une altération de la rétine ; ce sont les muscles qui ont perdu leur souplesse et l'appareil ne peut plus être mis au point.

Je vous ai présenté des malades chez lesquels vous avez pu constater l'abolition des réflexes. Vous en verrez d'autres, au contraire, faire des soubresauts au moindre bruit, éternuer violemment à chaque instant : c'est un réflexe exagéré.

Les phénomènes viscéraux sont d'une grande intensité. L'abstème perd l'appétit, est sujet à des nausées, à des vomissements, à une diarrhée aussi incoercible que la constipation du morphinomane. Il y a pourtant des exceptions sur ce dernier point : pour feu le professeur Broca, la morphine jouait le rôle de purgatif; ce maître éminent se singularisait par là comme par ses facultés intellectuelles.

L'abstinence de la morphine a une influence positive sur les sécrétions. L'opium a une action sudorifique ; la cessation brusque de son emploi amène aussi des sudations exagérées. Dans un ordre de fonctions tout différent, les règles supprimées reprennent souvent leur cours.

Enfin, la peau a sa part des troubles de l'économie tout entière : elle est le siège de démangeaisons extrêmes, d'un prurit violent.

Mais j'aime mieux aborder, sur un terrain moins mouvant, un sujet d'une importance capitale. Lorsqu'on supprime

absolument et brusquement le poison, il peut se produire, dans la circulation et la respiration, les modifications les plus graves. Parfois, le pouls se ralentit subitement, la respiration s'arrête et le sujet tombe dans une syncope, voisine de la mort. C'est pourquoi, si l'on condamne le malade à la suppression absolue, il faut qu'un médecin soit au chevet de son lit, prêt à faire une injection en cas d'alarme et à stimuler les actions du bulbe.

Si le *collapsus* est l'accident le plus grave qu'il faille redouter dans le traitement de la morphinomanie, il peut en survenir d'autres qui sont également dangereux, tels que les phénomènes épileptiformes et convulsifs.

Il existe un *delirium tremens* chez les morphinomanes, comme chez les alcooliques. Le morphinomane est pris d'une vive agitation, sept ou huit heures après la suppression de la morphine, il se met à trembler, il est dans un état de transpiration abondante et de délire violent. Tels sont les principaux troubles que peut présenter l'abstème.

Je mets encore ici une parenthèse. Il arrive qu'on ait à traiter des morphinomanes par l'opium, pour d'autres maladies. Sachez qu'il faut leur donner à la fois, comme aux chevaux de la Compagnie des omnibus, une ration d'entretien et une ration de travail, la première pour satisfaire leur besoin factice, la seconde pour produire l'effet médicamenteux que vous désirez obtenir.

On a prétendu que la morphine pouvait être versée sans danger, aux aliénés, d'une main libérale. Il est certain que chez beaucoup de sujets, surtout chez ceux qui sont atteints de manie aiguë, le phénomène de l'absorption semble avoir disparu. Mais ce n'est pas là une loi générale; les aliénés peuvent devenir morphinomanes comme les autres et mourir subitement, si on leur administre de fortes doses.

Quand un morphinomane a passé par la première période de la suppression, qui est pour lui le purgatoire, et qu'il est rentré en liberté, à quoi tient alors la guérison définitive? Tout le danger est dans une récidive. Et il est facile de comprendre qu'elle soit si fréquente, puisque le sujet reste avec les mêmes dispositions générales, les mêmes tendances qu'avant le traitement.

Ce sont les personnes de notre profession qui sont le plus exposées à la récidive. Le médecin morphinomane qui fait une piqûre est dans la même position qu'un ivrogne qui verse à boire à un de ses amis.

La première condition de la persévérance est l'abstinence absolue. A ce propos, il est intéressant de noter que le récidiviste n'éprouve pas les mêmes sensations que le débutant. La morphine ne lui procure plus le même soulagement et le même état de béatitude qu'autrefois.

La seconde condition, c'est d'éviter les abus alcooliques; l'alcool double les effets de la morphine.

La troisième règle enfin, c'est de se soustraire autant que possible aux conditions extérieures et intérieures qui avaient amené la première chute.

Il nous reste à formuler les principes du traitement. Faut-il laisser au malade sa liberté? Faut-il le mettre dans une maison de santé spéciale? La séquestration est de beaucoup préférable, et elle est indispensable si on veut avoir recours à la suppression brusque, qui est la meilleure méthode, mais qui exige un ensemble de conditions qu'on ne rencontre que dans une maison de santé.

Cependant, si certains obstacles s'opposent à ce moyen, il est possible de guérir les morphinomanes, sans les soustraire à leur milieu, pourvu qu'on trouve à la fois une grande force de volonté chez le sujet et la complicité de son entourage.

La substitution de l'alcool à la morphine est une erreur fatale : le premier s'ajoute au dernier sans le gêner; c'est l'union de deux poisons qui s'entendent. L'usage de la paraldéhyde est quelquefois cent fois pire que le poison qu'on veut combattre. Quant à la cocaïne, non seulement elle ne détruit pas les effets de la morphine, mais elle détermine un état spécial : la cocaïnomanie. Je ne saurais épuiser la liste des médicaments qui ont été proposés.

Mais on peut obtenir de bons résultats du café et des stimulants externes tels que l'hydrothérapie.

Enfin, il est un remède excellent, c'est l'opium. Cette assertion semble paradoxale. Pourtant l'opium est très différent de la morphine, comme effet physiologique, et quand le malade souffre, il amène une sédation et un soulagement précieux.

Sous le rapport de la circulation, il est bon d'employer les toniques du cœur, pour obtenir la turgescence vitale des tissus.

Le séjour à la campagne, les distractions, sont des adjuvants.

La suppression graduelle est une méthode plus humaine, plus facile, plus pratique. Mais elle est lente et elle a son passage des Thermopyles. Quand vous tomberez au-dessous de la ration d'entretien, vous vous trouverez en face des mêmes symptômes et des mêmes souffrances qu'avec la suppression. Aussi une vigilance constante auprès des malades est-elle de toute nécessité.

Ces réserves faites, le malade qui veut guérir guérira toujours et il sortira de cet enfer pour rentrer dans la vie commune.

DE LA TEINTURE D'IODE COMME TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX PIQURES ANATOMIQUES

Par M. le docteur P. Louge,
Prosecteur à l'École de médecine de Marseille, lauréat de la Faculté de Paris.

I. L'usage des injections conservatrices des cadavres destinés aux dissections peut atténuer jusqu'à un certain point la gravité du pronostic des piqûres anatomiques, mais il serait téméraire d'en exagérer l'importance au point de compter sur une innocuité absolue. Les antiseptiques divers qu'elles contiennent peuvent déterminer certains accidents s'ils sont employés à des doses trop élevés, et à des doses trop faibles il ne faut plus compter sur leur efficacité. De plus les injections les mieux composées et les plus habilement réussies ne parviennent jamais à imprégner tous les tissus d'une façon tellement intime que l'on puisse s'attendre à une véritable stérilisation. Les sujets enfin sur lesquels on pratique les autopsies ne sont pas injectés. L'emploi des injections conservatrices comme *traitement prophylactique* des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques est donc assez limité. Il en est de même des autres procédés qui ont été préconisés tels que les doigtiers de caoutchouc ou les onctions préalables des mains avec un corps gras protecteur.

II. Le *traitement préventif*, destiné à empêcher, à la suite d'une piqûre, l'absorption du poison cadavérique ou mieux des ptomaïnes (1), est plus efficace et peut se réduire à trois moyens principaux recommandés par tous les auteurs : le lavage, la succion et la protection de la plaie. Ces deux premiers moyens peu-

(1) Netter, Des poisons chimiques qui apparaissent dans les matières organiques en voie de décomposition et des maladies qu'ils peuvent provoquer, Revue critique, *Arch. gén. de médec.*, 1884, vol. 1, p. 720.

vent même suffire, suivant Reclus (1), pour conjurer le danger.

Si ce traitement se trouve généralement couronné de succès, il est loin de fournir une garantie toujours certaine contre la gravité exceptionnelle des piqûres anatomiques, et il serait à désirer, que la nécrologie médicale n'eût jamais plus à enregistrer de semblables causes de décès (2).

Le lavage en réalité est quelquefois insuffisant, surtout si la plaie est étroite, et de plus, les dissections ayant généralement lieu en hiver, un des premiers effets de l'eau froide est d'arrêter une hémorrhagie en elle-même bienfaisante.

La succion n'est pas toujours efficace, surtout si la piqûre est profonde ou saigne peu, souvent même dégoûtante et pratiquée peut-être pour cette raison avec assez de timidité par les commençants.

L'occlusion enfin, quel que soit le mode de pansement employé, ne remplit pas toujours son but et peut même devenir nuisible en empêchant l'issue du poison cadavérique.

Quelques auteurs se sont alors demandé si dans ces conditions il n'y avait pas lieu d'appliquer sur la plaie, immédiatement après l'accident, un agent destructeur ou modificateur du poison morbide; les avis sur ce point sont assez partagés.

Tandis que les uns, à l'exemple de Packard (3) et de Bole (4), préconisent la cautérisation au nitrate d'argent, d'autres, tels que Monod, Vidal (de Cassis) (5), Follin (6), Pernot (7), Fort (8), Le Dentu (9) et Terrier (10) la repoussent énergiquement. La cautérisation par le feu, à laquelle Packard (11) et Pernot (12) attribuent une grande efficacité, est généralement regardée comme fort douloureuse et incertaine. Morel et Duval (13) conseillent d'appliquer sur la plaie de l'acide phénique liquide; Schaw (14) préconise l'essence de térébenthine et Vidal (de Cassis) (15) une solution de sulfate d'alumine. L'alcool seul (16) ou mélangé d'eau à parties égales (17) a été enfin recommandé.

D'après les résultats remarquables que j'ai observés depuis quatre années à l'institut anatomique de l'école de Marseille, à la suite de nombreuses piqûres anatomiques, je ne saurais trop vanter l'usage des applications de teinture d'iode sur la plaie, immédiatement après l'accident.

Depuis cette époque, toutes les fois qu'une piqûre a été ainsi traitée, il ne s'est montré consécutivement aucun accident local ou général, même chez des sujets qui avaient eu auparavant à souffrir d'accidents sérieux et qui n'avaient traité leurs piqûres que par le lavage, la succion et l'occlusion. Il ne peut être nullement question ici, pour expliquer ce résultat, de cette prétendue immunité acquise, admise par Paget (1) et niée avec raison par Poulet et Bousquet (2), attendu que chez certains de ces derniers sujets des complications locales se sont déclarées à la suite de piqûres passées inaperçues ou négligées.

Le garçon d'amphithéâtre de notre école, vieilli dans le métier, n'ayant pas un jour traité par l'iode des piqûres qu'il venait de se faire avec des esquilles osseuses au niveau de la région dorsale de la main, a vu se développer des accidents d'une certaine gravité. Depuis lors, après chaque piqûre soignée immédiatement par l'iode, il ne craint pas de continuer impunément aussitôt après, même sans occlusion, les exercices de sa profession.

Nous avons souvent sur nous-même expérimenté les bons effets des applications iodées sur la piqûre, immédiatement après l'accident.

Cette action abortive de l'iode est des plus remarquables. Déjà Boinet (3), dans un mémoire lu en 1855 à la Société de médecine, ainsi que dans son traité sur l'iodothérapie, exposait les avantages que l'on peut retirer des applications locales de teinture d'iode « comme moyen préventif de l'infection purulente et de l'absorption des différents venins et virus, etc. » (4). Il est permis d'affirmer, à la suite des travaux du même auteur, de Duroy (5), de Reveil (6), de Davaine (7) et de Dubujadoux (8), que cette action abortive de l'iode réside surtout dans son pouvoir antiseptique, ainsi que le prouvent d'autre part les heureux résultats du traitement iodé dans les cas de pustule maligne signalés par Verneuil (9), Thévenot (10), Mesnard (11), Duplay (12), Richet (13), Demesse (14), Chipault (15) et Guyot (16).

Il est juste de reconnaître que, dans les résultats obtenus par l'usage de la teinture d'iode, l'action antiseptique de l'alcool doit aussi entrer en ligne de compte.

---

(1) P. Reclus, *Manuel de pathologie externe*, Paris, Masson, 1885, t. I, p. 31.

(2) *Semaine médicale*, 14 sept. 1887, nécrologie.

(3) John Packard, Des plaies empoisonnées, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. I, fasc. 5, p. 763, 1883.

(4) Bole, De la cautérisation avec le nitrate d'argent dans les piqûres anatomiques, *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 305.

(5) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions*, 5e édit., t. I, p. 290.

(6) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 409.

(7) H. Pernot, *Étude sur les accidents produits par les piqûres anatomiques*, th. de doct., Montpellier, 1868, nº 39, p. 63.

(8) Fort, *Anatomie descriptive et dissection*, 2e édit., 1868, t. II, note p. 4.

(9) A. Le Dentu, *Nouveau Dict. de méd. et de chirurg. pratiq.*, art. PHLEGMON, 1879, p. 176.

(10) F. Terrier, *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, 1885, 1er fasc., p. 295.

(11) John Packard, *loc. cit.*

(12) H. Pernot, *loc. cit.*

(13) Ch. Morel et M. Duval, *Manuel de l'anatomiste*, Paris, Asselin, 1883, p. 27.

(14) John Shaw, Sur le traitement des blessures que l'on se fait en disséquant, *Arch. gén. de médec.*, 1re série, t. IX, p. 575, 1825. Extr. par C. B. du *The London medical and physical journal*, mai 1825.

(15) Vidal (de Cassis), *loc. cit.*

(16) *Gaz. des hôp.*, 1864, p. 282 et 305.

(17) Traitement préventif des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques, *Gaz. des hôp.*, 1864, p. 282.

(1) Sir James Paget, *Leçons de clinique chirurgicale. Clinical lectures and essays*. Paris, G. Baillière, 1877, trad. L.-H. Petit, p. 406.

(2) A. Poulet et H. Bousquet, *Traité de pathologie externe*, 1885, t. I, p. 261.

(3) A.-A. Boinet, Des applications locales de la teinture d'iode sur les ulcères, les plaies de mauvaise nature, dans les inflammations virulentes contagieuses et comme moyen préventif de l'infection putride, de l'infection purulente et de l'absorption des virus, *Gazette hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1855, pp. 213 et 239. Soc. de méd., séance du 16 février 1855.

(4) A.-A. Boinet, *Iodothérapie ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés et particulièrement des injections iodées*, Paris, Masson, 1855, ch. XI, p. 608.

(5) Duroy, *Expériences et considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode*. Mém. lu par Chatin à l'Acad. de méd. séance du 16 août 1854.

(6) O. Reveil, Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique, *Arch. gén. de méd.*, 1863, vol. I, p. 5.

(7) C. Davaine, Recherches relatives à l'action des substances antiseptiques sur le virus de la septicémie, *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 44.

(8) Dubujadoux, De l'antisepticité de l'iode en présence des matières albuminoïdes, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1883, p. 402.

(9) Verneuil, Du traitement de la pustule maligne, *Bull. Acad. méd.*, séance du 8 février 1882, p. 182.

(10) Thévenot, De la teinture d'iode dans le traitement de la pustule maligne, *Journal des connais. méd.*, 1881, nº 29.

(11) L. Mesnard, *Du traitement de la pustule maligne*, th. Paris, 1881, nº 179.

(12) Duplay, Un cas de pustule maligne traité par les injections de teinture d'iode, *Arch. gén. de méd.*, 1882, t. CXIX, p. 204.

(13) Richet, Sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées, *Compt. rend. Acad. des sciences*, 1883, t. I, p. 1117 et *Journ. de thérap.*, 1883, p. 325.

(14) A. Demesse, *Du traitement de la pustule maligne par les injections iodées*, th. Paris, 1883, nº 338.

(15) Chipault, *Bullet. Acad. médec.*, 1883, p. 420.

(16) G. Guyot, *Du traitement actuel de la pustule maligne*, th. Paris, 1885, nº 138.

Quoi qu'il en soit, l'application immédiate de la teinture d'iode sur les piqûres anatomiques est des plus simples et peut facilement être faite avec le bouchon même du flacon qui la contient. Elle n'est généralement pas très douloureuse et peut être enfin employée seule ou simultanément avec les moyens ordinairement mis en usage, le lavage, la succion et l'occlusion.

Nous conseillons donc :

A. Avant de commencer les dissections ou les autopsies :

1° D'avoir immédiatement à sa disposition, dans le cas d'une piqûre anatomique, de la teinture d'iode ;

2° D'en appliquer au préalable sur les gerçures ou crevasses qui pourraient exister sur les mains de l'opérateur.

B. Si l'on se pique en disséquant, la conduite varie suivant que la piqûre est accompagnée ou non d'hémorrhagie :

1° S'il y a hémorrhagie le mieux est de la favoriser. Les piqûres ayant généralement lieu à l'extrémité des doigts, un excellent moyen immédiat consiste à embrasser circulairement et fortement le doigt avec la commissure du pouce et de l'index de la main opposée en un point situé au-dessus de la piqûre. On applique le doigt ainsi congestionné sous un filet d'eau ; la plaie est ensuite essuyée et touchée avec de la teinture d'iode.

2° S'il n'y a pas d'hémorrhagie malgré cette compression, il faut immédiatement appliquer de la teinture d'iode et procéder ensuite au lavage et à la succion ; on termine par une nouvelle application iodée.

Il est utile, enfin, dans les deux cas, de recouvrir la plaie soit avec du collodion, soit avec du taffetas gommé, et tout danger est conjuré.

LA VALEUR SÉMIOTIQUE

DE L'AUDITION DE LA PAROLE SUIVANT LES AGES.

Par M. le docteur Gellé.

J'ai été depuis longtemps frappé de cette opposition : un enfant, au-dessous de huit ans, qui a parlé, devient sourd ; rapidement, il perd souvent l'audition de la parole elle-même.

D'autre part, l'adulte, l'homme âgé, peuvent, bien que sourds, converser et percevoir nettement.

En troisième lieu, l'aphasique, qui entend tous les bruits, est incapable de saisir le sens des mots. Il n'est pas sourd, mais il ne comprend pas, l'idiot est dans le même cas. Il y a une grande analogie entre le premier et le dernier cas, car c'est la mémoire qui fait défaut chez tous deux.

Chez l'adulte c'est tout l'opposé : la mémoire et toutes les facultés sont actives et se prêtent un mutuel appui ; aussi malgré l'affaiblissement évident de l'ouïe, conserve-t-il encore longtemps la faculté d'entendre la parole et de converser avec ses semblables. Supposez un abaissement des forces cérébrales, et cet aide puissant venant à manquer, l'audition de la parole n'est plus notée, même effet par suite d'une éducation incomplète ; chez un arriéré, ou dans le jeune âge, l'enfant sourd, on le sait, désapprend vite à parler et à percevoir le langage articulé.

Le sourd adulte, âgé même, qui ne perçoit plus le diapason ni la montre depuis longtemps, répond souvent très bien aux questions ; il cause et s'oriente bien dans un salon. A quoi tient cette curieuse persistance, sinon à l'éducation de la faculté du langage et à ses rapports si étroits avec la fonction de l'ouïe ?

L'activité de ces divers centres nerveux est éveillée simultanément, et ceux-ci peuvent se suppléer jusqu'à un certain point. C'est ainsi que des lambeaux de phrases, des mots isolés deviennent pour l'homme intelligent le point de départ d'une association d'idées et de la reconstitution d'une phrase entière. C'est là un fait d'observation journalière ; le sourd intelligent en tire le plus grand parti.

De ces considérations, j'ai cru pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'attention du médecin, car elle peut annoncer un affaiblissement des facultés cérébrales tout autant que de l'audition.

2° La conservation de la faculté d'ouïr le langage articulé peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée, ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole chez l'adulte tient à la grande activité du foyer de langage, liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd ; mais on ne peut conclure de là à l'existence d'une affection cérébrale, ni à celle d'une surdité incurable.

Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots, avec persistance de l'audition des sons, est un signe sévère d'une lésion du cerveau. C'est que, chez l'enfant sourd, l'intellect surtout est défaillant, l'éducation est arrêtée et les connaissances acquises légères ; chez l'adulte, c'est l'intelligence qui vient en aide aux organes acoustiques insuffisants.

5° Au point de vue du pronostic, il est clair que la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte ; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du son du diapason, de la montre, peut être anéantie et cependant la parole être très bien entendue ; tandis que chez le sourd-muet on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont perceptibles encore.

L'adulte est souvent un sourd qui parle ; l'enfant sourd devient facilement muet.

7° Dans l'épreuve de l'audition du langage articulé, pour éviter l'erreur due à cette intervention du foyer du langage et de l'intelligence du sujet, Politzer a recommandé d'adresser les questions en « langue étrangère » ; d'autres conseillent d'énoncer une série de mots sans suite. Est-il bien utile de pousser l'analyse aussi loin ? et n'est-ce pas surtout les différences dans la persistance de l'audition de la parole suivant les âges, en présence d'une surdité égale, qu'il convient d'observer ; puisque cette constatation peut conduire, comme je viens de le montrer, à des considérations intéressantes au point de vue du diagnostic et du pronostic de la surdité. L'appui mutuel que se prêtent les divers foyers des centres nerveux me semble apparaître aussi d'une façon indiscutable dans cette analyse clinique basée sur la physiologie du langage.

DE L'EAU CHAUDE EN OBSTÉTRIQUE

Par M. le docteur Henri Lorain.

L'eau chaude, à une température de 45 à 50°, est un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse.

Certains faits semblent prouver qu'à cette température le calorique exerce également une action locale sur les vaisseaux. Tantôt cette action se traduit par une contraction immédiate du vaisseau, contraction qui persiste pendant un certain temps et n'est jamais suivie d'une réaction, c'est-à-dire d'une dilatation vasculaire, tantôt cette action de la chaleur sur les vaisseaux se traduit par une dilatation vasculaire momentanée, suivie d'une phase réactionnelle caractérisée par la contraction des vaisseaux.

Ces deux faits physiologiques nous rendent compte des effets thérapeutiques si évidents qu'exercent les injections chaudes de 45 à 50°.

C'est par leur action stimulante sur la fibre utérine que les injections chaudes constituent un moyen oxytocique si efficace et si utile pendant l'accouchement.

C'est la double action exercée par l'eau chaude, sur la fibre utérine d'une part, sur les vaisseaux d'autre part, qui nous rend compte de son efficacité, comme agent d'hémostase, dans toutes les métrorrhagies, quelle qu'en soit la cause.

Ces faits physiologiques nous expliquent enfin pourquoi les injections chaudes doivent être préférées, comme moyen d'hémostase, aux injections froides. L'eau froide, en effet, a sur la fibre lisse une action beaucoup moins énergique que l'eau chaude et, en outre, la contraction vasculaire déterminée par le froid au début de son application peut être suivie d'une réaction caractérisée par

la dilatation paralytique des vaisseaux, l'hyperhémie de l'organe : il en résultera que l'hémorrhagie, momentanément arrêtée, reparaîtra avec une plus grande intensité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1887. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Calculs biliaires. Laparotomie. — **M. THIRIAR** (de Bruxelles) adresse un travail sur la laparotomie dans les cas de lithiase biliaire. Il commence par annoncer que les trois malades, auxquels il a pratiqué la cholécystotomie et dont il a parlé au Congrès de chirurgie, sont parfaitement guéris. Il communique ensuite une observation dans laquelle il s'agit d'un malade très amaigri, présentant une teinte ictérique, atteint depuis quatre ans de douleurs et de vomissements. M. Thiriar pratiqua la laparotomie, ne put arriver sur la vésicule biliaire, mais trouva d'abord deux calculs qu'il put extraire facilement; il constata en outre un amas de petits calculs qu'il refoula de façon à libérer le canal cholédoque. Il ferma ensuite la séreuse peritonéale et l'incision abdominale; les suites furent des plus simples; le malade était complètement guéri dix jours après l'opération. Les selles sont devenues très régulières, alors qu'il était constipé depuis vingt ans. Les calculs étaient situés dans l'arrière-cavité des épiploons. C'est donc là un fait curieux de migration des calculs biliaires, assez difficile à expliquer. M. Thiriar pense que ces calculs ont été contenus dans la vésicule biliaire et en sont sortis après l'avoir perforée.

M. POZZI, qui a assisté à cette opération, dit qu'il a reçu des nouvelles de ce malade qui a augmenté de 3 kilogrammes. Ce fait est intéressant en ce sens que deux petits calculs seulement ont été enlevés et que cette laparotomie, presque exclusivement exploratrice, a suffi pour guérir le malade. M. Pozzi donne des renseignements sur la situation exacte de ces calculs. Il ne partage pas l'opinion de M. Thiriar sur leur mode de migration. Il pense qu'ils sont toujours restés sous-séreux et ne sont pas passés directement de la vésicule biliaire dans l'arrière-cavité des épiploons.

Pied-bot. Tarsectomie. — **M. MONOD** présente le moule d'un malade, atteint d'un pied-bot équin très prononcé, qu'il a traité par l'ablation de l'astragale. Le redressement est très suffisant et le malade commence à bien marcher.

M. TERRILLON montre également le moule provenant d'un enfant atteint d'un double pied-bot varus équin, chez lequel il a enlevé successivement les deux astragales et sectionné les tendons d'Achille; le résultat a été immédiatement satisfaisant.

M. SCHWARTZ dit que, dans ces cas, il faut ajouter à l'ablation de l'astragale la section d'un coin du calcanéum ou du cuboïde. Le redressement est alors beaucoup plus complet.

M. LE DENTU, chez une femme dont le pied était complètement renversé, a enlevé l'astragale, le cuboïde en entier et un coin du calcanéum et du scaphoïde. Cette femme marche aujourd'hui très bien.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne pense pas qu'il soit nécessaire d'enlever autant de parties osseuses pour obtenir un bon résultat, un grand nombre de ces malades gagnent beaucoup par l'exercice.

M. LE FORT fait observer que chez les enfants on obtient, avec de la patience, à l'aide de bons appareils et surtout pendant la période de croissance rapide, de très bons résultats sans la tarsectomie. Chez les adultes, au contraire, M. Le Fort préfère une amputation ostéoplastique du pied, qui laisse un moignon plus avantageux, selon lui, que les pieds que l'on obtient après la tarsectomie.

Cure radicale des hernies. — **M. LE FORT** répond à MM. Polaillon et Trélat (voir dernière séance). De l'aveu même de M. Polaillon, le bandage reste nécessaire après l'opération. Ce n'est donc pas là une cure radicale. Il faudrait démontrer qu'il n'y a jamais de récidive après ces cures radicales. En cas de récidive, non pas dans le même point mais à côté du premier trajet, il y a là un danger à cause de la cicatrice péritonéale dont il faut aussi tenir compte. Toutefois, M. Le Fort n'est pas un adversaire absolu de l'opération de la cure radicale. Cette opération est infiniment moins grave aujourd'hui qu'autrefois, mais pour lui le véritable progrès de la chirurgie consiste surtout à éviter les opérations. Selon M. Trélat, une contention difficile et la sortie constante de la hernie indiquent la cure radicale; ce n'est pas l'avis de M. Le Fort qui pense que ces hernies peuvent être maintenues, sinon complètement réduites, au moins maintenues suffisamment pour qu'il n'y ait pas lieu de recourir à une opération offrant toujours un certain danger. Celle-ci n'est indiquée, selon M. Le Fort, que dans certaines conditions, chez des malades pauvres, négligents, qui ne peuvent se procurer de bons bandages ou qui négligent de le porter quoi qu'on leur dise. Ces malades s'exposent d'eux-mêmes à des dangers qu'il est indiqué de conjurer par la cure chirurgicale.

M. TILLAUX reconnaît que la cure radicale des hernies a pris droit de domicile dans la thérapeutique chirurgicale. Guérit-elle radicalement? Est-elle inoffensive? Non, l'extirpation du sac herniaire n'est pas une cure radicale. Il faudra revenir au bandage et malgré cela la hernie pourra se reproduire. La cure radicale est-elle aussi inoffensive que le bandage, ainsi que le dit M. Lucas-Championnière? Ce n'est pas l'avis de M. Tillaux. Il ajoute qu'il ne s'agit pas là d'une opération nécessaire, qui s'impose. Est-elle applicable aux hernies incoercibles? M. Tillaux, comme M. Le Fort, ne croit pas aux hernies incoercibles. Il pense qu'on peut toujours arriver à maintenir une hernie. Il rappelle, à cette occasion, l'histoire d'un cocher de fiacre chez lequel aucun bandage n'était parvenu à maintenir la hernie réduite et qui avait fini par s'en fabriquer un de sa façon, lequel maintenait très bien la réduction de sa hernie. La cure radicale doit être réservée aux hernies irréductibles, douloureuses et s'accompagnant de troubles gastriques. En voulant trop la généraliser, on en compromet gravement l'avenir.

M. RECLUS dit que M. Lucas-Championnière est le seul qui ait soutenu que la cure radicale était indiquée dans tous les cas. Il ne pense pas que cette opinion s'applique aux enfants ou aux jeunes gens. Pour accepter les conclusions de M. Lucas-Championnière, il faudrait démontrer que l'opération est tout à fait innocente, qu'en outre elle est efficace. Jusque-là M. Reclus se range à l'opinion de ceux qui pensent que la cure radicale, excellente opération, n'est indiquée que dans des cas relativement exceptionnels, dans ceux, en particulier, où la hernie est impossible à maintenir par des bandages.

M. TRÉLAT conseille l'opération dès que la hernie marche vers l'aggravation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE relève quelques-uns des arguments de M. Le Fort. Lorsqu'on a fait une cure radicale de hernie, on a enlevé la hernie; M. Lucas ne croit pas que celle-ci se reproduise si l'opération est bien faite. En outre, bien différent est le bandage qu'il faut porter après la cure radicale de celui que l'on doit appliquer avant l'opération. M. Lucas-Championnière croit qu'il est indiqué de maintenir le mot de cure radicale. Il n'admet pas avec M. Le Fort que l'on puisse guérir toutes les hernies par des bandages. Autrefois, ajoute M. Lucas, la chirurgie n'était que la chirurgie des agonisants. On subit encore cette influence-là. Aujourd'hui, la chirurgie a pris des allures tout à fait différentes; la même discussion s'est produite pour la trépanation, pour les ouvertures d'articulations, etc.

Il ne faut aborder certaines opérations que quand on est tout à fait garanti; or, il est évident que, pour la cure radicale des hernies, il faut des précautions très déterminées. Faire autrement, ce serait faire de la chirurgie coupable, car M. Lucas-Championnière admet que cette opération serait très dangereuse sans ces précautions. Il faut donc avoir des convictions antiseptiques très arrêtées. Les opérations de Czerny, de Julliard, de Reverdin, sont des opérations incomplètes, à la suite desquelles les récidives sont très rapides. Après ses opérations, M. Lucas-Championnière constate que la guérison se maintient. Y aura-t-il des récidives

dans l'avenir? C'est ce que les faits démontreront. Quant au bandage qu'il fait porter, il n'a rien de comparable au bandage dont il faut se servir avant l'opération. En résumé, M. Lucas-Championnière croit aux ressources de cette opération, et ne croit pas à sa nocuité. N'opérez pas les enfants trop jeunes, les gens trop âgés, ni les cachectiques, et, en écartant ces cas, on obtiendra toujours de bons résultats.

M. TERRIER partage complètement les opinions de M. Lucas-Championnière. Aujourd'hui on peut réunir 117 cas de cure radicale sans le moindre accident.

M. LE FORT fait observer que M. Lucas-Championnière avoue lui-même qu'il faut des mains particulièrement expérimentées pour faire cette opération. Ce n'est donc pas une opération pour tout le monde. C'est ce qu'a voulu surtout démontrer M. Le Fort.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

36. M. MARCHOUX. Histoire des épidémies de fièvre typhoïde dans les troupes de la marine de Lorient. — 37. M. BERLIOZ. Études cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de M. Lionville et de la retraite de M. Lailler, les mutations suivantes vont avoir lieu dans les hôpitaux :

M. Oulmont passe du Bureau central à l'hospice Larochefoucauld; M. Tennesson passe de Larochefoucauld à Saint-Antoine ; M. Straus passe de Tenon à Saint-Antoine; M. Letulle passe de Sainte-Périne à Tenon ; M. Chauffard passe [du Bureau central à Sainte-Périne.

— Par décret, en date du 8 décembre 1887, ont été nommés dans l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lacoste, Larrouret, Perrusset, Perrier (L.-H.-J.), Cohen, Bruneau, Dufour, Villedary, Perrier (C.-A.), Allix, Durruty et Gehgre.

— Par décret, en date du 8 décembre [1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Bonnescuelle, de Lespinois et Carre.

— Par décret, en date du 9 décembre 1887, M. Marloy, aide-médecin de la marine démissionnaire, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 10 décembre 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bossuet, aide-médecin, docteur en médecine.

— La Faculté de médecine de Paris a décerné les récompenses suivantes aux auteurs des thèses subies pendant l'année scolaire 1886-1887, ci-dessous désignés :

1° *Médailles d'argent.* — MM. Pignol, Malaingre, Roger, Berthod, Marfan, Hallé, Berbez, Caravias, Boiffin ;

2° *Médailles de bronze.* — MM. Clado, Vrain, Véteau, Florand, Delattre, Gilly, Bachelier, Langlois, Loyé, Drouet, Jocqs, Gauvy, Muller, Schnell, Lubet-Barbon, Gaud ; Hartmann, Mérigot de Treigny et Sanchez Toledo ; Braine, Villard, Toupet ;

3° *Mentions honorables.* — Lallemand, Boutier, Condoléon, Petit, Paterne, Lowenthal, Lancry, Berton, Panel, Nicolétis, Vallin, Zynowieff, d'Olsnitz, Crivelli, Gonzalès, Bataille, Laurent, Achard, Dubief, Véraguth, Le Roy, Prioleau, Vanhaecke, Métaxas, Bradley, Calaman, Weber, Blaise, Barnard, Magnin, Bonnet, Farina, Guilbaud.

— Le Conseil de la Faculté a décidé, à l'unanimité, que l'amphithéâtre des cours libres attenant au musée Dupuytren, prendra désormais le nom d'amphithéâtre Cruveilhier.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lhomme est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Desart, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Ziglien est nommé aide d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Galotte, démissionnaire. — M. Friant est nommé aide d'histologie, en remplacement de M. Bardot, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Raynaud est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Benoit. — M. Dumain est nommé préparateur titulaire de pharmacie et de matière médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — Ont été proclamés lauréats de l'école pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : prix de fin d'année, médaille d'argent, M. Pineau; médaille de bronze, M. Moreau; mention, M. Labit. — Deuxième année : Anatomie et physiologie, médaille d'argent, M. Dhome; prix de fin d'année, médaille de bronze, M. Dhome. — Troisième année : Anatomie, médaille d'argent, M. de La Porte; médaille de bronze, M. Cazelles.

Officiat de santé. — Médaille d'argent, M. Létang.

Pharmacie. — Première année; médaille d'argent, M. Huteau; médaille de bronze, M. Richou ; mention, M. Delière. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Moreau ; médaille de bronze, M. Fournioux ; mention, M. Bobot.

Travaux pratiques : Médecine. — Première année : médaille d'argent, M. Moreau ; médaille de bronze, M. Labit ; mention, M. Pineau.

Pharmacie. — Première année : médaille d'argent, M. Huteau; médaille de bronze, M. Delière ; mention, M. Houpert. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Fournioux ; médaille de bronze, M. Baronnet ; mention, M. Bardy.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Maldiney est chargé des fonctions de préparateur de physique, en remplacement de M. Faivre-Dupaigre, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Gérard-Gérard est nommé préparateur de minéralogie, en remplacement de M. Chevallier, démissionnaire.

— *Collège de France.* — M. le professeur Balbiani est autorisé à se faire remplacer par M. le docteur Félix Henneguy, licencié ès sciences naturelles.

— Le concours de l'internat de l'Asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : — 1° internes titulaires : MM. Royet et David; 2° interne suppléant : M. Mathieu.

— Le concours pour deux places de chef de clinique, à l'École dentaire de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Papot et Legeret.

— M. le docteur Bernutz, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine, est mort samedi dernier 10 décembre 1887, à Sedan.

Il appartenait à l'Académie depuis le 28 mai 1872, époque à laquelle il avait été élu dans la section de pathologie médicale en remplacement de Falret.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Brosset, externe des hôpitaux de Lyon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants en médecine de première année sont prévenus que les manipulations de physique, interrompues par suite de l'incendie qui a eu lieu à

l'École pratique (rue Vauquelin) le mois dernier, seront reprises le mardi 13 décembre 1887, à quatre heures du soir, à la Faculté, dans une salle provisoire donnant sur la rue Hautefeuille.

Entrée par la cour de la Faculté et la porte de gauche du grand amphithéâtre.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1880-1881, par le docteur Péan, 1 fort volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Ce volume forme le tome V des leçons du docteur Péan; les quatre premiers volumes se vendent chacun séparément. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Médecine clinique, par M. le professeur G. Sée et M. le docteur Labadie-Lagrave, médecins des hôpitaux, etc., tome IV. *Urologie clinique et maladies des reins,* par M. Labadie-Lagrave. 1 fort vol. in-8° avec 43 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 18 francs.

Avis. — Les tomes I à V sont en vente, le tome VI paraîtra fin janvier. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Traité de pharmacie galénique, par M. le professeur E. Bourgoin, 2e édition revue et augmentée. 1 fort volume in-8° avec 91 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Les religions actuelles, leurs doctrines, leur évolution, leur histoire, peuples sans religions, fétichisme, brahmanisme, bouddhisme, parsisme, judaïsme, mahométisme, christianisme, sectes extravagantes (*Bibliothèque anthropologique,* tome V), par M. le professeur J. Vinson. 1 vol. in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

L'évolution du mariage et de la famille (*Bibliothèque anthropologique,* tome VI), par M. le professeur Letourneau. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22049

12

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium. . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux*: SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux..........; Chlorure de sodium..........; Matières organiques..........	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

78

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

45

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.**— *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris.— BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

49

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

23

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

10

PASTILLES HOUDÉ AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tenifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour (suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

16

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr. Zed*

93

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie LIMOUSIN. ※ 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

39

SOLUTION D'ANTIPYRINE DE TROUETTE

Médicament le plus actif contre les maladies où la *douleur* joue le rôle principal. Chaque cuillerée à bouche contient 50 centigr. d'antipyrine pure.

DOSE : Une cuillerée à bouche toutes les heures jusqu'à effet sans dépasser 8 à 10 cuillerées à bouche dans les 24 heures. Prix : **4** fr. le flacon.

Gros : E. MAZIER, 264, bd Voltaire, Paris et Phies.

25

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a tenu hier, conformément à son programme, sa séance publique annuelle pour la distribution des prix et récompenses de cette année. Elle a eu lieu, comme d'habitude, en présence d'une gracieuse corbeille de dames qui environnait le bureau, et d'une foule compacte de confrères qui refluait jusques aux corridors et à l'avenue de la bibliothèque.

M. le secrétaire annuel Proust a ouvert la séance par la lecture du rapport général sur les prix décernés. Ce rapport est un résumé substantiel des rapports des diverses commissions de prix. On sait avec quel zèle et quel succès M. Proust s'acquitte depuis quelques années de cette tâche.

Son rapport général de cette année n'est pas inférieur, en intérêt, à ceux des années précédentes. Nous y signalerons notamment, parmi les analyses les plus remarquées des rapports des commissions, celle du rapport de la commission du prix Barbier, décerné à M. Galtier, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, pour son très important ouvrage sur la rage envisagée chez les animaux et chez l'homme, au point de vue de ses caractères et de sa prophylaxie, justement considéré par la commission comme une œuvre d'une importance de premier ordre ; celle du rapport de la commission du prix Monbinne, décerné à M. Paul Aubry pour son rapport au ministre de l'instruction publique sur les hôpitaux en Orient, signalant de très curieux détails, et surtout de nombreuses et regrettables lacunes à combler et réformes à opérer dans l'organisation hospitalière de quelques-unes de ces contrées ; celle du rapport de la commission du prix Buignet, décerné à M. Gréhant pour ses belles recherches de physiologie et d'hygiène, sur l'acide carbonique, etc.

M. Proust a payé, au nom de l'Académie, le juste hommage de regrets qui était dû à la mémoire des membres éminents qu'elle a perdus en si grand nombre dans le courant de cette année : Béclard, Gosselin, Vulpian, Giraud-Teulon et tout récemment encore Méhu, et salue la bienvenue des nouveaux élus, dont la Compagnie s'est recrutée : MM. Prunier, Worms, Robin, Marty, Ollivier, Laborde, Péan, François-Franck.

M. Proust a terminé sa lecture, en félicitant MM. Verneuil et Bouchard, de leur avènement à l'Institut. Et à cette occasion, il a exprimé le vœu de voir un jour l'Académie de médecine, qui se rattache par des liens si étroits avec l'Institut et qui se recommande par tant et de si éclatants services, incorporée dans ce corps illustre.

Ce n'est pas la première fois que nous entendons exprimer cette aspiration. Nous aimons à reconnaître et à proclamer en toute occasion l'importance du rôle de l'Académie de médecine, dans la science générale, et les inappréciables services qu'elle rend journellement par ses avis aux services publics et à la population entière, que M. Proust a si bien su faire ressortir dans sa péroraison. Mais plus est vraie et juste cette appréciation, plus il nous semble que l'Académie, par l'éclat même de ses mérites et le rang auquel elle a su s'élever dans l'estime publique, devrait tenir à conserver son autonomie.

Après la proclamation des prix et récompenses faites par M. le président Sappey, M. le secrétaire perpétuel Bergeron a fait ses débuts de panégyriste officiel de l'Académie, en lisant l'éloge académique de Bouillaud.

Nous avons reçu trop tard, pour pouvoir l'insérer, le discours de M. Bergeron. Nous y suppléerons de notre mieux par une rapide analyse.

Avant de rappeler les travaux si éclatants qui ont valu à Bouillaud la légitime illustration dont il a joui pendant une longue carrière, M. Bergeron a tenu à placer, à côté du savant, l'homme « qui, par la pureté de sa vie, par sa probité scientifique et son désintéressement professionnel, lui apparaît comme l'un des plus nobles représentants de la grande corporation médicale française qui, pendant près d'un demi-siècle, a été, par l'éclat de son enseignement, non moins que par sa haute et inattaquable honorabilité, l'éducatrice et le modèle des médecins du monde entier ».

Aussi a-t-il pensé, « qu'en un temps où la plupart de nos gloires scientifiques sont contestées, en un temps où, au delà de nos frontières, et aussi en deçà, on affecte de dédaigner les maîtres qui ont illustré la première moitié de ce siècle, et de faire le silence autour de leurs noms et de leurs œuvres, il était juste qu'à l'occasion de cette solennité, une voix s'élevât pour protester contre cet ingrat déni de justice et pour apprendre aux jeunes générations, qu'à une époque encore récente, mais que les merveilleuses promesses de la

science actuelle semblent avoir reléguée déjà dans un passé lointain, il y a eu de grands esprits dont les découvertes ont enrichi notre patrimoine scientifique, jeté sur la médecine française le plus vif éclat et préparé, en définitive, les progrès qui nous étonnent aujourd'hui ».

Et comme justification de cette appréciation, si elle en avait besoin, M. Bergeron passe en revue les brillants travaux de son ancien maître : depuis son premier mémoire sur l'*Oblitération des veines et son influence sur la formation des hydropisies partielles*, jusqu'à ses dernières œuvres doctrinales, en passant par des recherches sur les fonctions du cerveau, sur le langage et les lésions des lobes antérieurs correspondant à la perte de la parole, et ceux de ses travaux qui l'ont plus particulièrement illustré, ses études sur les maladies du cœur et sa découverte de la loi de coïncidence du rhumatisme articulaire aigu et des lésions valvulaires.

Il était difficile de parler de Bouillaud sans évoquer la mémoire de Broussais et de sa doctrine. De Bouillaud le sectaire ardent et passionné et le militant adversaire des anciens maîtres et de ses émules, alors en possession comme lui de la célébrité, que nous avons connu il y a trente et quarante ans et plus, il n'est guère question dans l'éloge de M. Bergeron. Bouillaud, tout en conservant jusqu'au dernier jour la plénitude de son intelligence, la vivacité et l'abondance de la parole dans les discussions académiques, s'était singulièrement modifié dans les derniers temps, dans ses idées doctrinales, et avait émoussé tout ce qu'il y avait de rigidité et de rudesse dans ses convictions, comme dans sa pratique, également empreintes d'un esprit d'exagération et d'exclusivisme. M. Bergeron nous a retracé le Bouillaud de cette deuxième manière. Aussi tombons-nous volontiers d'accord avec lui sur presque tout ce qu'il en a dit, et nous sommes surtout d'accord à l'égard de la valeur de la plupart de ses travaux, dont quelques-uns laisseront des traces impérissables, et de la dignité de son caractère qui laissera à tous ceux qui l'ont connu les meilleurs souvenirs et restera pour les nouvelles générations un accompli modèle.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Un cas de syphilis héréditaire caractérisé par une infiltration gommeuse quasi généralisée.

L'autopsie que nous avons faite ces jours-ci, d'un petit enfant mort dimanche dernier, est beaucoup trop intéressante et trop instructive, pour que je n'en fasse pas le sujet de la leçon d'aujourd'hui.

Il s'agit d'un petit enfant atteint de syphilis, que l'on m'a amené samedi dernier, à la consultation, alors qu'il était déjà, pour ainsi dire, agonique, moribond, anhélant, les yeux éteints, et d'une pâleur spéciale, blanc comme un linge.

Lorsque nous l'avons découvert, nous avons été frappé de l'existence de deux déformations monstrueuses situées sur les membres supérieurs, c'est-à-dire de deux tumeurs, à peu près aussi volumineuses l'une que l'autre et situées, l'une sur la partie latérale et supérieure du bras gauche, à la l'autre partie inférieure du bras droit.

Cet enfant, qui n'avait pas encore tout à fait un an, nous avait déjà été amené par sa mère, il y a quelques mois, pour des accidents syphilitiques, dont nous parlerons tout à l'heure, et, après un séjour ici de quelques semaines, était sorti guéri. Mais, depuis lors, de nouvelles manifestations syphilitiques se sont produites, et c'est en pleine cachexie qu'il rentrait dans nos salles la semaine dernière.

Le pronostic était des plus faciles, l'enfant étant agonique; néanmoins, nous essayâmes de le ranimer par une médication stimulante, par l'alcool; mais, malgré tout ce que nous avons pu faire, le lendemain il avait succombé.

Avant de vous dire maintenant ce que l'autopsie nous a montré, il est nécessaire de vous parler de la mère de cet enfant, dont l'histoire pathologique présente plus d'un fait curieux.

En effet, cette femme a vingt-neuf ans, elle est de constitution lymphatique et c'est au mois d'août 1881 qu'elle contracta la syphilis. Cette date reculée nous montre déjà un fait intéressant : l'influence prolongée pendant six ans de la syphilis ; d'ailleurs, cette femme ne s'est que très peu et très imparfaitement traitée.

Elle a eu deux enfants. La première grossesse date de l'année 1884 et l'accouchement a eu lieu en 1885 ; l'enfant est mort, à l'âge de deux mois, de convulsions. Or, ceci soit dit en passant, c'est le genre de mort le plus ordinaire des enfants syphilitiques : nous retrouvons, dans des milliers d'observations, l'éclampsie comme la principale cause de leur mort.

Sa seconde grossesse est celle qui a donné lieu à l'enfant mort dimanche. Cette femme est entrée l'année dernière ici, au huitième mois de sa grossesse, présentant des plaques muqueuses vulvaires confluentes, et est accouchée le 27 décembre, d'un enfant parfaitement sain, en apparence du moins, sans aucune éruption, et de taille et de poids moyens. Tout se passa bien et la mère quitta l'hôpital avec son enfant.

Pendant les quatre premiers mois qui suivirent sa naissance, cet enfant resta bien portant, ne présentant aucun signe d'infection héréditaire, détail très important à noter, car d'aucuns ont prétendu que tout enfant qui ne présentait aucune trace de syphilis héréditaire, pendant les premières semaines, était indemne. C'est là une grave erreur, et les faits sont nombreux où la syphilis ne se révèle que beaucoup plus tard ; je pourrais même vous citer des cas où les premières manifestations de la syphilis héréditaire se sont montrées seulement passé l'âge de vingt ans et parfois même de vingt-cinq à trente ans.

Quoi qu'il en soit, chez l'enfant en question, c'est à quatre mois et demi que l'on a constaté, pour la première fois, des syphilides sur les régions frontale et auriculaire, en même temps qu'un coryza abondant, spécial, purulent, qui a entraîné avec lui un certain degré d'irritation de la lèvre supérieure, ainsi que des exulcérations dans les narines. De plus encore, cet enfant étant entré avec sa mère dans mon service, j'ai reconnu aussi l'existence de lésions testiculaires, peu connues encore chez les enfants, c'est-à-dire d'un sarcocèle syphilitique.

Sous l'influence du traitement que nous avons mis en usage, ces différents accidents ont disparu assez promptement, pour qu'au bout de trois ou quatre semaines, la mère et l'enfant puissent quitter l'hôpital, ce dernier ayant recouvré une assez bonne mine et augmenté en poids d'un kilogramme.

Pendant les mois suivants, l'enfant, au dire de sa mère, se porta bien, ayant seulement une petite bronchite qui fut

traitée à l'hôpital Beaujon et guérit rapidement. Ce serait seulement il y a trois semaines, qu'il aurait commencé de nouveau à pâlir, maigrir, s'émacier, puis les jambes se seraient tuméfiées, devenant œdémateuses, puis encore le ventre aurait augmenté de volume; enfin les deux tumeurs, que je vous ai signalées en commençant ma leçon, tumeurs siégeant : l'une à la partie supérieure du bras gauche, l'autre à la partie inférieure du bras droit, auraient apparu, se développant rapidement. Bientôt cet enfant se serait cachectisé et c'est absolument agonique, qu'il est entré ici pour mourir au bout de quelques heures.

Quant à l'autopsie, elle peut se résumer ainsi : infiltration gommeuse syphilitique quasi généralisée.

En effet, nous avons trouvé dans les os des gommes multiples absolument caractéristiques; ainsi sur les humérus, il existait un dépôt gommeux très circonscrit, à droite dans la partie inférieure de l'os, à gauche à la partie supérieure; il en existait également sur d'autres os. De même, sur la calotte crânienne, nous avons constaté une série de dépôts de même nature, les uns circonscrits, les autres étalés en nappe. Nous avons trouvé aussi, dans le tissu cellulaire, des gommes multiples qui laissaient écouler, si on les ouvrait, un liquide vert-pomme, non purulent mais sirupeux, filant, gommeux.

Enfin, nous avons remarqué encore des gommes multiples, miliaires, dans les viscères, notamment dans le foie qui en était criblé; des gommes aussi dans les ganglions et surtout dans les ganglions bronchiques; des gommes dans les poumons, dans les testicules (3 ou 4 dans chacun d'eux), c'est-à-dire dans le tissu testiculaire, où elles tranchaient par leur teinte jaunâtre sur le fond rose de l'organe. Ces dernières nous rendent bien compte du sarcocèle que nous avions soigné alors que cet enfant avait quatre mois.

En résumé, l'autopsie nous a montré une multiplicité extraordinaire de lésions caractéristiques de l'infiltration gommeuse quasi généralisée.

La morale qui se dégage de ce fait, au point de vue de l'enseignement, est la suivante : cet enfant aurait-il pu être sauvé par un traitement énergique au début, il y a trois ou quatre semaines? Je ne puis pas l'affirmer, car, chez lui, la multiplicité vraiment extraordinaire des lésions infectait tout l'organisme. Aurait-il pu être sauvé par un traitement institué dès la naissance? Oui, j'en suis convaincu, et cette conviction je la tire des faits cliniques que je connais, car j'en constate ici chaque année une douzaine au moins qui guérissent parfaitement, lorsque le traitement est commencé dès la naissance.

Cet enfant est né sain, en apparence, et est resté ainsi pendant quatre mois et demi, et cependant on aurait dû le traiter dès sa naissance. Interrogez vos souvenirs, comme je consulte les miens, et vous verrez qu'en général ce n'est pas ce que l'on fait. En pareils cas, le plus souvent, on ne fait rien du tout, se disant, à quoi bon traiter un enfant sain, et l'on ajoute — cette fois avec raison — que l'hérédité syphilitique n'est pas fatale, que l'enfant, né de parents syphilitiques, n'est pas fatalement condamné à avoir la syphilis.

C'est là une pratique malheureusement beaucoup trop répandue et que moi-même j'ai suivie pendant longtemps, et je m'en repens, car je reconnais qu'elle est déplorable, meurtrière, sans que, cependant, j'aie, en quoi que ce soit, l'intention de généraliser et de dire que l'on doit traiter *tous* les enfants syphilitiques, alors même qu'ils n'ont rien.

Il faut savoir distinguer les cas où le traitement est nécessaire de ceux où il ne l'est pas, il faut chercher les indications; les voici d'ailleurs en quelques mots :

1° Un enfant né sain, en apparence du moins, d'un père syphilitique, ne sera pas traité, parce que nous savons que l'hérédité *paternelle* est beaucoup moins fatale que l'hérédité *maternelle* et que, par suite, il a des chances d'avoir échappé à la syphilis;

2° Un enfant né sain, en apparence du moins, d'une mère *anciennement* syphilitique et n'ayant présenté aucun accident de syphilis pendant sa grossesse, ne sera pas non plus traité, bien que, s'il a des chances d'être syphilitique, il en a aussi de ne l'être pas;

3° Un enfant né sain, toujours en apparence du moins, d'une femme *récemment* syphilitique, surtout si elle a eu des accidents vénériens au cours de sa grossesse, doit être traité *énergiquement dès sa naissance*, car il est certain, malgré toutes les apparences contraires, qu'il est syphilitique et que sa syphilis, latente, peut éclater à un moment donné, et déterminer des accidents graves, voire même mortels. C'est le cas du petit enfant qui sert de thème à cette leçon. Il faut le traiter énergiquement, pour conjurer les accidents dont l'échéance, plus ou moins rapprochée, est certaine.

Telle est la conduite que je préconise et que je suis absolument, me repentant de ne l'avoir pas mise en œuvre plus tôt.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

RAPPORT

M. Proust, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés en 1887.

M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de M. Bouillaud.

PRIX DE 1887

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.* — Trois mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné à M. Laurent Secheyron, interne à l'hôpital Saint-Louis, Paris, pour son mémoire inscrit sous le n° 1. — Épigraphe : *Ad extremos morbos summæ curationes quoad rectitudinem sunt optimæ !* (Hipp.)

Prix d'Argenteuil (10 000 francs). — L'Académie a reçu huit ouvrages ou mémoires pour ce concours. — Le prix n'est pas décerné. — Des encouragements sont accordés : 1° 1 500 francs à M. Robert Jamin (de Paris), pour son *Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique*; 2° 1 500 francs à M. le docteur Hartmann (de Paris), pour son travail intitulé : *Des cystites douloureuses et de leur traitement*; 3° 1 000 francs à M. le docteur Tuffier (de Paris), pour son travail : *Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*; 4° 1 000 francs à M. le docteur Noël Hallé (de Paris), pour son mémoire ayant pour titre : *Uretérites et pyélites.*

Prix Barbier (2 000 francs). — Onze ouvrages ou mémoires ont été soumis à l'Académie. — Le prix est décerné à M. Galtier, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, pour son travail intitulé : *La rage envisagée chez l'homme et chez les animaux.*

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — Dix concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Gréhant (de Paris), pour ses *Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'acide carbonique*, mémoire inscrit sous le n° 5.

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Étudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter.* — Deux mé-

moires ont été soumis au concours. — L'Académie ne décerne pas le prix. — Un encouragement de 300 francs est accordé au mémoire inscrit sous le nº 2, portant cette devise : *La science réelle ne vit pas de suppositions, mais de faits bien observés* (Joulin). — L'auteur de ce travail est M. le docteur Avrard (de Paris).

Prix Civrieux (1000 francs). — Question : *Des névralgies vésicales.* — Quatre mémoires ont été adressés au concours. — L'Académie partage le prix entre : 1º M. le docteur Maxime Chaleix (de Bordeaux), auteur du mémoire inscrit sous le nº 1. — Épigraphe : *Vincant quos vincere mavis !* — 2º M. le docteur Henri Hartmann (de Paris), pour son mémoire inscrit sous le nº 4. — Devise : *Vous souffrirez beaucoup et vous vivrez longtemps* (J.-J. Rousseau). — Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Étienne (de Toulouse), mémoire inscrit sous le nº 2. — Devise : *A symptôme défini et durable correspond toujours une lésion* (Guyon). — A M. le docteur Bernard, médecin de la marine en retraite, mémoire inscrit sous le nº 3. — Épigraphe : *L'observation pour guide et la vérité pour but.*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* — « Les auteurs devaient présenter des observations originales recueillies en France. » — Un seul mémoire a concouru. Il avait pour devise : *Ars longa, vita brevis.* — Le prix est décerné à l'auteur de ce travail, M. Léon Mandereau, vétérinaire inspecteur sanitaire, à Besançon.

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie a reçu quatorze ouvrages ou mémoires pour ce concours. — Le prix n'est pas décerné. — Quatre encouragements ont été accordés : 1º 400 francs à M. le docteur Duguet (de Paris), pour son travail intitulé : *Goitres et médication iodée interstitielle* ; 2º 300 francs à M. Senut, médecin-major de première classe à l'hôpital de Bordeaux, pour ses recherches sur la glycosurie et le diabète sucré, leur traitement par les eaux de Vichy ; 3º 300 francs à M. le docteur Henri Dandieu (de Paris), pour son étude expérimentale et clinique de la pyridine et de la collidine comme médicaments respiratoires ; 4º 300 francs à M. Caravias (de Paris), pour son mémoire ayant pour devise : *Tout mal a son remède au sein de la nature ; nous n'avons qu'à chercher* (La Fontaine).

Concours Vulfranc Gerdy. — Trois stagiaires sont actuellement en exercice. — M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, chargé d'étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal, et principalement les eaux de Chaudesaigues, a fait un bon rapport sur ces eaux et l'a déposé avant l'époque fixée par l'article 4 du règlement (du 15 au 31 mars de l'année suivante). — L'Académie lui décerne une somme de 1000 francs pour ce travail. Elle lui accorde, en outre, 3000 francs, avec mission d'aller étudier, en 1887, les eaux minérales de l'Aragon (Espagne).

M. Dumont, élève de la Faculté de médecine de Paris, a été désigné pour observer, au point de vue bactériologique, les eaux minérales de Franzensbad, Karlsbad, Marienbad et Téplitz (Autriche-Hongrie). Une somme de 3000 francs a été versée à M. Dumont.

L'Académie a alloué une somme de 1500 francs à M. Lamarque, élève de la Faculté de médecine de Paris, et l'a chargé d'étudier les maladies traitées par les eaux minérales de Cauterets, pendant la saison thermale de 1887.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Dix concurrents se sont présentés. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1º Une récompense de 500 francs à M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg), pour son *Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical.* Travail inscrit sous le nº 4 ; 2º Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Maubrac, médecin aide-major à Bizerte (Tunisie), pour son mémoire inscrit sous le nº 3, intitulé : *Plaies et ligature de la veine fémorale* ; 3º Un encouragement de 200 francs à M. le docteur Duchastelet (de Paris), auteur du travail nº 8, ayant pour titre : *Capacité et tension de la vessie.*

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : *Étude clinique de l'athrepsie.* — Sept mémoires sur ce sujet ont été soumis au jugement de l'Académie. — L'Académie décerne le prix à M. Adolphe Lesage, interne à l'hôpital Saint-Antoine (Paris), auteur du mémoire inscrit sous le nº 5. — Devise : *L'athrepsie n'est pas une unité pathologique, une affection ; elle est une maladie* (Parrot). — Deux mentions honorables sont accordées à : M. le docteur Gaëtan Dupré, à Longueval (Aisne). Mémoire nº 3. — Épigraphe : *Primo non nocere.* — M. le docteur Jacquemart (de Paris). Mémoire nº 7. — Devise : *Si la science s'accroît par la conquête d'une vérité, elle gagne aussi à la destruction d'une erreur.*

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Le Noir, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Lefèvre (2000 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Trois mémoires sur cette question ont été adressés à l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur A. Paris, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, pour son mémoire inscrit sous le nº 2, ayant pour devise :

Les longs ouvrages me font peur,
Loin d'épuiser une matière,
On n'en doit prendre que la fleur.
(La Fontaine.)

Une mention honorable est accordée à l'auteur du mémoire inscrit sous le nº 9, M. le docteur Élie Nicoulau (de Bordeaux). — Épigraphe : *Fac et spera.*

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — L'Académie a reçu trois ouvrages pour ce concours. Le prix est décerné à M. Aubry (Paul), de Paris, auteur du mémoire nº 1, ayant pour titre : *Rapport à M. le ministre de l'instruction publique, sur les hôpitaux en Orient, l'aliénation mentale et la lèpre.*

Deux mentions honorables sont accordées : 1º à M. le docteur Motais (d'Angers), pour son ouvrage intitulé : *Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés*, inscrit sous le nº 2. 2º à l'ouvrage portant le nº 3, ayant pour titre : *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien. Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine*, par M. le docteur Moura (de Paris).

Prix Oulmont (1000 francs). — Le concours des prix de l'Internat n'étant pas encore terminé, ce prix sera décerné à l'interne des hôpitaux qui aura obtenu la médaille d'or en 1887.

Prix Portal (600 francs). — Question : *De la tuberculose rénale primitive.* — Un seul mémoire a été présenté à l'Académie ; il portait la devise suivante : « *La tuberculose est une maladie infectieuse causée par les bacilles spéciaux découverts par Koch.* » — Le prix est accordé à l'auteur de ce travail, M. le docteur Cayla (Albert), de Neuilly (Seine).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Il n'y a pas eu de concurrent. La même question sera mise au concours pour 1888.

Prix Vernois (800 francs). — Huit ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Mireur (Hippolyte), de Marseille, auteur du travail ayant pour titre : *La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi.* Inscrit sous le nº 6.

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1194.)

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1234.)

Hygiène de l'enfance. — *Médaille d'or :* M. E. Ory, inspecteur du service des enfants assistés et des établissements de bienfaisance du Rhône, pour son rapport sur ces deux services en 1886, et pour son ouvrage : *Guide manuel de la protection des enfants du premier âge.*

Un Rappel de médaille de vermeil : M. Lavergne, pour son rapport sur le service des enfants assistés et le service de la protection du premier âge, en 1885, dans l'Allier.

Deux Médailles d'argent : M. le docteur Ledé (de Paris), inspecteur des enfants du premier âge et des crèches du département de la Seine, pour ses mémoires manuscrits intitulés : 1º Durée du séjour et mortalité des enfants en nourrice, avec tableaux statistiques ; 2º Des nourrices, recherches sur leurs départements d'origine, leur âge, celui de leur lait et applications de la loi Roussel.

M. le docteur Blache, de Paris. Observations sur les résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.

Deux Rappels de médailles d'argent : M. le docteur Séjournet, médecin à Revin (Ardennes), pour ses manuscrits, application et fonctionnement de la loi Roussel dans le département des Ardennes en 1885. Compte rendu des maladies et de la mortalité infantile dans la circonscription de Revin en 1886.

M. Métérie. Rapport sur les enfants assistés et protection du premier âge dans le département du Nord en 1885.

Cinq Médailles de bronze : M. le docteur Mireur. La mortalité des enfants à Marseille comparée à celle de la France et des autres nations.

M. le docteur Quesnoy (de Paris). Les phases de la vie, du berceau à la tombe.

M. le docteur Veillard, à Meung-sur-Loire (Loiret). Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants.

M. le docteur Durand-Desmons, inspecteur. Rapport sur l'exécution de la loi Roussel dans le département de Seine-et-Marne en 1886.

M. Pierre Fleury, inspecteur. Rapport sur les enfants assistés et la protection du premier âge dans le département de la Creuse en 1886.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1886. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1221.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.*

Prix Amussat (900 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier (2 000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *Des gommes syphilitiques.*

Prix Desportes (1 300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (1 500 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1 000 francs). — Question : *Des paralysies dans les deux premières années de la vie; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature.*

Prix Itard (2 700 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laval (1 000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2 600 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies de l'oreille.

Prix Auguste Monbinne (1 500 francs). — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Orfila (4 000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* — D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Que devient ce poison après avoir été absorbé? Dans quels organes séjourne-t-il? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale, et en particulier sur le sang? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort?

Des expériences seront tentées sur les contrepoisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif? »

Prix Oulmont (1 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or), au concours annuel des prix de l'internat.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

Prix Pourat (900 francs). — Question : *Physiologie du muscle cardiaque.*

Prix Saint-Lager (1 500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera décerné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski (1 800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux

éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

Prix Barbier (2 000 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Henri Buignet (1 500 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.*

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *Des néoplasmes congénitaux.*

Prix Desportes (1 300 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours trois places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889 (1).

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1890.

Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque candidat.

Prix Godard (1 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier (3 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laval (1 000 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Louis (4 000 francs). — Question : *Des médications antithermiques.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2 600 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Auguste Monbinne (1 500 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Oulmont (1 000 francs). (Voir plus haut, page 1277.)

Prix Portal (600 francs). — Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologique des capsules surrénales.*

Prix Pourat (900 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Vernois (700 francs). (Voir plus haut, page 1278.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Des pelades.*

Prix Amussat (800 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Barbier (2 000 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Henri Buignet (1 500 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des névrites.*

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *De la leucémie.*

Prix Desportes (1 300 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Falret (1 000 francs). — Question : *Des folies diathésiques.*

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz) (1 200 francs). — Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

Prix Laval (1 000 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Lefèvre (1 800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme), (2 600 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Augute Monbinne (1 500 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Oulmont (1 000 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Perron (3 800 francs.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Du mal perforant.*

Prix Pourat (900 francs). — Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.*

Prix Stanski (1 800 francs). (Voir plus haut, p. 1277.)

Prix Vernois (700 francs). (Voir plus haut, p. 1278.)

Nota. — A l'avenir, les concours des prix de l'Académie de médecine seront clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits très lisiblement en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 décembre 1887, M. Faye, sénateur, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Spuller, dont la démission est acceptée.

— L'Académie des sciences a procédé dans sa séance du lundi 12 décembre 1887, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Boussingault, décédé. Le nombre des votants a été 60. Trois tours de scrutin ont été nécessaires :

1er *tour* : M. Chambrelent, 18 voix ; M. Dehayrin, 17 voix ; M. Duclaux, 14 ; M. Aimé Girard, 11.

2e *tour* : M. Dehayrin, 20 voix; M. Chambrelent, 19; M. Duclaux, 14; M. Aimé Girard, 6.

3e *tour* (ballottage) : M. Dehayrin, 34 voix; M. Chambrelent, 25 voix ; bulletin blanc, 1.

M. Dehayrin, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est proclamé élu.

— *École de médecine d'Amiens.* — Ont été proclamés lauréats de l'École :

Médecine. — Première année : médaille d'argent, M. Caron; mention honorable, M. Delabarre. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Deneuville. — Troisième année : médaille d'argent, M. Boury; mention honorable, M. Patin.

Prix des hospices. — 1er prix. M. Léger; 2e prix, M. Hurtrel; 3e prix, M. Deneuville.

Pharmacie. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Bocquet. — Travaux pratiques. — Première année : médaille d'argent, M. Le-

---

(1) Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie.

prêtre. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Roussel; mention honorable, M. Bocquet.

Sages-femmes. — Médaille d'argent, Mme Bulot.

— M. le professeur Frémy commencera son enseignement de chimie inorganique expérimentale, le mercredi 21 décembre 1887, à midi, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures. Les conférences auront lieu deux fois par semaine. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations, devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22064

N° 151. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1887. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

Pneumo-typhoïde

Par M. le docteur TOUPET, ancien interne des hôpitaux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GHERARDT. Pneumo-typhoïde (*Thuring. Correspondenzblatt*, 1875). — GARBAGNI. Das Pneumo-typhoïde (*Diss. inaug. Wurzburg*, 1875). — LÉPINE. *Revue de médecine*, 1878. — CASTEX. Thèse de Paris, 1879. — GALISSART DE MÉRIGNAC. Thèse de Paris, 1881. — LÉPINE. Sur la pneumo-typhoïde. *Lyon méd.* 1882. — GIRARD. Thèse de Paris, 1882. — LÉPINE. Des pneumonies du début de la fièvre typhoïde. *Union médicale*, 1883. — WAGNER. *Deût. Arch. für Klin. Med.* Bd. XXXV. — LONGUET. *Union médicale*, 1884. — GHERARDT. Das pneumo-typhoïde. *Berlin Klin. Vochensch.* 1885. — GERMAIN SÉE. Des pneumonies infectieuses. *Union médicale*, 1882. — GRASSET. *Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques, la fièvre pneumo-typhoïde, etc.* Paris, 1887. — *Annales de l'Institut Pasteur.* Janv. 1887.

Il y a quelques années, Homolle (*Revue des sciences médicales*, tome IX) donnait de la pneumo-typhoïde la définition suivante : « C'est, disait-il, une pneumonie initiale, qui débute isolément, à la façon d'une inflammation simple, et marque cependant l'invasion de la dothiénentérie. Dans le cours de la première semaine, pendant que les symptômes propres de la pneumonie s'amendent, les signes de la fièvre typhoïde (tuméfaction de la rate, taches rosées, douleurs iliaques) se montrent successivement. »

Cette définition, empruntée d'ailleurs à une clinique de M. le professeur Potain, était alors à peu près admise par tout le monde.

Comment était-on arrivé à cette conception de la pneumo-typhoïde? Cette conception était-elle autorisée? Les recherches bactériologiques récentes permettent-elles de la conserver? Tels sont les principaux points que nous allons successivement examiner.

Mais avant d'essayer de répondre à ces différentes questions, nous voulons bien spécifier que nous n'avons nullement en vue ici ces diverses pneumonies avec état général grave et qui ont été qualifiées par quelques-uns de pneumonies typhoïdes ou pneumo-typhus.

De ces pneumonies les unes s'accompagnent d'état typhoïde en raison du terrain sur lequel elles se développent; d'autres empruntent leur caractère spécial au germe qui leur donne naissance.

Les premières ont été bien décrites par Grisolle, elles sont connues depuis longtemps, ce sont les pneumonies des débilités, des surmenés, des alcooliques.

Les autres, qui tiennent leur malignité de leur origine, ont été l'objet d'études nombreuses dans ces derniers temps; MM. Mathieu, Lancereaux et Besançon, Ménétrier, ont signalé leurs principaux caractères cliniques et anatomiques, et leur ont plutôt donné le nom de pneumonies grippales; c'est M. Hayem et ses élèves qui les ont appelées pneumonies typhoïdes, tout en reconnaissant qu'elles n'ont rien de commun avec la dothiénentérie, et qu'on n'y trouve jamais de lésions ni de plaques de Peyer, ni des follicules clos.

Les unes et les autres n'ont avec la pneumo-typhoïde, mieux appelée encore fièvre pneumo-typhoïde, qu'une simple similitude de nom, nous les laissons complètement de côté, ayant en vue ici uniquement la pneumonie qui marque le début d'une dothiénentérie, ou peut, comme nous le verrons plus tard, constituer à elle seule, dans certains cas, toute la fièvre typhoïde.

I

Cette question de pneumonie en rapport avec la fièvre typhoïde est très ancienne : dès 1829 Louis, tant dans son traité de la gastro-entérite, que dans le compte rendu des autopsies, signale les accidents pneumoniques observés parfois dans la fièvre typhoïde.

Quelques années plus tard, Eisenmann (*Les maladies de la famille du typhus*, Erlangen, 1835) admet que le poison typhique, au lieu de se porter uniquement sur l'intestin, peut atteindre spécialement un autre organe. Il distingue de cette façon le pneumo-typhus, l'ophthalmo-typhus, etc. Il pouvait y avoir là quelque chose de vrai; c'était une première idée de la pneumo-typhoïde; mais il n'y avait que l'idée; car les faits se rapportent à des infections quelconques accompagnées de l'état typhique. Le terme d'ophthalmo-typhus permet à lui seul de deviner immédiatement qu'il s'agit là de tout autre chose que de fièvre typhoïde.

Plus tard Gibbes (*American Journal*, 1842), Barclay, Bedford-Brown, font le récit d'épidémies de pneumonies bizarres avec symptômes typhoïdes, mais les détails qu'ils donnent, surtout au point de vue de l'existence simultanée d'épidémie d'iléo-typhus, ne sont pas suffisants pour que l'on puisse ranger sûrement leurs observations, soit dans les pneumonies

infectieuses, soit dans la fièvre typhoïde. Le premier, en somme, qui ait eu une conception nette de la pneumo-typhoïde, le véritable précurseur de Gherardt c'est Dietl. Dans son ouvrage intitulé *Zur diagnose und therapie des typhus* (1855), on trouve en effet la phrase suivante : « Il y a des typhiques qui, dès les premiers jours, présentent une pneumonie, comme si le processus intestinal se portait en tout ou en partie sur les poumons. Ce sont les vraies pneumo-typhoïdes dans le sens clinique de ce mot, et ce sont elles qui ont été décrites anciennement sous le nom de pneumonies nerveuses et de nos jours sous celui de pneumonies typhiques. Le diagnostic en est souvent difficile, quelquefois même impossible. Dans quelques cas, on voit apparaître un léger exanthème en même temps que la pneumonie, d'autres fois l'exanthème ne survient qu'après. Enfin dans quelques cas il n'y en a pas du tout et le diagnostic n'est fait, et encore pas toujours, qu'à l'autopsie. » Dietl avait surtout observé des cas isolés, des pneumo-typhoïdes survenant comme une très rare exception dans une épidémie d'iléo-typhus. En 1875, Gherardt observa une véritable épidémie de pneumo-typhoïde; dans un court espace de temps il put recueillir huit observations (*Thuring. Correspondenzblatt*, 1875). Ici encore, la fièvre typhoïde régnait, mais la pneumo-typhoïde était exceptionnellement fréquente. Presque tous les malades guérirent, cependant le diagnostic fut toujours sérieusement établi, soit par l'existence des taches rosées (six fois sur huit cas), soit par la marche de la température, le gonflement de la rate, la diarrhée, etc. La seule autopsie qui fut faite était celle d'un enfant d'un an et demi dont le père était mort huit jours avant d'une fièvre typhoïde. Cet enfant succomba au onzième jour de la maladie. On trouva une pneumonie fibrineuse dans les deux poumons ; les ganglions mésentériques étaient très hypertrophiés, l'appareil folliculaire de l'intestin gonflé; enfin il y avait une légère ulcération près de la valvule iléo-cæcale.

Le mémoire de Gherardt fut le point de départ d'une série de mémoires et de travaux parmi lesquels nous devons surtout signaler ceux de M. le professeur Lépine, qui vulgarisa en France l'idée de la pneumonie-typhoïde (*Revue de médecine*, 1878) et publia lui-même en 1882 (*Lyon médical*) une observation de pneumo-typhoïde des plus caractéristiques.

« Un jeune homme de quinze ans, maçon, ayant absorbé un verre d'eau froide étant en sueurs, fut pris de frisson, de fièvre, bientôt suivis de l'apparition des signes d'une véritable pneumonie. Cette pneumonie s'accompagnait d'état typhique, et, au huitième jour, on vit apparaître des taches rosées ; en même temps la température augmentait. Au quatorzième jour, la pneumonie avait disparu, la fièvre typhoïde continua à évoluer avec des accidents nerveux, et, après un mois, le malade tomba dans le marasme et mourut.

A l'autopsie la peumonie avait disparu ; les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés, de couleur violacée, les muscles droits présentaient la dégénérescence de Zeuker. L'intestin n'était pas altéré ; cependant il y avait de la psorentérie dans la dernière moitié de l'iléon, et deux plaques de congestion à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale. Les plaques de Peyer, que l'on distinguait parfaitement, n'étaient pas tuméfiées, mais présentaient l'aspect de la barbe fraîchement faite. »

Nous avons voulu rapporter cette observation parce qu'elle présente un type parfait de pneumo-typhoïde au point de vue clinique, et satisfait complètement à la définition que nous donnions au début de ce travail. Malgré l'absence de lésions tout à fait caractéristiques de dothiénentérie, M. Lépine n'hésite pas à faire de son malade un typhique ; l'évolution clinique, dit-il, est suffisamment nette pour affirmer le diagnostic, et la nature typhique de la pneumonie du début, quoique moins évidente, est cependant très probable. Une observation due à M. Lannois, observation publiée également dans le *Lyon médical* en 1882, nous offre un autre type, différent du précédent, en ce sens que les signes de dothiénentérie simple font défaut, le malade ayant été enlevé dès le septième jour. Il s'agissait d'un homme de vingt-deux ans, fort vigoureux, qui présenta les signes d'une pneumonie lobaire, compliquée d'état typhoïde, de diarrhée et de ballonnement du ventre, et chez lequel le diagnostic de pneumo-typhoïde put être établi, à cause d'abord de l'épidémie régnante de fièvre typhoïde et parce qu'à l'autopsie on trouva un gonflement très net des plaques de Peyer.

Nous venons de rapporter les cas de Gherardt, qui apparurent sous forme d'épidémie, puis nous avons rappelé l'observation de M. Lépine et celle de M. Lannois, où la pneumo-typhoïde s'est montrée plutôt à l'état sporadique. Dans le premier fait, les accidents pneumoniques furent suivis d'une dothiénentérie régulière, dans le second ils constituèrent pour ainsi dire à eux seuls toute la maladie.

Ce n'est pas tout à fait au hasard que nous avons choisi ces exemples, ils constituent pour ainsi dire des types ; on peut en rapprocher toutes les observations, soit celles recueillies dans ces derniers temps, soit celles qui ont été retrouvées dans les ouvrages plus anciens où des faits de ce genre avaient été mentionnés, sans que l'attention eût été spécialement attirée sur eux.

Les relations de pneumo-typhoïdes à forme épidémique, sont jusqu'ici peu nombreuses. Les faits de Gibbes, Barclay et Bedford-Brown ne sont pas suffisamment précis pour que l'on puisse, aujourd'hui, démêler s'il s'agissait bien de pneumonies typhoïdes ou d'une autre variété de pneumonies infectieuses, de pneumonies grippales, par exemple.

Il n'en est pas de même de l'épidémie rapportée plus récemment par Wagner (*Archiv für Klinische Medicin.*, Bd. XXXV). Ici les faits sont beaucoup plus nets, et l'on voit, dans un cercle restreint d'individus, la pneumo-typhoïde survenir chez un sujet antérieurement en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde, ou inversement, une pneumo-typhoïde donner naissance à une dothiénentérie ordinaire. Wagner eut ainsi occasion, dans un espace de temps relativement court, d'observer neuf cas de pneumo-typhoïde. Des examens bactériologiques furent pratiqués, bien incomplets il est vrai, mais nous les mentionnons, parce que ce sont les premiers qui aient été faits dans les cas de ce genre, et, quoique incomplets, ils nous seront plus tard d'une certaine utilité.

Pendant l'hiver et le printemps 1877-78, on observa, à Florence et dans quelques autres villes de la Toscane, des pneumonies qui, par leur évolution clinique et leur mode de terminaison, différaient beaucoup des formes ordinaires de l'inflammation pulmonaire.

Guido Banti, qui a relaté cette épidémie (*Archives générales de médecine*, 1880), classe ces pneumonies parmi les maladies infectieuses, mais sans oser les rattacher à la fièvre typhoïde. « Cependant, ajoute-t-il, l'épidémie parallèle de typhus qui dominait à cette époque pourrait faire supposer que les mêmes micro-organismes capables de le produire, pourraient aussi engendrer ces pneumonies spéciales. Celles-ci, dans cette hypothèse, constitueraient comme

un anneau de transition entre la pneumonie vraie et la dothiénentérie. » On ne voit pas pourquoi, après cette assertion, Guido Banti hésite tant à rattacher cette épidémie à la pneumo-typhoïde ; il y a même là une sorte de contradiction, dont on se rend pourtant compte à la lecture de son mémoire, en le voyant rechercher la caractéristique de la fièvre typhoïde, non pas dans sa cause, mais dans les lésions intestinales qu'elle provoque. Comme ces lésions manquaient, malgré le catarrhe étendu de la muqueuse intestinale dans un cas, le gonflement habituel de la rate, la dégénérescence de Zenker plusieurs fois rencontrée dans les fibres des muscles droits, Guido Banti rejette l'idée de fièvre typhoïde.

Depuis lors, la notion étiologique a pris dans la classification des maladies une part prépondérante, l'identité de cause, admise explicitement par l'auteur italien, nous autorise, croyons-nous, à classer, avec M. Grasset, cette épidémie parmi les épidémies de pneumo-typhoïde.

A côté de ces formes épidémiques, il existe des cas pour ainsi dire sporadiques, apparaissant isolément au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde : ces cas ne sont pas non plus très nombreux dans la science. M. Grasset (*Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques*, Paris, 1877) a réuni les principaux en faisant d'ailleurs de larges emprunts à la thèse de Galissart de Marignac (Paris, 1880) ou à celle de M. Castex (Paris, 1879). Il a lui-même recueilli deux observations originales ; nous en avons trouvé une autre dans la thèse de M. Girard (*De la fièvre typhoïde à début pneumonique*, Thèse de doctorat, 1882). Ces observations se rapprochent toutes plus ou moins des deux types que nous avons cités plus haut. Bien que peu nombreuses, elles ont paru suffisamment caractérisées, pour que l'on ait pu faire de la pneumo-typhoïde une entité clinique.

II

Avant d'examiner les raisons qui plaident en faveur de cette conception, nous devons maintenant essayer d'esquisser un tableau très rapide de la pneumo-typhoïde et tenter d'en donner une description.

Le début, dit M. Grasset, est très net, il se fait beaucoup plus par les symptômes de la pneumonie que par ceux de la fièvre typhoïde.

Ce n'est pas cet état général vague, sans localisation précise, portant sur tout et sur rien, n'étant au fond que la symptomatologie de la fièvre, qui caractérise le début ordinaire de la dothiénentérie. Après quelques jours de prodromes, la fièvre s'allume très ardente ; il y a de la toux, de la douleur de côté, des signes physiques de congestion pulmonaire, puis de pneumonie confirmée. On n'hésite pas en général à poser, en présence de ce tableau, le diagnostic de pneumonie.

Ce mode de début n'est ni celui de la pneumonie, ni celui de la fièvre typhoïde, il cadre bien avec cette idée d'une infection typhique se localisant primitivement sur le poumon. Il ne faut pas croire pourtant qu'il soit absolument de règle ; car dans les observations complètes et bien recueillies, on voit tantôt l'affection s'annoncer par un grand frisson, se manifester chez des gens jusque-là bien portants et cela à la suite d'ingestion d'eau froide ; dans d'autres cas, au contraire, les individus étaient déjà depuis plusieurs jours mal en train, ils avaient de la céphalalgie, de l'inaptitude au travail, quelques-uns avaient eu des épistaxis ; en somme tous les signes d'une invasion typhique, avant l'apparition des symptômes pulmonaires.

La pneumonie est établie, on ne tarde pas en général à reconnaître que l'on n'est pas en face d'une pneumonie vulgaire. Ce qui frappe surtout c'est le contraste qui existe entre l'état général et l'état local. La lésion pulmonaire, dit M. Grasset, n'est pas très étendue, il faut la chercher. L'état général, au contraire, s'accuse d'emblée comme grave, par la fièvre, le délire, la prostration des forces, l'adynamie.

Telle est la première période de la pneumo-typhoïde, la période qu'on pourrait appeler pneumonique ; elle peut à elle seule constituer toute la maladie, et l'on peut voir les patients succomber vers le septième ou le neuvième jour. Dans les faits de ce genre, le diagnostic est toujours très difficile, et si, dans certains cas, l'autopsie a permis de l'établir, dans d'autres, l'examen *post mortem* n'éclaircit pas tous les doutes.

D'autres fois, le malade résiste et l'on voit la pneumonie passer peu à peu au second plan, tandis que la fièvre typhoïde se dessine de plus en plus nettement ; des taches rosées apparaissent, la rate est nettement hypertrophiée, le ventre se ballonne, devient douloureux au niveau de la fosse iliaque. La diarrhée, qui avait pu manquer dès le début, se montre avec tous les caractères de la diarrhée typhique ; en somme une fièvre typhoïde non douteuse évolue dès lors, d'une façon absolument classique.

La durée de cette seconde période est très variable, tantôt très courte (cas de Gherardt), comme si le poison typhique avait épuisé toute son action sur le poumon, tantôt au contraire se prolongeant pendant deux ou trois septénaires.

En somme, il y a deux types cliniques qui nous paraissent assez bien caractérisés par les termes de pneumo-typhoïde simple, et de pneumo-typhoïde avec iléo-typhus consécutif.

La gravité de l'affection s'est montrée très variable suivant les épidémies. Sur neuf cas, Gherardt n'avait eu à constater qu'un décès ; les faits ultérieurs, tant sporadiques qu'épidémiques, ont montré que cette bénignité était loin d'être la règle, et d'une façon générale on peut même affirmer que la pneumo-typhoïde est plutôt une affection grave, mortelle dans bon nombre de cas.

Il est certain qu'en dehors des données étiologiques, le diagnostic au début est toujours excessivement difficile, sinon impossible ; on se trouve en présence d'une pneumonie anomale, par la gravité des symptômes généraux, ce que l'on recherche ce n'est pas la pneumo-typhoïde, c'est l'explication de cette anomalie, soit dans la localisation spéciale de la pneumonie (pneumonie du sommet), soit dans les antécédents du malade (surmenage, alcoolisme, etc.), on ne reconnaît nettement la pneumo-typhoïde qu'à la période dothiénentérique ; dans la période précédente, elle ne peut qu'être soupçonnée, et le meilleur argument de diagnostic reste toujours l'étiologie, les conditions au milieu desquelles la maladie s'est développée.

Nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps à ces considérations cliniques, nous avons tenu surtout à montrer ce que Gherardt, Lépine et Grasset ont appelé pneumo-typhoïde ; nous allons tenter maintenant de passer en revue les diverses raisons qui semblent justifier cette conception et autorisent à faire de la pneumo-typhoïde une entité morbide. Nous examinerons ensuite si les quelques examens bactériologiques pratiqués jusqu'ici, et les données nouvelles fournies par l'étude de certains microbes, permettent encore de la conserver.

III

Gherardt, Lépine, Grasset, qui ont décrit la pneumo-typhoïde classique, celle qui précède l'évolution de l'iléo-typhus, ou, dans quelques circonstances, constitue à elle seule l'unique manifestation de l'infection typhique, croyaient les accidents pulmonaires de même nature que les accidents intestinaux. Ils apportaient à l'appui de leur opinion de nombreux arguments, les uns étiologiques, les autres cliniques, d'autres anatomo-pathologiques ; enfin, ils pouvaient encore et à juste raison invoquer, en faveur de la thèse qu'ils soutenaient, les analogies que leur offrait la pathologie dans l'existence de la fièvre pneumo-palu-déenne et de la pneumonie érysipélateuse. Ces deux dernières affections, dont la nature est peu douteuse, pouvaient à juste titre être rapprochées de la pneumo-typhoïde.

Les conditions dans lesquelles apparaissent les cas de pneumo-typhoïde, sont tout à fait en faveur de leur nature typhique ; toujours en effet on les voyait se développer en même temps que d'autres cas d'iléo-typhus des plus nets ; assez fréquemment, comme dans les observations de Gherardt et de Wagner, en essayant de remonter à l'origine de la maladie, on trouvait qu'un sujet atteint de pneumo-typhoïde avait été contagionné par un autre atteint d'une simple fièvre typhoïde ; dans d'autres circonstances, on voyait la pneumo-typhoïde se développer chez un malade couché dans le lit voisin d'un typhique. C'étaient là de puissantes raisons qui militaient fortement en faveur de l'identité de nature des deux affections.

Quant à expliquer cette détermination spéciale du poison typhique et sa localisation primitive sur le poumon, le problème était plus difficile à résoudre ; il fallait ici invoquer des susceptibilités particulières, ou bien le génie épidémique, ou bien encore la constitution saisonnière, termes tous à peu près aussi vagues les uns que les autres, et peu capables de jeter une bien vive lumière sur ce sujet. Peut-être pourrait-on incriminer, à plus juste titre, la contagion par l'air.

La clinique apportait des arguments également convaincants, ces débuts progressifs par de l'abattement, des maux de tête, des épistaxis précédant de quatre ou cinq jours souvent l'apparition des signes de la pneumonie, étaient bien plutôt en faveur d'une infection typhique que d'une pneumonie ordinaire ; celle-ci, d'habitude, survient brusquement, surprend pour ainsi dire les individus en pleine santé, et s'annonce par un grand frisson.

La diarrhée qui a manqué rarement, l'hypertrophie de la rate presque toujours appréciable, la douleur dans la fosse iliaque, sont notées aussi dans nombre d'observations.

Nous en dirons autant des taches rosées, rencontrées également dans la plupart des cas. La présence de ces taches, considérée encore aujourd'hui par nombre de cliniciens, et des meilleurs, comme un signe certain de fièvre typhoïde, n'a plus, depuis qu'on les a signalées dans quelques cas de granulie ou d'endocardite infectieuse, la valeur pathognomonique qu'on lui attribuait autrefois ; mais il n'en reste pas moins vrai qu'elles conservent toujours une très grande valeur, et dans les cas douteux elles entraînent encore le diagnostic.

C'est surtout dans les autopsies que les auteurs ont cherché des preuves en faveur de la nature typhique de la pneumo-typhoïde. On sait que l'école de 1830, Louis, Chomel, avait fait, de la lésion des plaques de Peyer, le signe pathognomonique de la fièvre typhoïde ; il n'est donc pas étonnant qu'on se soit évertué dans toutes les autopsies à rechercher ces lésions. C'est pour ne les avoir point vues très nettement que Guido Banti hésita à reconnaître la nature typhique aux pneumonies qu'il avait observées. Il admettait pourtant qu'elles pouvaient bien être occasionnées par un micro-organisme identique à celui qui, dans le même moment, donnait naissance à des iléo-typhoïdes. Ces lésions ont été rencontrées quelquefois ; la plupart du temps, on signale une hypertrophie des plaques de Peyer, ou bien encore l'aspect de barbe fraîchement faite, considéré comme spécial aux plaques cicatrisées ; il faut avouer d'ailleurs que les véritables ulcérations, recherchées avec tant de soin, ont été observées assez rarement, et encore tout se bornait-il à une seule ulcération, grosse quelquefois comme une lentille. L'hypertrophie des ganglions mésentériques, leur état violacé, était presque la règle ; mais ces lésions n'étaient pas faites, somme toute, pour emporter la conviction. D'ailleurs, comme le faisait remarquer M. Germain Sée (*Union médicale*, 1882), on n'en est plus à considérer aujourd'hui la lésion des plaques de Peyer, leur simple hypertrophie surtout, comme spéciale à la fièvre typhoïde, nombre de maladies infectieuses la provoquent. D'autre part, il est aujourd'hui bien démontré qu'une fièvre typhoïde, des mieux caractérisées cliniquement, peut évoluer sans lésions intestinales appréciables à l'autopsie. A ce propos, notre ami le docteur Richardière nous a communiqué l'observation d'un malade du service de M. Empis, sur lequel, dans un concours de Bureau central, jury et candidats avaient porté le diagnostic fièvre typhoïde. Le diagnostic fut confirmé par M. Vulpian. Le malade mourut d'une gangrène de la jambe, développée à la fin de la maladie ; et à l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on ne trouva pas traces de lésions intestinales. Cette observation n'est pas unique dans son genre, elle montre que, si les lésions intestinales rencontrées à l'autopsie des pneumo-typhoïdes étaient peu accentuées, il ne faut pas trop chercher là un argument à opposer à leur nature typhique. Loin de nous l'idée d'insinuer que les lésions décrites par Louis n'aient pas une immense valeur ; mais cette valeur n'est pas absolue, et leur absence dans la pneumo-typhoïde s'expliquerait d'autant mieux que le poison typhique, se portant primitivement et spécialement sur le poumon, pouvait n'amener, du côté du tube digestif, que des désordres insignifiants ou nuls.

On voit qu'il y avait en somme un ensemble d'arguments très suffisants pour donner raison à la conception de la pneumo-typhoïde de Gherardt et de Lépine, conception qui s'éloignait légèrement de la définition de M. Potain puisque ces auteurs admettaient l'idée d'une pneumo-typhoïde sans dothiénentérie consécutive. Cependant en France quelques auteurs (Galissart de Mérignac, Castex, — Thèses de Paris 1881 et 1879) continuaient à ne voir, dans la pneumonie du début de la fièvre typhoïde, qu'une simple maladie surajoutée ; d'autre part M. Germain Sée (*loc. cit.*) proposait, chose qui paraît des plus logiques d'ailleurs, de ne pas réserver le nom de pneumo-typhoïde aux simples pneumonies du début, mais de l'appliquer également à celles qui surviennent dans le cours de la maladie, et peuvent constituer la principale localisation de la fièvre typhoïde.

Malgré toute la justesse de cette observation, M. Grasset, dans son travail tout récemment publié (1887), admet encore la pneumo-typhoïde à la façon de Gherardt. Les recherches bactériologiques autorisent-elles à conserver cette manière de voir, ou permettent-elles de concevoir les choses d'une

façon différente? C'est ce qu'il nous reste maintenant à examiner.

Aujourd'hui toute classification des maladies infectieuses doit avoir pour base l'idée de cause et il est presque banal de dire, que pour que deux affections soient considérées comme étant de même nature, il faut et il suffit qu'elles reconnaissent une même cause. Comme le bacille de la fièvre typhoïde paraît aujourd'hui bien connu, de même que celui de la pneumonie, il semble au premier abord que la question de la pneumo-typhoïde ne puisse tarder à être jugée, et que bientôt sa nature typhique ne soit infirmée ou confirmée.

Malheureusement les recherches jusqu'ici ne sont pas encore bien nombreuses, et les résultats ne sont pas tout à fait concordants, ou au moins ne semblent pas venir à l'appui de l'idée ancienne.

Dans les autopsies pratiquées par Wagner, l'examen bactériologique des poumons fut fait, et l'on trouva dans certains cas des microbes encapsulés ; dans d'autres au contraire des microbes sans capsule.

Depuis lors, MM. Chantemesse et Widal ont signalé la présence dans les poumons des typhiques du bacille de la fièvre typhoïde, ou bacille d'Eberth, enfin P. Foa et Bordoni Uffreduzzi (*Riforma Medica*, janvier 1887) ont obtenu le bacille typhique sans mélange en ensemençant le suc pulmonaire d'une région hépatisée. Ce fait, ajoutent-ils, témoigne en faveur de l'unité étiologique de la fièvre typhoïde et de la pneumonie dans le cas présent, mais il ne prouve pas qu'il en soit toujours de même. Ainsi, tantôt on trouve le pneumocoque ou microbe encapsulé, tantôt, au contraire, c'est le bacille de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth.

Il nous serait difficile de tirer une conclusion bien ferme d'examens si peu nombreux, si notre ami, M. le docteur Netter, dont la compétence en bactériologie est indiscutable, ne nous avait annoncé que ses recherches personnelles lui permettaient de confirmer les résultats précédents.

Comment pouvons-nous maintenant expliquer les rapports de la pneumonie et de la fièvre typhoïde? et que devient dès lors la pneumo-typhoïde?

L'interprétation des examens bactériologiques ne nous semble pas douteuse. Microbe encapsulé signifie pneumonie, bacille d'Eberth indique une fièvre typhoïde; si donc, dans certains cas, on trouve le pneumocoque seul dans le poumon d'un malade qui a succombé à la fièvre typhoïde, on peut affirmer qu'il y a eu là deux affections surajoutées.

Quand, au contraire, on rencontrera dans les poumons hépatisés le seul bacille typhique, n'y eût-il pas de lésion intestinale, on pourra affirmer franchement la pneumo-typhoïde. A l'exemple de M. Sée, nous sommes d'avis que ce terme de pneumo-typhoïde s'applique à toutes les pneumonies d'origine typhique, aussi bien à celles du cours et du déclin de la maladie, qu'à celles du début. Voilà, pour nous, les vraies pneumo-typhoïdes. Sera-t-il jamais possible, en dehors de l'examen bactériologique, de distinguer cliniquement la pneumo-typhoïde d'une pneumonie surajoutée? La chose est au moins douteuse. Cependant nous devons dire en terminant que la lecture des observations anciennes de pneumo-typhoïde ferait presque soupçonner cette distinction.

Dans le mémoire de Wagner, l'observation I concerne une jeune fille de vingt-deux ans qui, pendant sept jours, eut du malaise, de l'abattement, des épistaxis, avant l'invasion d'une pneumonie; ce sont bien là les allures de l'infection typhique. L'observation VIII, au contraire, a trait à un jeune homme de vingt et un ans qui, sans prodrome, fut pris d'un frisson violent, de vomissements, et bientôt après de toux et d'un point de côté, quatre jours plus tard il avait de l'herpès, et ses crachats étaient rouillés ; au douzième jour de la maladie, les crachats avaient disparu, mais on découvrit une éruption abondante de taches rosées ; au vingt et unième jour le malade entrait en convalescence.

Dans le cas présent toutes les chances nous paraissent en faveur de la pneumonie surajoutée.

La distinction est loin d'être toujours aussi nette, mais rien ne nous défend d'espérer qu'une fois l'attention attirée sur ce point, la clinique ne parvienne bientôt à différencier la pneumo-typhoïde vraie de la pneumonie surajoutée, et à confirmer cette distinction qui paraît dès aujourd'hui bien établie par les recherches microbiologiques.

En résumé, nous pensons que le poison typhique, dans certaines circonstances, se porte sur le poumon et occasionne une pneumonie : celle-ci peut, à elle seule, constituer toute la fièvre typhoïde ou être suivie plus tard d'une dothiénentérie ordinaire. Dans d'autres cas, le poumon est atteint, ou en même temps que l'intestin, ou seulement après lui, mais la phlegmasie pulmonaire est toujours due au bacille typhique : ce sont là les véritables pneumo-typhoïdes.

En dehors de ces faits, tout porte à croire qu'il survient parfois, au début comme dans le cours ou le déclin de la fièvre typhoïde, une pneumonie vulgaire à pneumocoques : il s'agit alors d'une affection surajoutée ; c'est une seconde infection qui vient compliquer la première ; c'est une fièvre typhoïde avec pneumonie, mais pas une pneumo-typhoïde.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

38. M. Cousin. Des inflammations en masse du cordon spermatique (funiculites totales). — 39 M. Le Ray. Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis, expérimentées à l'hôpital de Brest. — 40. M. Meloche. Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement. — 41. M. Cazaux. Contribution à l'histoire médicale des strophantus. — 42. M. Vian. Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de choix. — 43. M. Gilbert. Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. — 44. M. Richard. Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques. — 45. M. Delaborde. Indurations plastiques des corps caverneux. — 46. M. Le Siner. Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. — 47. M. Léonardon-Lapervenche. Fractures juxta-articulaires ; leur traitement par le massage. — 48. M. Lebatard. Contribution à l'étude des abcès froids des parois thoraciques. — 49. M. Jaymes. De l'ostéomyélite des os du crâne.

Le banquet offert à M. Péan, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, a eu lieu hier à l'Hôtel-Continental ; 220 personnes, anciens maîtres, condisciples ou élèves et amis personnels de Péan ont répondu à l'appel des organisateurs de cette fête et se sont groupés autour de l'éminent chirurgien, pour lui apporter les témoignages de leur estime et de leur admiration et le féliciter de la justice tardive qui vient de lui être rendue. La fête a eu le caractère le plus sympathique et le plus cordial. On sentait qu'un sentiment unanime animait tous les convives. Aussi le moment des toasts venu, les applaudissements répétés qui les ont accueillis, ont montré avec quelle vivacité ce sentiment univoque a fait explosion. Des toasts, dont quelques-uns ont pris les proportions de véritables discours panégyriques, ont été prononcés : par M. Lepage, interne du service de M. Péan à l'hôpital Saint-

Louis; par M. Peyron, directeur de l'administration de l'Assistance publique; par M. Urdy; par M. Guibout, médecin honoraire des hôpitaux; par M. de Pietra-Santa au nom de la Société française d'hygiène dont M. Péan est l'un des vice-présidents; par M. le professeur Peter; par M. Ricord, le vétéran de la médecine française, qui, dans une allocution familière pleine d'humour et de cœur à la fois s'est loué de l'élection de son ami, comme si c'était la sienne propre, « comme si, a-t-il dit, il venait d'être élu pour la seconde fois »; par M. Lenient, professeur à la Faculté des lettres de Paris, au nom des amis de M. Péan, associant dans ses félicitations et ses vœux son excellente compagne, si digne de lui; par M. Bouchut, dont le toast, le plus court de tous, en a tant dit en peu de mots.

Nous reproduisons le discours de MM. Peter et Lepage qui résument à eux deux les principaux titres et les traits essentiels du caractère de l'homme, auquel a été rendu ce si légitime hommage.

Discours de M. Peter.

Messieurs,

Vous voyez aujourd'hui Péan au triomphe, eh bien! moi, je l'ai vu au labeur. Et quel labeur! Je me le rappelle, interne de Nélaton à l'hôpital des Cliniques, travaillant régulièrement de dix-huit à vingt heures sur vingt-quatre, ne quittant la salle d'hôpital que pour l'amphithéâtre de dissection, puis encombrant sa petite chambre d'interne, de pièces anatomiques, lesquelles non seulement diminuaient la somme de l'air respirable, mais le rendaient malsain à respirer.

De sorte que Péan, ce colosse de vigueur, vit enfin sa santé gravement compromise, et dut chercher sous un ciel plus clément le rétablissement de ses forces.

Je n'ai pas voix compétente pour qualifier les découvertes chirurgicales qui lui ont valu son universelle renommée. Je ne veux parler que des travaux et des épreuves dont j'ai été le témoin ému et par lesquels il a acquis son éclatante et légitime position.

Le voilà maintenant de l'Académie; c'est bien! Il est bon de voir glorifier ainsi, quelquefois, le travail dans le travailleur.

Discours de M. Lepage.

Cher maître,

C'est au nom de vos élèves que je prends la parole : leur affluence ici et celle de vos nombreux amis, vous montre mieux qu'aucun discours, combien tous sont heureux de votre succès!

Si vos amis le désiraient, ce succès, vos élèves l'avaient depuis longtemps prévu : eux, qui peuvent apprécier chaque jour, à l'hôpital, les qualités éminentes qui ont fait de vous à juste titre un chirurgien célèbre : ce sont ces qualités qui vous ont ouvert les portes de l'Académie!

De plus autorisés que moi pourront dire quelle impulsion nouvelle vous avez donnée à la chirurgie, comment vous avez simplifié, en les augmentant, les procédés opératoires, en un mot quelle a été votre œuvre scientifique. Je rappellerai seulement que c'est vous qui avez créé, fondé ce magnifique musée de Saint-Louis, dont nous sommes heureux d'apercevoir ici l'inimitable artiste!

Mais ce qu'il m'appartient de proclamer, ce sont les titres que vous avez à la reconnaissance de vos élèves. Affable et bienveillant pour tous, vous ne ménagez ni votre temps ni votre santé pour leur instruction chirurgicale. — Ayant connu, à vos débuts, les difficultés de l'existence, vous ne les avez pas oubliées : aussi, votre sollicitude pour vos élèves ne se contente-t-elle pas d'encouragements platoniques!

Il est un point de votre pratique hospitalière que je tiens à signaler : c'est l'initiative que vous laissez à chaque élève, suivant son degré d'instruction. A cette initiative vous n'imposez d'autre limite que l'intérêt du malade.

Certes, s'il suffisait, pour devenir bon chirurgien, de voir opérer habilement, nous serions auprès de vous aux meilleures places; mais, mieux que personne, vous savez qu'il ne suffit pas d'avoir vu bien faire les choses pour les faire également bien.

Convaincu que c'est seulement en opérant qu'on devient opérateur, vous essayez toujours de fournir à vos élèves l'occasion d'agir : les malades du présent *n'en souffrent jamais*, ceux de l'avenir y gagnent beaucoup.

J'insiste à dessein sur cette particularité de votre enseignement, parce que cette question est d'intérêt général, parce qu'elle est vitale pour le corps de l'internat, parce qu'elle se rattache aux progrès mêmes de la chirurgie française.

C'est là une voie utile, féconde, elle contraste avec d'autres méthodes, venues d'au delà du Rhin, m'a-t-on dit, qui tentent peu à peu à s'implanter parmi nous; elles consistent à restreindre de plus en plus l'action de l'interne et par contre-coup celle de tous les étudiants du service. Si personnellement je n'ai jamais eu à souffrir de ces nouvelles méthodes, d'autres s'en plaignent — trop bas peut-être — : c'est un honneur pour vous de caractériser la méthode inverse, méthode large, libérale, digne d'un Français!

Je bois donc à votre succès et à votre santé! Je suis l'interprète de tous en vous priant de ménager vos forces, afin de vous conserver longtemps à la chirurgie française, à l'affection des vôtres, à celle de vos élèves!

M. Péan a vivement remercié ses amis et a pris l'engagement de continuer à faire tous ses efforts pour maintenir le renom de la chirurgie française.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret, en date du 12 décembre 1887, M. Maurel, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 12 décembre 1887, M. Sauze, aide-médecin de la marine démissionnaire, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1887, un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Rocher, Martin, Caron et Lireux.

Les prix des hospices ont été décernés : 1° à M. Vallée, médaille d'argent et 70 francs; 2° à M. Lenormand, médaille d'argent et 50 francs; 3° à M. Poussier, médaille d'argent et 35 francs.

— *Ecole de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Prix Pillore : M. Lamy; mention, M. Fortin.

Officiat de santé. — Deuxième année. Prix : M. Pauchet.

Pharmacie. — Première année. Prix : M. Hennetier; mention, M. Travers. — Deuxième année. Prix : M. Legrain. — Troisième année. Prix : M. Neveu; mention, M. Gitourdel.

— M. Le Roux soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 20 décembre 1887, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : Recherches sur le système nerveux des poissons.

— La Société d'anthropologie de Paris vient de renouveler son bureau de la manière suivante pour l'année 1888. Président : M. Pozzi. — Premier vice-président : M. Mathias-Duval. — Deuxième vice-président : M. Hovelacque. — Secrétaire général : M. Letourneau. — Secrétaire-adjoint : M. Hervé. — Secrétaires des séances : MM. Fauvelle et Adrien de Mortillet. — Archiviste-bibliothécaire : M. Dally. — Conservateur du Musée : M. Chudzinski. — Trésorier : M. F. de Ranse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Foville, inspecteur général des services administratifs au ministère

de l'intérieur, et de M. le docteur Mairet, médecin-major au 108e de ligne, qui vient de succomber aux suites d'un accident de voiture, à Bergerac.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par Jamain et Terrier. 3e édition. — Tome III, 2e fascicule, par MM. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Hartmann et Broca, prosecteurs à la Faculté. 1 vol. in-18. — Prix : 4 fr. — Ce fascicule est consacré : 1° à la suite des *Maladies de l'appareil de la vision*; — 2° *Maladies de la face*; — 3° *Maladies des joues*; — 4° *Maladies des dents*. — On vend séparément, tome I, 8 fr. ; tome II, 8 fr. ; tome III, 1er fascicule, 4 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22090

11

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel Reboulleau

36

DRAGÉES DE T. GRAS

à l'**huile** de foie **Morue phosphatée.**

Phthisie, Scrofule, Anémie, Débilité.

6 *dragées* contiennent 0gr,60 *de phosphate de chaux.* — **Plus efficaces que l'Huile de foie de Morue seule.** — *Assimilation complète.*

Phie T. Gras, 9, r. Le Peletier, Paris.

8

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

21

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. Beslier, 13, rue Sévigné, Paris (anciennemen 40, rue des Blancs-Manteaux).

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

23

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

184

CACHETS MOISAN AU PAULLINIA VALÉRIANÉ

Souverains contre les névralgies et les migraines même celles qui accompagnent les règles.

Dose 4 p. jour. Les 2 premiers à 20 min. d'intervalle, les 2 autres, de 2 en 2 h. — 1 fr. 50 l'étui, fo. 65, r. d'Angoulême, Paris, et toutes pharmacies.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Grez, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

62

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros chez tous les droguistes.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

78

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreuses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : 5 francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

47

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent de foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Académie de médecine de Paris.)

Hogg

Hogg, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

43

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas 48, avenue d'Italie.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et del'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

7

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Séguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive Bouchardat. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

26

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. Mazier, 264, boul. Voltaire, Paris.

N° 152. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 20 DÉCEMBRE 1887. — N° 152.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

I. Kyste dermoïde de la joue. — II. Prolapsus congénital du rectum avec rétrécissement.

I. Je vais avoir à opérer, dans quelques instants, pour une tumeur de la joue, un malade que j'ai déjà soigné ici même il y a quatre ans, pour un abcès périostique du maxillaire supérieur, affection complètement différente de celle qui doit nous occuper aujourd'hui.

Actuellement donc, il s'agit d'une petite tumeur de la joue ou mieux d'une tumeur située au niveau de la partie inférieure de la région massétérine du côté gauche, et dont le malade nous déclare s'être aperçu pour la première fois à l'âge de huit ans. D'ailleurs elle était toujours restée indolente et n'avait pas dépassé le volume d'une noisette, lorsque, il y a un an ou deux, elle s'est mise à grossir d'une façon notable, tout en restant parfaitement indolore. Aussi, n'est-ce qu'au point de vue esthétique que cet homme est venu nous trouver, réclamant une intervention chirurgicale qui le débarrasse de cette tumeur.

Ses caractères, c'est-à-dire sa forme prismatique, allongée, sa situation entre la peau et le masséter, son aspect régulier et lisse, sa fluctuation et sa mobilité sur les parties profondes et l'absence d'adhérences intimes entre elle et la peau qui est restée normale et sans aucune altération, ne nous laissent guère d'incertitude sur la nature de cette tumeur. Du reste, nous ne pourrions hésiter, à la rigueur, qu'entre un kyste sébacé, une tumeur dermoïde, un lipome, un angiome sous-cutané ou un abcès froid.

Il est des cas où le diagnostic est évident, néanmoins il est toujours très délicat, car il n'existe pas de signe pathognomonique, un seul excepté, c'est-à-dire la ponction exploratrice qui peut fournir des données certaines. Mais chez mon malade je ne l'ai pas faite, et, d'ailleurs en pareils cas, je ne la fais jamais; dans une tumeur *quelconque*, petite ou grosse, quel que soit le liquide qu'elle renferme, si ses caractères et les signes qu'elle présente m'engagent à en pratiquer l'ablation, je n'en fais jamais la ponction exploratrice parce que celle-ci, quoi qu'on en ait dit, peut quelquefois avoir les conséquences les plus fâcheuses. Pour m'y décider il faut que cette ponction soit absolument nécessaire.

Donc ici, la tumeur n'est pas un lipome, car, lorsqu'on vient à la presser entre les doigts, elle ne donne pas la sensation de lobulation que l'on retrouve généralement dans le lipome et de plus elle est fluctuante. Il est vrai que ce dernier caractère n'est pas un signe absolument distinctif puisque parfois le lipome paraît fluctuant aussi.

Ce n'est pas non plus un angiome sous-cutané, car nous ne constatons autour de la tumeur aucun développement vasculaire particulier, et la tumeur ne diminue pas de volume sous l'effet de la compression.

Un abcès froid? Cela paraît peu probable; le malade, ainsi que nous l'avons dit en commençant, n'en a jamais souffert, il n'a jamais eu la moindre douleur à son niveau, et, de plus, nous ne constatons aucune trace d'adhérences inflammatoires de la peau.

Notre diagnostic pourrait donc, en réalité, hésiter seulement entre une tumeur sébacée et une tumeur dermoïde. Mais un kyste sébacé se développe dans une glande sébacée, c'est-à-dire dans la peau, de sorte que la tumeur fait corps avec elle et que celle-ci, par conséquent, ne peut être plissée entre les doigts, au niveau du kyste. Or, ici, la tumeur ne siège pas dans la peau, mais au-dessous d'elle.

De plus, la tumeur date d'un très grand nombre d'années, puisque, dès l'âge de huit ans au moins, le malade en était porteur et probablement même beaucoup plus tôt, ce dont il ne se souvient pas; je dirai même qu'il est très vraisemblable que nous sommes en présence d'un kyste congénial et d'une tumeur dermoïde.

Aussi, après avoir anesthésié localement, à l'aide de la cocaïne, la région massétérine, nous allons procéder à l'ablation de cette tumeur de la manière suivante : incision, décortication externe et pansement antiseptique.

II. Notre second malade est d'une importance plus grande que le précédent, au point de vue chirurgical.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, entré dans nos salles pour une affection du rectum, dont le début remonte aux premières années de sa vie.

De quatre ans à seize ans, il s'est plaint d'un prolapsus du rectum assez douloureux, lorsqu'il allait à la selle, mais qui, pendant ces douze premières années, ne fut jamais soigné. A seize ans, ce prolapsus se compliqua d'hémorrhagies sérieuses que l'on attribua à des hémorrhoïdes, et peu à peu

le caractère du malade se modifia, il devint triste, sombre, morose.

De vingt à vingt-cinq ans, il fut successivement traité par Broca, Gosselin, MM. Labbé et Pozzi, qui lui firent subir chacun une opération. Bref, depuis l'âge de vingt-cinq ans, les hémorrhagies ont cessé. Tenaient-elles à des hémorrhoïdes, et leur disparition à l'ablation de celles-ci? Tout ce que nous pouvons dire, c'est que son prolapsus n'a pas disparu.

Pendant sept ans cet homme ne s'est plus soigné, quoiqu'il souffrît de plus en plus de son infirmité, moralement et physiquement, et c'est tout récemment enfin qu'il s'est décidé à revenir à l'hôpital, réclamant une opération qui le débarrasse définitivement.

Il est probable que la question se présente aujourd'hui sous un jour différent qu'autrefois. Actuellement, chaque fois qu'il va à la selle, et même au moindre effort ou dès qu'il marche, il y a issue du rectum sur une assez grande étendue, avec douleurs vives, et le malade est obligé de se coucher sur son lit pour faire rentrer son prolapsus. Bref, son infirmité est devenue à ce point intolérable qu'elle le conduirait au suicide si l'on n'intervenait pas par une opération.

Voici d'ailleurs en quoi elle consiste : l'anus relâché laisse sortir, au moindre effort ou mouvement de marche, une tumeur qui a la forme d'une ruche à miel, à base large et dont le sommet présente un petit orifice, orifice rétréci à ce point qu'il laisse à peine passer le bout du doigt. Diagnostic : prolapsus du rectum avec rétrécissement.

Les chutes du rectum présentent trois variétés : 1° la plus bénigne, celle que l'on observe dans l'enfance et qui consiste dans une simple éversion de la muqueuse seule, ne dépassant pas 2 ou 3 centimètres de longueur ; 2° la chute allant jusqu'à l'invagination de la partie supérieure du rectum ; 3° entre ces deux variétés extrêmes, une variété moyenne, c'est-à-dire le prolapsus vrai caractérisé par la chute de la totalité des tuniques de l'intestin, et non plus seulement de la muqueuse, qui s'invaginent en dehors de l'anus.

Dans un travail fort intéressant, Gosselin a ajouté que, dès que le prolapsus dépassait 5 ou 6 centimètres de longueur, on constatait, généralement, l'existence en avant du cul-de sac péritonéal. C'est là une des complications que nous avons lieu de redouter aussi chez notre malade.

Le rétrécissement qui complique encore chez lui son prolapsus n'est point d'origine syphilitique ; il n'est pas non plus le résultat d'une ancienne inflammation périrectale, mais il est ou fibreux cicatriciel ou valvulaire et congénial.

Or, le prolapsus de son rectum a été constaté chez notre malade dès l'âge de quatre ans, nons savons que, chez l'enfant, une foule de causes peuvent le déterminer ; s'il s'accompagne de rétrécissement, prolapsus et rétrécissement réagissent l'un sur l'autre de façon à s'accentuer tous deux de plus en plus, avec le temps, et si le rétrécissement, chez lui, était d'origine cicatricielle, il serait irrégulier et présenterait des brides fibreuses.

Chez cet homme, au contraire, il est parfaitement régulier, il occupe son siège normal, il est donc bien valvulaire et j'ajoute congénial, et par conséquent a favorisé le développement du prolapsus. Aussi, devons-nous avoir pour but, dans notre intervention, de guérir à la fois les deux affections : prolapsus et rétrécissement, et non pas seulement l'un des deux, sous peine d'insuccès.

Curling a bien cité un cas où, en se bornant à traiter le rétrécissement par la dilatation progressive pendant dix-huit mois, la guérison de ce rétrécissement a entraîné celle du prolapsus. Mais ce moyen ne me paraît pas applicable, — surtout dans le cas présent — pour les raisons suivantes : d'abord son rétrécissement est très dur, très serré, très résistant, et nécessiterait, par suite, des efforts très grands et de très longue durée. Mais cet homme n'appartient pas à la classe riche, il est pauvre, il a besoin de travailler pour vivre, il n'a donc pas le temps d'attendre une guérison qui lui demanderait dix-huit mois ou deux ans, alors que nous pouvons la lui procurer en un temps relativement court. Il nous faut donc aller vite et recourir à un autre procédé : la rectotomie partielle. Les deux dangers possibles sont : l'hémorrhagie à cause de la vascularité et de l'importance des vaisseaux de la région et surtout la rencontre du cul-de-sac péritonéal antérieur; mais avec toutes les précautions antiseptiques et surtout avec une suture bien faite, un affrontement exact, nous pouvons empêcher toute communication avec la cavité péritonéale. Enfin, nous éviterons toute infiltration gazeuse dans les interstices de la plaie — complication désastreuse — en plaçant un tube dans l'anus, lequel tube permettra aussi des lavages prolongés.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'acné.

I

Je profite aujourd'hui de la présence dans nos salles d'un certain nombre de malades atteints d'acné vulgaire, *acne juvenis*, pour faire avec vous une étude complète de cette affection.

A l'hôpital, notre attention, occupée surtout par des maladies plus graves, s'attache peu, en général, à l'acné, et de plus on vient rarement dans un établissement pour un mal qui, en somme, n'est pas douloureux et n'empêche pas les individus de travailler. Mais en ville, il n'en est pas de même, l'attention s'impose parce que l'acné est désagréable, difficile à traiter, féconde en insuccès, désobligeante par suite pour le médecin, désobligeante plus encore pour les malades à cause de la souillure du visage et de l'enlaidissement chronique qu'elle détermine. Enfin elle est importante à cause du retentissement qu'elle peut avoir et qu'elle a, en réalité, dans certains cas, sur l'organisme : troubles moraux, chagrin, désespoir pouvant aller jusqu'au suicide ; troubles de nutrition, anémie, etc., sans oublier les conséquences sociales qu'elle entraîne parfois avec elle, telles entre autres que le célibat.

Les livres, en général, ne parlent que peu ou point de l'acné, et cependant, comme vous le voyez, la maladie a son importance. Je vous citerai à l'appui le fait récent suivant. Il y a quelques mois, une femme du monde, d'un certain âge, venait me consulter pour sa fille affligée d'une affreuse maladie du visage que, depuis six ou sept ans, nombre de médecins avaient traitée sans parvenir à la guérir. Cette jeune fille, âgée de vingt-trois ans, était plongée dans une tristesse noire, morne, dont rien ne pouvait la distraire et, par suite, se trouvait dans un état d'alanguissement, de pâleur, d'amaigrissement, tels qu'elle donnait des craintes sérieuses à ses parents. Bref, voyant qu'elle ne pouvait pas se marier,

elle était décidée à entrer dans un couvent. Le lendemain la jeune malade m'était amenée ; grande, élancée, très distinguée, mais aussi très pâle, très amaigrie et fort triste, je constatais sur son visage, qui avait dû être très joli, une acné confluente.

Ce fait entre mille nous montre que l'acné doit être considérée comme une maladie véritable.

Mais qu'est-ce que l'acné ? Une inflammation des glandes sébacées et des follicules pileux annexes. L'anatomie pathologique nous montre un processus inflammatoire dans les glandes et les follicules, se traduisant par une hyperhémie des capillaires périphériques, une production séreuse, et la production énorme de cellules lymphatiques se répandant dans les glandes et les follicules. De là : tuméfaction, rougeur et apparition de la papule acnéique, laquelle se termine par résolution, c'est-à-dire par résorption progressive, ou par suppuration. Cette dernière est plus fréquente et l'on voit alors le pus se collecter en ampoule au sommet de la papule et former une papulo-pustule. Si l'inflammation est peu intense, la réparation est possible, les glandes et les follicules reviennent à l'état normal ; si, au contraire, elle est considérable, et d'une certaine durée, il y a désorganisation des glandes et des follicules, formation d'une petite caverne purulente, laquelle se réparera par formation de tissu cicatriciel. C'est ce que l'on appelle l'adénite sébacée et la folliculite pileuse suppurantes.

Les éléments éruptifs de l'acné sont multiples, variables et constituent quatre types, savoir : l'acné papuleuse, l'acné pustuleuse, l'acné indurée, l'acné noueuse ou sous-cutanée.

Le type papuleux ou élémentaire est constitué par une papule ou petite élevure au-dessus des téguments, rougeâtre, sèche de surface, du volume d'une petite tête d'épingle.

Le type pustuleux est comme le second âge de la papule, qui, plus volumineuse, sert de piédestal à la collection purulente qui la surmonte, car si on vient à la percer avec une épingle on voit une gouttelette de pus s'en écouler.

Le type induré n'est autre que le type précédent exagéré, plus volumineux et à base plus dure.

Le type noueux diffère complètement des autres ; en effet, il n'est constitué ni par de la rougeur, ni par une papule, ni par une papulo-pustule, mais par un élément éruptif souterrain, sous-cutané, caractérisé par un soulèvement léger, étalé, du tégument, au-dessous duquel on sent une nodosité ferme d'abord, ramollie plus tard, non mobile, mais adhérente à la peau. Lorsqu'on vient à la percer on fait sortir du pus par l'embouchure du canal sécréteur de la glande sébacée.

Tels sont les quatre éléments éruptifs de l'acné. Or, toute éruption d'acné se compose d'un certain nombre de ces éléments, quelquefois d'un seul, le type papuleux, par exemple, comme chez une jeune femme que j'ai été appelé à voir mardi dernier, mais le fait est rare et ne se rencontre qu'au début de la maladie. Mais le plus souvent elle présente deux, trois ou même les quatre éléments éruptifs. De plus à ces diverses formes de l'acné inflammatoire on voit parfois s'ajouter une forme non inflammatoire, que l'on appelle l'*acné comédon*.

Cette dernière n'est autre que l'accumulation et la rétention dans la glande de ses produits. Elle se traduit par des petits grains noirs apparaissant sur la peau au niveau des canaux sécréteurs de la glande sébacée, quelquefois très petits, à peine visibles, d'autres fois de la grosseur de grains de poudre ou de poivre, et parfois aussi plus considérables, c'est-à-dire du volume d'une tête d'épingle. La pression de chacun de ces petits grains fait sortir un élément vermiforme.

Enfin, troisième caractère, l'éruption d'acné n'est pas seulement polymorphe par la diversité de ses éléments, elle l'est aussi par la différence d'âge de chacun d'eux au même moment, parce que chaque élément n'a qu'une durée éphémère ; par contre l'éruption elle-même persiste pendant des années et s'entretient par une genèse incessante d'éléments éruptifs nouveaux. En effet, on voit continuellement de nouveaux boutons remplacer ceux qui s'éteignent, de telle sorte qu'en somme une éruption est un composé mixte d'éléments jeunes, adultes, vieux et périmés ou cicatrisés.

Qu'est-ce donc en réalité que cette maladie ? Ici, contrairement à tant de dermatoses, l'éruption constitue toute la maladie, car elle ne s'accompagne nullement de troubles généraux (pas de fièvre, nul retentissement sur les fonctions, ni troubles sympathiques), ni de troubles locaux (douleur, chaleur, prurit ni démangeaisons). Elle naît, évolue et disparaît à froid, sourdement. Et, bien que son pronostic n'ait rien de grave ni de sérieux, l'acné n'en est pas moins une affection importante, odieuse, désolante, vexatoire pour les six raisons suivantes sur lesquelles je crois devoir insister.

Elle est désolante par son siège de prédilection, c'est-à-dire la face et le dos ; sur la face le front d'abord, puis les joues et le menton ; sur le dos le département supérieur, c'est-à-dire les épaules. Enfin, après la face et le dos, vient la région sternale.

Elle est désolante en raison de l'âge auquel elle apparaît, c'est-à-dire la jeunesse d'où le nom d'*acne juvenis*. Elle commence, en effet, avec la puberté, se continue pendant toute la jeunesse, après quoi elle décline et disparaît. Il est absolument exceptionnel de rencontrer l'acné aux autres époques de la vie, surtout comme début. Hillairet en a cité un cas chez une petite fille de neuf ans, mais cette enfant était déjà réglée, par conséquent pubère quoique prématurément. C'est donc une maladie des belles années de la vie, des années où la jeune fille est appelée à songer au mariage, où la jeune femme est désireuse de conserver ses avantages physiques.

En troisième lieu, elle est désolante par sa durée, car lorsqu'elle se montre quelque part, elle s'y installe et y persiste pendant des années, surtout si elle est abandonnée à son évolution propre. Ce n'est guère alors que vers l'âge de vingt-cinq ou trente ans qu'elle tend à disparaître. Cependant, il est des sujets chez lesquels elle a persisté jusqu'à l'âge de quarante ans, voire même toute la vie chez d'autres.

Elle est désolante encore par l'impuissance terrible des agents thérapeutiques. Aussi faut-il lutter contre elle par un traitement énergique, si l'on veut en venir à bout, traitement qu'il faut poursuivre pendant longtemps : et parfois même, dans quelques cas, les meilleurs échouent encore.

Elle est désolante aussi par la confluence que revêt quelquefois l'éruption ; de là, les lamentations légitimes des malades. Mais heureusement la confluence n'est pas la règle, et on peut reconnaître à l'acné trois formes : une forme légère, une forme moyenne et une forme confluente.

La forme légère ou discrète est caractérisée par le petit nombre des boutons d'acné, par la bénignité de ses éléments éruptifs ; elle est même assez souvent insignifiante, tant les boutons sont peu nombreux (3, 4, 5 ou 6 seulement).

La forme moyenne est plus importante par la quantité et la qualité des éléments éruptifs (papuleux, papulo-pustuleux, induré et quelquefois même noueux).

Quant à la forme confluente, c'est tout autre chose, c'est l'exagération très accentuée de la forme moyenne. Ici, les éléments éruptifs sont des plus nombreux, au point de se toucher presque; une genèse incessante les entretient si bien que la peau de la région atteinte en est criblée, laissant voir à peine quelques parties saines. De là, un aspect rouge, turgescent, congestif, bourgeonnant de la peau; de là, si c'est la face qui est atteinte, une laideur à son comble, telle que les malades n'osent plus se présenter nulle part, et que, pour certains d'entre eux, c'est la ruine à brève échéance, ne pouvant plus s'occuper de leurs affaires; la misère pour l'ouvrier que l'on repousse, comme un objet de dégoût pour tous, des ateliers où il travaillait, pour le domestique qui ne peut trouver à se placer, etc.

Enfin l'acné est une affection désolante encore par les conséquences morbides qu'elle peut entraîner à sa suite. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'acné retentir sur la santé, non par sympathie organique, mais par troubles nerveux. Les malades tombent alors dans un état de dépression générale, comme à la suite de tout chagrin violent; ils deviennent en proie à la dyspepsie flatulente, à la gastralgie, à une constipation plus ou moins opiniâtre, de là, un alanguissement général des fonctions, un affaiblissement qui va croissant de jour en jour, de là la pâleur, l'anémie et tout son cortège symptomatique, de là des troubles nerveux de tous genres, en un mot une débilitation générale de l'organisme.

Telles sont les six conditions qui font ou peuvent faire de l'acné une maladie importante, sérieuse, grave même par la laideur repoussante, l'état moral et les troubles généraux qui s'ensuivent.

NOUVELLES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ANTIPYRINE,

Par M. le docteur Adolphe Bloch, ancien médecin de l'hôpital du Havre.

L'antipyrine, ou mieux l'*analgésine*, reconnue très efficace contre l'élément douleur, a été utilisée, dans toutes sortes d'affections douloureuses, telles que rhumatismes aigus et chroniques, névralgies, migraines, etc.

Mais il semble que cette substance a des propriétés encore plus complexes, car nous l'avons essayée avec le plus grand avantage, une fois dans un cas de rhinite spasmodique (coryza des foins), et une autre fois dans un cas de somnolence, symptomatique du nervosisme, c'est-à-dire dans deux affections dont la nature est différente des précédentes. Comme l'histoire physiologique et thérapeutique de l'analgésine est encore à compléter, nous avons cru devoir publier ces deux observations qui sortent du cadre des maladies pour lesquelles ce remède est ordinairement employé.

Observation I. — *Rhinite spasmodique (coryza des foins), cessation immédiate des accès au moyen de l'antipyrine.* — M. F... commerçant, âgé de trente-trois ans, vient nous consulter le 6 juillet 1887, pour un *rhume de cerveau*, d'un genre tout particulier, dit-il, dont il est atteint depuis environ deux ans, mais pour lequel il n'a fait aucun traitement parce que cette maladie ne l'empêchait pas de vaquer à ses occcupations.

Chaque jour il a deux accès, l'un le matin, en sortant du lit, l'autre l'après-midi, surtout lorsque la fenêtre est ouverte. Ce sont des éternûments continuels, très pénibles, et d'une violence extrême, accompagnés d'un écoulement très abondant de mucosités séreuses et limpides, qui durent quelquefois toute une demi-journée. Même l'action de se moucher ne suffit pas pour désobstruer les fosses nasales, car le nez coule sans interruption pendant toute la durée de l'accès. En même temps les yeux sont le siège de démangeaisons et de picotements insupportables; ils s'injectent et ils larmoient. La tête est endolorie, principalement au niveau des sinus frontaux, et le malaise s'accompagne généralement de sensations vertigineuses.

L'accès une fois terminé, les éternûments, la sécrétion du nez, et le malaise cérébral cessent complètement, et la santé ne laisse rien à désirer jusqu'à l'accès suivant.

L'examen des fosses nasales et de la gorge ne présente rien de particulier. Il n'y a pas d'obstruction qui puisse expliquer ce genre de coryza. Pour le reste, je ne constate aucun phénomène de nature arthritique ou névropathique qui soit susceptible d'être la cause prédisposante de cette maladie. M. F... soutient qu'il n'a jamais eu de maladie sérieuse et qu'il est issu d'une famille absolument saine.

Traitement : Bromure de potassium, 2 grammes matin et soir, dans du sirop d'écorce d'oranges.

18 juillet. Pas d'amélioration. Nous prescrivons une pilule de cinq centigrammes d'extrait de belladone pour le matin, et des badigeonnages dans l'intérieur du nez avec une solution de 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour 30 grammes d'eau, particulièrement au moment des accès.

25 juillet. Légère diminution du nombre des paroxysmes. M. F... nous communique une liste sur laquelle il a inscrit les variations quotidiennes de ses crises.

19 juillet. Rhume (coryza) vers sept heures jusqu'à neuf heures et demie.

20 juillet. Rhume très pénible jusqu'à une heure.

21 juillet. Bonne journée.

22 juillet. Presque rien.

23 juillet. Rhume à partir de onze heures.

24 juillet. Accès depuis dix heures du matin jusqu'à trois heures, — se trouvait à la campagne.

On remarque donc que deux jours se sont passés sans accès; mais ensuite la maladie a repris avec la même intensité. Traitement: 5 centigrammes d'extrait de belladone deux fois par jour et continuation de la cocaïne.

5 août. Alternatives de bien et de mal d'après le tableau suivant, rédigé par le malade.

26 juillet. Bonne journée.

27 juillet. Très bonne journée.

28 juillet. Maux de tête, soif intense jusqu'à une heure. Rhume très fort de deux heures à sept heures, — se trouvait à la campagne.

29 juillet. Rhume à partir de quatre heures jusqu'à huit heures, mais sans éternûments. — A très bien dormi.

30 juillet. Bonne journée.

Dimanche 31. Très bonne journée, — n'est pas allé à la campagne.

1er août. Très bonne journée jusqu'à cinq heures. A partir de ce moment, rhume avec maux de tête pendant deux heures.

2 août. Presque la même chose que la veille.

3 août. Bonne journée jusqu'à sept heures, puis rhume très fort jusqu'à dix heures du soir.

4 août. Rhume à partir de sept heures jusqu'à neuf heures et demie. Maux de tête très douloureux.

Les effets de la médication par la belladone et la cocaïne n'étant pas encourageants, nous prescrivons : 2 grammes d'antipyrine chaque jour, dont 1 gramme le matin avant de se lever et 1 gramme l'après-midi à trois heures, le deuxième accès survenant d'ordinaire vers quatre heures.

11 août. M. F... revient quelques jours après nous dire que le nouveau traitement l'a bien soulagé. Dès la première dose, le coryza qui n'avait pas discontinué depuis deux ans a cessé, et dans l'espace de huit jours il n'y a eu qu'une crise très légère. Il dit que son nez se dégage dès qu'il a pris de l'antipyrine.

Continuation de l'antipyrine ; mais je conseille de suspendre le traitement dans l'intervalle, pour voir l'effet produit.

30 août. Le bien-être a persisté. M. F... a interrompu le traitement pendant six jours et il n'a pas eu d'accès. Puis il a repris l'antipyrine et n'a eu que deux petites crises dans l'espace de vingt jours.

Nous prescrivons maintenant 1 gramme d'antipyrine le matin à jeun.

5 octobre. L'amélioration a encore augmenté. Du 1er au 20 septembre, il n'a pas eu d'accès, bien que le traitement ait été fait bien irrégulièrement. Du 20 septembre au 3 octobre, la médication a même été abandonnée et, malgré cela, il n'y a eu qu'une crise bien moins intense que les précédentes.

M. F... doit maintenant suspendre la médication, à moins de récidive.

8 novembre. Depuis plus d'un mois, il n'a plus pris de médicament, et le coryza n'a pas reparu. Il y a trois jours seulement, s'étant exposé à l'air sans avoir la tête couverte, il a eu un petit accès qui a immédiatement cessé avec 1 gramme d'antipyrine.

En France, le coryza spasmodique ou coryza des foins est assez rare, en tant que maladie essentielle, mais il se rencontre plus souvent comme affection symptomatique du nervosisme. L'on comprend, en effet, que dans cette névrose, où tout le système nerveux est particulièrement impressionnable, l'hyperesthésie puisse aussi affecter la membrane pituitaire.

Chez notre malade cependant, il n'y a pas de diathèse névropathique proprement dite, et la névrose paraît limitée aux nerfs sensitifs et sécréteurs de la muqueuse nasale, sans être d'origine réflexe. Ce n'est pas l'odeur du foin qui réveille chez lui les paroxysmes, mais la transition du chaud au froid le matin en se levant, l'impression de l'air frais dans la journée, enfin, les promenades à la campagne.

On remarque que l'analgésine a produit un effet immédiat, car les accès ont disparu dès le premier jour du traitement, à la dose de 2 grammes d'abord, et plus tard d'un gramme seulement par jour. En outre, le médicament a agi non seulement comme palliatif, mais encore comme curatif, car la dernière fois que M. F... s'était présenté chez nous, les accès ont totalement cessé depuis plus d'un mois, malgré la suppression du traitement. (Rappelons que la maladie durait déjà depuis deux ans sans aucune interruption.)

Quel a été le mode d'action de l'analgésine dans le cas actuel ? Il est reconnu que cette substance a des propriétés analgésiantes manifestes ; aussi avons-nous pensé qu'elle pourrait peut-être diminuer la sensibilité anomale de la muqueuse pituitaire. Mais nous ne croyons pas que l'action de l'analgésine se soit exclusivement localisée sur les nerfs sensitifs et sécrétoires des fosses nasales ; il est probable que l'hyperesthésie de la muqueuse a disparu, par suite d'une action spéciale de l'analgésine sur les centres nerveux encéphaliques.

Dans ces derniers temps, des travaux nombreux et importants sur le coryza des foins ont paru en Amérique, en Angleterre et dans d'autres pays, car cette maladie est, en général, très tenace, et elle préoccupe vivement les praticiens. Les opinions sont partagées concernant la nature de l'affection, mais la plupart des médecins les considèrent comme étant d'origine nerveuse. Quelques-uns, spécialement ceux qui s'occupent de rhinoscopie, jugent que la véritable cause de ce coryza provient le plus souvent d'une obstruction des fosses nasales, soit par un polype, par exemple, soit par un gonflement anomal des corps érectiles, des cornets, etc. ; mais ils admettent aussi que la névrose nasale peut fort bien exister sans qu'il y ait la moindre lésion.

En présence des insuccès que donne ordinairement l'emploi des agents pharmaceutiques dans ce coryza, on a proposé la cautérisation ignée de la muqueuse nasale, et l'on aurait ainsi obtenu de bons résultats. Mais comme il est probable que ce genre de traitement ne sera pas de suite accepté par tous les malades, l'on pourra essayer l'analgésine avant d'en arriver à ce moyen extrême qui, du reste, ne réussit même pas dans tous les cas.

Obs. II. — *Propension au sommeil dans le jour, chez un névropathe. Disparition de ce symptôme par l'emploi de l'antipyrine.* — M. D... âgé de vingt et un ans au 15 juin 1886, est un névropathe de naissance que nous suivons déjà depuis plusieurs années, car, étant atteint d'une affection essentiellement protéiforme, il est porté à éprouver à chaque instant des malaises de toutes sortes. Actuellement, il se plaint d'une envie de dormir, presque irrésistible, chaque jour après le déjeuner, et comme il est employé de commerce, il ne peut se laisser aller au sommeil, sous peine de perdre sa place. Il nous prie donc instamment de lui prescrire un remède contre ce symptôme des plus incommodes. C'est à la suite d'une fièvre typhoïde que nous avons traitée il y a deux ans, qu'il dit avoir remarqué cette somnolence. Cette maladie a cependant suivi une marche régulière, et il n'y a pas eu de désordres nerveux. Mais M. D... est un névropathe héréditaire. Son père était très nerveux et très enclin à la colère ; il est mort des suites d'une paralysie à cinquante-cinq ans. D... a aussi un frère plus âgé qui est très impressionnable. Enfin une sœur est morte de convulsions à l'âge de huit mois. Par contre, il a une autre sœur, âgée de trente ans, qui, paraît-il, est bien portante.

Dès l'enfance, D... a été atteint de nombreuses maladies. Depuis trois ans, par conséquent antérieurement à la fièvre typhoïde, il est sujet à des vertiges et des maux de tête périodiques. Parfois aussi il éprouve des sensations de défaillance, mais sans crises convulsives. Ses digestions sont souvent mauvaises ; elles occasionnent des aigreurs, des renvois et de la pesanteur au creux de l'estomac. La nuit il est en proie à des cauchemars. Il y a en même temps un certain degré d'irritation spéciale, car les trois dernières vertèbres cervicales et les trois premières lombaires sont douloureuses, à la pression des apophyses épineuses, et le matin au réveil il ressent des maux de reins qui se passent quand il est levé. Il se plaint également, par intervalles, de faiblesse dans les membres inférieurs. Du côté de la peau il éprouve parfois de vives démangeaisons qui durent plusieurs semaines, puis disparaissent pour revenir quelque temps après. Elles existent partout, à la face, sur les membres, dans le dos, à l'anus.

Ces différents symptômes que nous venons d'énumérer alternent les uns avec les autres. Tantôt c'est la tête, tantôt c'est l'estomac, tantôt c'est la peau qui est le siège des manifestations névropathiques. Quant aux envies de dormir, elles se présentent immédiatement après le déjeuner, vers midi, et elles sont des plus opiniâtres. Le va-et-vient du magasin et la ferme volonté d'y résister ne peuvent les faire disparaître ; même en marchant dans la rue il est subjugué par elles, et cet état dure ainsi plusieurs heures, malgré l'emploi d'une forte infusion de café noir.

15 juin 1886. Ce malade étant aussi dyspeptique, nous lui prescrivons de la teinture de noix vomique, comme stimulant local et général, 7 à 8 gouttes avant chaque repas.

22 décembre. Par suite de ce traitement constitué pendant six mois, avec quelques interruptions, la digestion est meilleure et la tendance au sommeil est moins forte. Nous lui conseillons donc de persévérer avec la noix vomique.

16 août 1887. D... ne revient que huit mois après, pensant toujours qu'avec le temps et la volonté, il finirait par se rendre maître de ses somnolences ; mais elles sont toujours tenaces et s'accompagnent de maux de tête et d'énervation.

Nous prescrivons 2 grammes d'antipyrine par jour, 1 gramme le

matin au réveil et 1 gramme à onze heures, avant le déjeuner (la poudre est prescrite dans des cachets).

20 août. L'antipyrine a fait disparaître la somnolence et le malaise qui s'y ajoutait. Le traitement a été commencé le 17 août et le jour même la nouvelle médication a produit son effet.

Nous recommandons alors de réduire la dose à 1 gramme (à prendre le matin à dix heures), et d'essayer de temps en temps de supprimer le remède pendant plusieurs jours.

10 octobre. Les envies de dormir ne sont plus revenues, bien que le malade ne prenait son médicament que tous les deux jours, et que parfois il s'en passait pendant cinq ou six jours. Il dit qu'il a des renvois quand il prend de l'antipyrine et qu'il est aussi très constipé. Nous lui conseillons de rester une huitaine de jours sans traitement.

18 octobre. La tendance au sommeil n'a pas reparu. Nous supprimons la médication.

10 novembre. La guérison de la somnolence s'est maintenue depuis la dernière visite, c'est-à-dire depuis plus de trois semaines, malgré la cessation du traitement.

Comme dans l'observation précédente, l'action de l'analgésine s'est manifestée dès le premier jour, et 2 grammes ont suffi pour faire disparaître la tendance au sommeil.

Plus tard 1 gramme seulement a été nécessaire pour obtenir le même résultat. Nous insistons sur cette quantité de substance prescrite, car dans un travail d'ensemble qui a paru dernièrement sur ce sujet, il est dit que l'action de l'antipyrine est douteuse en général quand elle est administrée à des doses inférieures à 3 grammes (Caravias, Thèse de Paris, 1887. Nous croyons que de fortes quantités d'analgésine, comme celles de 4, 6 et 8 grammes qu'on a conseillées, sont difficilement supportées, surtout par les névropathes.

Nous devons maintenant justifier le diagnostic de *somnolence névropathique* que nous avons porté chez notre malade. On croit généralement que cette tendance au sommeil, après le repas du jour, est un phénomène presque physiologique dont il n'y aurait pas lieu de tenir compte au point de vue de la séméiologie. Mais dans nos climats, et chez un sujet jeune qui n'est pas atteint de polysarcie, la sieste doit être considérée comme une habitude morbide, autrement dit comme une manifestation pathologique dont la cause réside dans une disposition particulière du système nerveux. En effet, c'est dans le nervosisme que le symptôme somnolence s'observe, au même titre que le vertige, la céphalalgie, les palpitations, la dyspepsie, les pertes séminales, et tant d'autres troubles nerveux. Chez les uns, ce besoin de dormir ne survient qu'après le repas du jour; chez d'autres il est pour ainsi dire continuel, sans préjudice du sommeil de la nuit. L'on ne doit pas confondre cette sorte de somnolence avec la maladie appelée narcolepsie ou somnolence invincible. Dans ce dernier cas, la tendance est irrésistible, au lieu que, dans le nervosisme, le sujet peut presque toujours réagir par lui-même, de manière à ne pas en arriver au sommeil proprement dit.

Nous avons donc songé à l'analgésine parce que nous supposions qu'elle pourrait modifier la tendance au sommeil, aussi bien qu'elle modifiait la migraine.

Cet agent thérapeutique, comme nous le croyons, a une action particulière sur l'encéphale, action qui, dans le cas présent, se traduit par une espèce de stimulation substitutive en vertu de laquelle la somnolence a disparu.

L'analgésine a eu les mêmes conséquences que le café noir chez certaines personnes, et, en outre, elle s'est montrée bien plus active que ce breuvage, surtout au point de vue du résultat consécutif. En effet, la somnolence est bien enrayée pour le moment, car il y a plus de trois semaines que le malade a interrompu la cure.

Nous avons à faire remarquer que l'analgésine occasionne des renvois et amène souvent de la constipation, ainsi que nous l'avons observé chez le sujet dont nous venons de parler et chez d'autres à qui nous prescrivions ce remède, comme sédatif dans différentes affections douloureuses.

Il est possible que les renvois et la constipation soient dus à la poudre elle-même, et qu'ils n'auraient pas lieu si l'analgésine était ingérée sous forme de solution dans de l'eau ou dans un sirop. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il ne faut pas renoncer à la prescrire dans des cachets, parce que la saveur spéciale de ce médicament n'est pas facile à dissimuler, même dans des liquides sucrés.

Nous publions aujourd'hui un intéressant article que M. le docteur Bloch nous a remis le 14 novembre dernier. Depuis cette époque, dans une communication à l'Académie de médecine (voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1248), M. Robin a démontré que le médicament, désigné sous le nom d'antipyrine, ne justifiait pas ce nom et devrait prendre celui d'*analgésine*. Partageant complètement cette manière de voir, nous substituons le mot *analgésine* à celui d'antipyrine dans les réflexions qui accompagnent les observations de M. le docteur Bloch.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la démission de M. le docteur Cruveilhier, chirurgien à l'hôpital Beaujon, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain parmi le personnel des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Richelot passera du Bureau central à l'hospice de Bicêtre; M. le docteur Reclus de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon; M. le docteur Peyrot de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine; M. le docteur Marchand de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Lariboisière, et M. Benjamin Anger de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon.

— Par décrets, en date du 16 décembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins docteurs en médecine Vergoz et Gaillard.

— Le concours pour la nomination aux places vacantes de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est terminé vendredi soir, 16 décembre 1887, par la nomination des médecins dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

1. MM. Decaudin, Mérigot de Treigny, Planteau, Dubief, Gény, Barbillion, Courtin, Plateau, Fournel, Monnet.

11. Bœhler, Marciguey, Bernard, Saison, Reuflet, Gougelet, Le Roy, Goureau, Geneix, Marey.

21. Goldstein-Orval, Yvon, Godet, Bocquet, Jacquemart, Alexandre, Bernhem, Weill, Binaut, Retaud.

31. Thoumas, Savoye, Pastol, Petit (Léon), Barbé, Veilleau, Rollin, Duron, Braine, Dusseaud.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le jury du concours du prix Barbier a décidé de décerner un prix de douze cents francs à M. Mergier, préparateur du cours de physique de la Faculté, pour un phocomètre destiné à la mesure des constantes optiques, des objectifs et des oculaires de microscope, ainsi que du microscope lui-même, considéré dans son ensemble.

Un encouragement de trois cents francs est accordé à M. le docteur Crouzat, préparateur du cours d'accouchement de la Faculté, pour un nouveau forceps.

Le reliquat du prix Barbier (500 francs) est attribué à la Bibliothèque de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Denigès est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'agrégé de chimie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Coppens est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale. — M. Lepage est nommé aide-préparateur de physiologie.

M. Tavernier, aide de clinique des maladies syphilitiques, est délégué, en outre, jusqu'au 31 octobre 1888, dans les fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. de Langenhagen (M.-J.-A.) est nommé aide de clinique.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le professeur Chenevier est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Noury est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Bernard est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Chavastelon est chargé des fonctions de préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Bottard est nommé préparateur de physique.

— M. le docteur Adrien Carle est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Montélimar.

— M. L. Petit soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 23 décembre 1887, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Le pétiole des dicotylédones au point de vue de l'anatomie comparée et de la taxinomie. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22106

N° 153. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE JEUDI 22 DÉCEMBRE 1887. — N° 153.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Encore une question de contagion qui couvait et qui vient de faire éclosion. La pelade est-elle ou non contagieuse? Elle semblait résolue, puisque sur l'avis de deux éminents dermatologues, MM. Hardy et Hillairet, le ministre de l'instruction publique avait édicté un règlement en vue de prévenir la contamination dans les lycées et écoles de l'État. D'après M. Ollivier, on se serait un peu trop pressé, peut-être, sur quelques faits de contamination isolés, d'infliger une exclusion momentanée de ces établissements scolaires à d'innocentes victimes d'un préjugé, au préjudice de leurs études et peut-être de leur avenir. M. Hardy avait à justifier la réglementation édictée conformément à son avis. C'est ce qu'il a fait hier dans une allocution vive, animée, dans laquelle il a accumulé les exemples de contagion.

Voilà un accord difficile à établir. La contradiction, il est vrai, n'est pas absolue. M. Ollivier ne prétend point qu'il n'ait pu se produire quelques cas de contagion, mais ils sont trop rares par rapport au nombre considérable de peladeux, pour justifier les mesures trop rigoureuses prises à cet état. M. Hardy, de son côté, ne considère pas la contagion comme fatale, la pelade n'est pas contagieuse à la manière de la rougeole ou de la scarlatine, mais elle l'est assez pour qu'il y ait lieu de se prémunir contre elle.

Voilà où en est le débat jusqu'à présent. MM. Besnier, Vidal, Bucquoy et d'autres encore, sans doute, se proposent de prendre la parole. Nous n'avons qu'à attendre les documents qu'ils vont apporter à la discussion.

L'Académie a procédé hier au renouvellement partiel de son bureau. M. Maurice Perrin a été appelé à y prendre place comme vice-président pour l'année 1888, M. Hérard passant président à la place de M. Sappey. M. Proust reste secrétaire annuel.

Dans la séance prochaine, l'Académie procédera au renouvellement par voie d'élection des commissions permanentes et à l'audition, en comité secret, du rapport de M. le trésorier. Il y a peu d'apparence que la discussion puisse se poursuivre loin dans cette séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Perte de poids du placenta, après son expulsion; examen des taches de sang, de méconium, d'enduit sébacé, de liquide amniotique; pendant combien de temps peut-on affirmer qu'une femme est accouchée? Une femme a-t-elle eu un ou plusieurs accouchements? A quelle époque de la grossesse a eu lieu l'accouchement? Une femme peut-elle être accouchée sans le savoir?

Il arrive quelquefois qu'on trouve, arrêté dans la cuvette de zinc où se réunissent les eaux d'une maison, un placenta. Si, d'autre part, on a trouvé récemment, dans le voisinage, un fœtus ou un enfant, on vous demandera si ce placenta concorde avec ce fœtus, en un mot à quelle date de la vie intra-utérine il correspond. Or, un placenta entièrement développé mesure, en moyenne, 15 ou 16 centimètres de diamètre et pèse 5 ou 600 grammes. Il faut que vous sachiez qu'il perd de son poids, à mesure que la putréfaction se développe. J'ai fait faire des recherches dans ce sens, à un de mes élèves, M. Galisseaux, qui en a fait une thèse, en 1880. Il a trouvé qu'au bout de dix jours, en hiver, un placenta avait perdu le tiers de son poids, et au bout de dix-huit jours la moitié. Il faut certainement attribuer cette perte de poids à l'évaporation. A la Morgue, notre poids moyen des babys est inférieur de 2 ou 300 grammes à celui de la Maternité. Le nouveau-né sort d'un bain qui a duré neuf mois et dont il est comme infiltré : si vous ne lui donnez pas tout de suite de quoi réparer ses pertes, il diminue infailliblement. Ceci est encore plus vrai pour le placenta qui est beaucoup plus poreux et gonflé de liquide.

Il faut aussi rechercher les traces de l'accouchement dans la chambre de la femme : on peut en effet y trouver des taches de sang provenant de la mère et des taches de méconium provenant de l'enfant.

Vous devrez soumettre les taches de sang à l'examen microscopique et spectroscopique et rechercher avec un soin particulier les cristaux de Teichmann ou cristaux d'hématine. Lorsqu'on n'est pas habitué à faire ces recherches, on commet facilement des erreurs et il vaut mieux ne pas s'en charger. A la cour d'Orléans, un expert ayant affirmé, un jour, l'origine humaine de certaines taches, l'avocat qui

nous avait entendu dire que le diagnostic différentiel était presque toujours impossible entre le sang de l'homme et celui des autres mammifères, sur des taches desséchées, demanda un second expert. On fit venir un pharmacien qui reconnut que ce n'était même pas des globules de sang, mais des spores de champignons !

Cette question, déjà assez complexe, de l'examen des taches de sang a été mal engagée, il faut l'avouer, par M. Charles Robin. Il avait pris du linge propre sur lequel il avait déposé du sang menstruel et du sang lochial. Il a fait l'examen quarante-huit heures après et il a dit avoir trouvé dans celui-là peu de fibrine et dans celui-ci beaucoup de globules blancs. Ce sont là des conditions assez commodes; pour ma part, je ne crois pas avoir fait d'expertise plus tôt que deux ou trois semaines après la perte de sang. Je n'insiste pas, il suffit que vous sachiez qu'on a un peu orné l'examen de ces taches d'un certain nombre d'éléments douteux. Mais lorsque vous aurez fait toutes les épreuves, vous pourrez dire avec certitude, si vous êtes en présence de sang de mammifère. Quant au sang humain, vous ne le reconnaîtrez que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, par exemple dans le cas où il se forme un gâteau de sang ayant conservé à l'intérieur du sang liquide. Dans un cas particulier, le sang avait jailli dans une lampe : le médecin qui savait qu'il se conserve très frais sur l'huile, eut la bonne idée de l'y prendre pour son expertise.

Pour le méconium, il est presque impossible de se tromper. Il se montre sous la forme de petits grumeaux colorés par la biliverdine, avec des cristaux rectangulaires transparents de cholestérine et des cellules épithéliales, provenant de l'intestin. On obtient la coloration violette de la biliverdine par l'acide nitrique. De plus, vous ne pouvez pas confondre le méconium avec les matières fécales, où on trouve toujours des débris de fibres musculaires et de fibres végétales. Il est donc caractérisé, non seulement par ce que vous y trouvez, mais aussi par ce que vous n'y trouvez pas.

Vous savez que, lorsqu'un enfant vient au monde, il est entouré d'une espèce de couche de graisse, non miscible à l'eau et que le premier lavage doit se faire avec un corps gras, tel que l'huile. Les traces de cet enduit sébacé ont une grande importance. On les reconnaît facilement, car les cellules épithéliales pavimenteuses superficielles n'ont pas de noyaux comme les cellules profondes.

Lorsqu'une femme accouche, on a soin de garnir le lit de linges pour recueillir le liquide amniotique. Ne vous contentez pas de ces taches amniotiques qui sont, dans la majorité des cas, très mélangées d'urine.

Mais voici où la question médico-légale se complique. Pendant combien de temps peut-on affirmer qu'une femme est accouchée? Déjà, si vous arrivez au dixième ou douzième jour des lochies, il vous est difficile de fixer la date de l'accouchement à un jour près, et vous serez très embarrassés, parce qu'une erreur de ce genre constituera, dans le public, au point de vue de votre réputation, une note fâcheuse. Après six semaines, vous hésiterez entre plusieurs semaines car déjà, vers la troisième semaine, l'utérus a repris ses dimensions habituelles. On a cherché des renseignements dans la sécrétion lactée qui devient, dit-on, plus graisseuse; mais il n'y a pas à se fier à ces caractères. Quand l'accouchement date de plus de six semaines, nous ne pouvons plus rien dire. C'est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés, M. Depaul et moi, dans une affaire où nous étions convaincus, mais sans preuves matérielles, que l'accouchement remontait à deux mois. Les débats l'ont en effet démontré.

Une femme a-t-elle eu un ou plusieurs accouchements? C'est une question très difficile à résoudre, à moins de circonstances particulières. Dans un cas, à Châteaudun, nous avons reconstitué cinq squelettes avec les débris trouvés dans une fosse d'aisance. Est-il vrai que le nombre des cicatrices du col de la matrice corresponde au nombre des accouchements? Non.

On vous demandera encore à quelle époque de la grossesse a eu lieu un accouchement. Une fille dit avoir fait une fausse couche. Est-ce vrai ou non? Nous ne pouvons pas répondre d'une façon bien absolue. Lorsqu'il n'y a ni vergetures, ni déchirures, lorsque surtout l'hymen n'est pas déchiré, on peut dire que l'accouchement a eu lieu à une date prématurée.

Une autre question qui est moins souvent posée aux assises en ce moment, mais qui revenait souvent, il y a une dizaine d'années, est celle-ci : « Une femme peut-elle être accouchée sans le savoir? » Déjà, Hippocrate avait répondu affirmativement, dans le cas d'une crise de coma. Mais il est bien rare qu'une femme se trouve seule dans cet état. Or, la question médico-légale se pose ainsi : Une femme raconte être accouché étant endormie et elle ajoute que l'enfant a été étouffé sous les couvertures. Jusqu'à une certaine époque, on répondait : « C'est impossible. » Mais il s'est produit un fait à la clinique de Paul Dubois, qui ne nous permet plus d'être aussi absolu. Une fille entre le soir, très fatiguée. Elle se couche, s'endort, et à minuit elle se réveille en disant : « Tiens, je suis mouillée ; » elle veut se lever et, alors seulement, elle s'aperçoit qu'elle a un enfant entre les jambes. Ce fait, observé dans des conditions scientifiques chez une fille primipare, ne laisse pas de doute dans l'esprit.

On trouve bien dans Montgomery deux exemples semblables, mais ils ont le défaut d'avoir un peu la tournure des faits divers qu'on lit dans les journaux. Une fois c'est un lord anglais qui était couché à côté de milady et qui, tout d'un coup, pendant que sa femme dormait profondément, sent un troisième petit personnage se remuer dans le lit. Une autre fois, la même chose se passe pour une femme qui couchait avec sa petite fille. C'est celle-ci qui est la première à constater la naissance.

Dans le sommeil artificiel, il n'est pas douteux qu'une femme puisse accoucher sans s'en apercevoir. Il y a deux siècles, s'est jugé un procès qui a fait très grand bruit et qui n'a duré que vingt-deux ans. Au moment où la femme du seigneur de la Palisse allait accoucher, elle s'était endormie et on avait fait sortir tout le monde de la chambre, sous prétexte qu'elle avait besoin de repos. Car vous savez que, dans ce temps-là, toute la famille assistait aux accouchements.

Puis, quand on était revenu, l'enfant était né, pendant le sommeil de la mère. Or, on l'avait fait disparaître et on lui avait substitué aussitôt un remplaçant, qu'on voulait faire hériter du seigneur de la Palisse. La sage-femme a avoué plus tard avoir donné à la mère un breuvage narcotique.

Vous savez d'ailleurs, qu'aujourd'hui, la pratique du chloroforme dans les accouchements devient de plus en plus courante et facile.

HOTEL-DIEU. — M. Reclus.

Fongus du testicule.

Ces jours-ci est passé dans mon service un malade atteint d'une affection assez rare, d'un fongus tuberculeux du testicule.

Chez cet homme, les altérations portent sur les deux bourses : à droite, nous constatons l'existence d'une tumeur qui vient s'épanouir au-devant du scrotum, tumeur grosse comme une petite noix et recouverte d'une membrane rouge granulée, allant de cette tumeur au scrotum, avec lequel elle se confond. En arrière, la tumeur est comme étranglée et se termine par un pédicule qui se prolonge dans la profondeur des tissus et semble se continuer avec une autre tumeur qui rejoint le canal déférent.

Or, que sont ces deux tumeurs? La première, superficielle, située en avant, hors du scrotum, n'est autre que le testicule, ainsi que le démontrent sa forme, sa position et son absence dans les bourses (où l'on ne trouve qu'un vide) et la douleur accablante que l'on détermine par la pression. La seconde, profonde, est l'épididyme, ainsi que le prouvent également sa forme, son volume, sa position et sa continuité avec le canal déférent.

En somme, nous sommes donc en présence d'une hernie du testicule à travers l'enveloppe scrotale, ou mieux d'un fongus testiculaire d'origine tuberculeuse. Sa formation aurait-elle été la suivante, ainsi que le veut certaine théorie : des foyers caséeux déposés dans l'épididyme se sont ramollis, abcédés, et le pus, cheminant, est allé s'ouvrir à l'extérieur par une ou plusieurs ulcérations à travers lesquelles, grâce à une perte de substance, le testicule a fait hernie à l'extérieur. Mais cette théorie vient se heurter à certaines objections : ainsi, si elle était vraie, le testicule ferait toujours hernie à la partie postérieure et non antérieure des bourses.

Or il n'en est pas ainsi chez notre malade, non plus que dans les autres cas de fongus tuberculeux du testicule, qui s'ouvrent toujours à la partie antérieure, tandis que ce sont les foyers épididymaires qui s'ouvrent à la partie postérieure du scrotum.

Dans l'immense majorité des cas de fongus tuberculeux du testicule, l'épididyme reste sain ; ce ne sont donc pas les lésions de ce dernier organe qui entraînent la hernie testiculaire. Je pourrais vous citer à l'appui les deux cas suivants :

1° Celui d'un ouvrier tapissier, entré à la Pitié porteur de lésions analogues à celles que nous observons chez notre malade d'aujourd'hui ; je fis la castration ; et c'était bien le testicule normal qui était recouvert par une membrane rouge et granuleuse ; il est vrai que, dans l'épididyme, je trouvai deux foyers tuberculeux ; mais ils étaient isolés, encapsulés, et les tubercules étaient jeunes, crus et sans aucun rapport avec les altérations du scrotum.

2° Le second cas a été observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, chez un phthisique qui eut un phlegmon dans la partie antérieure des bourses, lequel, suppurant, permit au testicule de s'échapper au dehors. Le malade ayant succombé, je trouvai, à l'autopsie, le testicule sain et l'épididyme avec un petit foyer tuberculeux, cru, récent, encapsulé, et sans rapports avec le scrotum.

Chez notre malade d'aujourd'hui, je repousse toute origine épididymaire. Il est vrai qu'à droite, l'épididyme est bien un peu plus gros ; mais il ne présente ni foyers ramollis, ni fistules se rendant au scrotum, tandis qu'à gauche, la bourse est œdématiée ; elle est rouge, volumineuse, avec un orifice fistuleux laissant écouler une sérosité grumeleuse.

Un stylet, introduit dans la fistule, pénètre entre les téguments et le testicule. Une incision nous a montré aussi l'existence d'un abcès avec une série de diverticules et, le pus évacué, une cavité très large sans communication avec la glande.

Conclusions. — Abcès indépendant de la glande spermatique, mais développé dans l'épaisseur du scrotum, dont les lésions ne reconnaissent pas l'épididyme pour origine, mais le scrotum lui-même, qui a été primitivement tuberculeux. Il n'y a donc pas, en pareil cas, dépôt préalable dans l'épididyme, mais le tubercule est primitif dans le scrotum. Et, d'ailleurs, comment le testicule hernié se serait-il déjà recouvert de fongosités, d'une membrane rouge, granuleuse, dès son issue au dehors. Si le testicule est ainsi revêtu, c'est à cause du foyer existant dans l'intérieur des bourses et reposant sur le testicule. Supposons pour un instant que notre malade, au lieu de rester au lit, se livre à des travaux fatigants, à des efforts journaliers, alors un second fongus se produirait, car rien ne retient les testicules dans les bourses.

Le processus est donc : gomme, ramollissement, ulcération du scrotum et hernie testiculaire.

Si le diagnostic anatomique du fongus est facile, le diagnostic étiologique nous reste encore à faire, car maintes causes peuvent se rencontrer ; 1° un traumatisme accidentel ou opératoire sur le scrotum, ce dernier notamment dans la cure radicale de la hernie, de l'hydrocèle, etc. ; 2° les inflammations gangréneuses, les inflammations survenant quelquefois à la suite d'injections iodées, les infiltrations urineuses, etc. ; 3° enfin, les diathèses tuberculeuse et syphilitique. Mais ce diagnostic étiologique n'est pas non plus difficile, car la cause sera bien connue du malade ; il saura bien dire s'il y a eu ou non traumatisme, inflammation ; les commémoratifs seront là ; les seules difficultés seront entre la syphilis et la tuberculose, et encore, dans la majorité des cas, l'examen du corps des malades vous dévoilera des lésions concomitantes, et celles-ci même, je suppose, faisant défaut, le recours au traitement mixte (iodure de potassium et mercure) tranchera la question par les modifications rapides qu'il déterminera sur les foyers syphilitiques.

J'ai dit que le fongus était un signe de la hernie du testicule, et que cette forme était certainement la plus commune ; mais il y a une seconde variété de fongus. Dans certains cas, de l'albuginée et de l'épaisseur des testicules, partent des bourgeons charnus qui viennent s'épanouir au-devant du scrotum et constituer ce que l'on appelle le fongus parenchymateux profond, par opposition au fongus superficiel et albugénique. Mais comment distinguer ces deux fongus? Par l'évolution du mal.

Si vous avez affaire au fongus superficiel, un abcès se forme et le fongus apparaît tout à coup, aussi gros le premier jour qu'il le sera plus tard, puisque, en réalité, ce fongus n'est autre que le testicule lui-même, faisant hernie au dehors. S'il s'agit de fongus profond, le processus détruit les bourses, la tunique albugénique, et, quand le foyer testiculaire se sera évacué au dehors, il faudra une formation de bourgeons charnus, assez exubérante pour remplir le tes-

ticule et s'étaler à la superficie de la glande; alors la tumeur, arrondie, n'aura plus la forme d'un testicule, mais l'aspect framboisé, une consistance moindre; la pression ne déterminera pas les douleurs accablantes dont nous parlions tout à l'heure, et, de plus, vous trouverez dans les bourses le testicule à l'état de débris ou atrophié. Le diagnostic entre ces deux variétés de fongus ne sera donc pas difficile non plus, et, d'ailleurs, le fongus profond est très rare, tandis que l'on voit fréquemment le fongus superficiel, c'est-à-dire la hernie du testicule succéder au traumatisme, à l'inflammation, à la tuberculose et à la syphilis.

Il est possible que le fongus profond se rencontre dans la tuberculose, mais c'est extrêmement rare, et je n'en connais qu'un ou deux faits, tandis qu'on ne le trouve guère, au contraire, que dans la syphilis.

Nous arrivons maintenant à la question du traitement. Lorsqu'il s'agit de fongus profond, il faudra abraser, enlever la tumeur, en cautériser la base et recourir à un traitement général énergique. Ce dernier, quelquefois, à lui seul peut suffire, sans aucune opération. Si nous avons affaire au fongus superficiel, faut-il en arriver à faire la castration? enlever la glande, aviver les parties et chercher la réunion par première intention? C'est là un traitement trop rigoureux, trop radical, dans la majorité des cas, sauf lorsqu'il est avéré que le testicule et l'épididyme sont envahis et que l'organe est perdu.

Un autre traitement consiste à débrider l'orifice par lequel le testicule a fait hernie et refouler celui-ci dans les bourses, aviver les pertes de substance de l'anneau et suturer pour arriver à la réunion par première intention. Mais je me méfie quelque peu de ce traitement, car le foyer tuberculeux primitif a une paroi profonde, constituée par des fongosités et non par des bourgeons charnus, par des granulations tuberculeuses gris blanchâtre; de plus, l'albuginée est épaissie et contient des granulations grises. Or, est-ce un bon moyen que de renfermer dans les bourses de semblables granulations? Non, d'autant plus que nous savons que, exposées à l'air, elles ont de la tendance à guérir spontanément; que, de plus, elles peuvent être traitées plus efficacement par des applications de poudre d'iodoforme, par exemple. C'est même le moyen auquel je vais avoir recours chez mon malade, avec l'espérance de voir la membrane granuleuse devenir adhérente au rebord de la perte de substance, puis se rétracter peu à peu, comme toute membrane inodulaire, l'espérance de voir aussi, par suite, le testicule rentrer lentement de lui-même dans les bourses, soit, en un mot, une guérison lente mais spontanée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant à l'Académie des documents de nature à intéresser l'hygiène publique, insérés dans un journal de Malaga (renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trasbot et Brouardel);

2° Des lettres de M. le ministre du commerce relatives : à des épidémies, aux vaccinations et aux eaux minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Jeannel (de Toulouse), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats, au titre de membre correspondant (section de chirurgie);

2° Une lettre de M. le docteur Jablonski (de Poitiers), faisant la même demande;

3° Une lettre de M. le docteur Huguenard, médecin-major au 6e hussards, à Bordeaux, transmettant une observation de psoïte suppurée d'origine palustre (comm. des épidémies);

4° Deux paquets cachetés, l'un de M. le docteur Deroye (de Dijon), l'autre de M. le docteur Donatien Labbé (de Paris).

M. Brouardel, à propos des considérations que M. Albert Robin a présentées récemment à l'Académie sur l'antipyrine, rappelle que, dans une note sur l'action physiologique de l'antipyrine qu'il a présentée en mars 1885, avec M. Paul Loye, à la Société de biologie, ils ont indiqué les résultats d'expériences établissant le rôle antifermentescible, antigerminatif et antiputrescible de l'antipyrine, même à des doses faibles; résultats qui peuvent être rapprochés de ceux qu'a constatés M. Robin.

M. Cornil dépose sur le bureau, au nom de MM. Spillman et Hanshalter (de Nancy), une note sur la détermination du bacille de la tuberculose par les mouches.

M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire en M. Bernutz, membre titulaire dans la section de pathologie interne.

M. Féréol, sur l'invitation de M. le président, donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Bernutz (applaudissements.)

M. le Président déclare une vacance dans la section de physique et de chimie.

LECTURES

Extirpation du larynx. — M. A. Demons, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, communique à l'Académie deux cas d'extirpation du larynx pour des tumeurs épithéliales. Dans un premier cas, en mai 1887, il a enlevé seulement une portion de cet organe. Dans le deuxième cas, le 7 juin, il en a pratiqué l'ablation complète. Les deux malades sont actuellement en état satisfaisant.

Kélotomie infantile. — M. H. Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'opération de la hernie étranglée chez le nouveau-né.*

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau pour l'année 1888.

On procède d'abord à l'élection du vice-président, en remplacement de M. Hérard, passant de droit à la présidence.

M. Maurice Perrin est élu à l'unanimité (61 voix sur 62 votants, un bulletin nul).

L'Académie maintient par acclamation **M. Proust** au bureau, comme secrétaire annuel.

On procède enfin à l'élection de deux membres du conseil, en remplacement des deux membres sortants.

Les deux membres du conseil élus sont : **M. Charcot** et **M. Panas.**

DISCUSSION SUR LA PELADE

L'ordre du jour appelle la discussion sur la pelade. La parole est à M. Hardy.

M. Hardy. M. Ollivier a plaidé en faveur des peladeux exclus des écoles et des lycées, qui seraient de malheureux innocents qui ne méritent pas le sort auquel on les condamne, n'étant nullement dangereux. M. Ollivier demande qu'on abroge les règlements actuels qui exigent leur exclusion des écoles.

C'est en 1875, une épidémie de pelade s'étant déclarée au petit collège de Vanves, que le ministre de l'instruction publique demanda à MM. Hardy et Hillairet de se rendre au collège pour constater la nature de la maladie et lui proposer les mesures propres à prévenir les épidémies semblables. MM. Hardy et Hillairet deman-

dèrent que dorénavant, dès leur arrivée au lycée, les élèves eussent les cheveux coupés ras, qu'à leur entrée leur tête fût visitée par le médecin de l'établissement, et que cet examen fût renouvelé tous les quinze jours, et que dès qu'un enfant serait convaincu d'être atteint d'un herpès tonsurant ou d'une pelade, il fût rendu à sa famille, et qu'il ne pût être réintégré en classe qu'après la guérison bien constatée.

Un règlement fut établi dans ce sens. Depuis qu'il est en vigueur, le nombre des cas de maladies parasitaires a beaucoup diminué dans les lycées.

C'est ce règlement dont M. Ollivier demande l'abrogation.

Sur quoi notre collègue se fonde-t-il pour proposer cette abrogation. C'est ici que se présente la question à résoudre : la pelade est-elle ou non contagieuse ? M. Ollivier nie la contagion et par conséquent il n'admet pas qu'il y ait un inconvénient à laisser les jeunes peladeux au milieu de leurs camarades. Je ne partage pas son avis. Sans doute, il peut se faire, assez souvent même peut-être, que le voisinage d'un peladeux soit inoffensif, mais pas toujours, la contagion de la pelade n'est pas fatale, un peladeux peut vivre longtemps au milieu d'autres personnes, sans leur communiquer sa maladie. Je me hâte de le reconnaître. Il faut, pour la contracter, se trouver dans des conditions particulières, favorables à son éclosion. Il en est, à cet égard, de la pelade comme de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la lèpre, qui se transmettent quelquefois par voie de contagion, mais pas toujours.

A côté des faits négatifs cités par M. Ollivier à l'appui de sa proposition, combien ne peut-on pas en rappeler d'autres dans lesquels la maladie s'est propagée d'une manière évidente. Comment expliquer sans la contagion ces épidémies si fréquentes dans les écoles, dans les lycées, dans les casernes ?

En voici un exemple qui s'est passé récemment à Montpellier, dans la caserne du 122e de ligne. Le fait nous a été rapporté par M. le docteur Coutant, médecin-major de ce régiment, auquel l'Académie vient de décerner une médaille. Vers le printemps dernier, deux nouvelles recrues arrivent au régiment avec la pelade, avant la fin de l'année, cent-vingt soldats en avaient été atteints. M. Coutant, ayant attribué cette rapide propagation à l'usage de la tondeuse mécanique qui passait successivement sur toutes les têtes, la fit mettre de côté, peu à peu les progrès de la propagation commencèrent à diminuer, pour cesser tout à fait. Le reprise de l'usage de la tondeuse ayant provoqué de nouveau quelques cas de pelade, on en cessa de nouveau l'usage, et cette nouvelle propagation s'arrêta.

Une épidémie du même genre s'est produite au lycée d'Amiens, nous en tenons la relation de M. le docteur Crémieux, médecin du lycée.

A côté de ces épidémies auxquelles j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres et qui plaident toutes en faveur de la contagion, chacun de nous n'a-t-il pas été à même d'observer quelques faits de ce genre? Dans une maison d'un de mes parents, le concierge qui était peladeux a communiqué sa pelade au valet de chambre, qui l'a transmise à son tour au fils de la famille. Voici un autre fait venu à ma connaissance. Un enfant d'une famille de Paris est envoyé à la campagne. Les deux enfants du fermier étaient peladeux, l'enfant de Paris ne tarda pas à le devenir comme eux.

Mais je ne puis passer sous silence un fait topique que je trouve dans le mémoire de M. Coutant. Il s'agit d'un soldat atteint de pelade et venant d'obtenir son congé définitif. Le 7 juin il verse son képi dans le magasin d'habillement. Le 9, ce képi est donné par erreur à un arrivant et quinze jours plus tard ce soldat vient montrer une plaque de pelade placée au même endroit que celle qui existait sur la tête du libéré. M. Coutant ajoute que le capitaine d'habillement qui maniait les habits et képis en magasin, eut le chagrin de se voir atteint de la même affection et de perdre ainsi sa belle barbe.

Ne sait-on pas qu'il est fréquent de voir des élèves de l'hôpital Saint-Louis atteints de pelade bien plus souvent que cela n'arrive dans les autres services hospitaliers?

M. Ollivier s'appuie encore, pour nier la contagion, sur ce que l'on ne trouve pas dans la pelade de parasite spécial qui puisse donner raison de la transmission de la maladie. Mais ne sait-on pas combien ces parasites sont changeants? Il s'étaye encore d'une autre opinion. On s'est demandé s'il n'y avait pas plusieurs espèces de pelades, une par exemple qui dépendrait du système nerveux? Bazin était de cet avis. Mais il est impossible de les distinguer symptomatiquement.

M. Hardy, en terminant, rend justice au sentiment qui a guidé M. Ollivier, c'est un sentiment de commisération pour les élèves qui se trouvent ainsi contraints d'interrompre leurs études et qui peuvent, par suite de ces interruptions, voir leur avenir compromis. Mais il y a quelque chose de mieux que cette commisération pour quelques individus, c'est la commisération générale.

M. OLLIVIER. J'ai vu un grand nombre de faits qui prouvent que la pelade est beaucoup moins contagieuse qu'on le croit. M. Hardy vient de nous citer des exemples de contagion. Mais quelle est la proportion de ces faits avec ceux où il ne se produit rien de semblable? M. Hardy ne nous le dit pas. Il ne nous dit pas sur quel nombre de cas ont porté les observations.

M. HARDY. Je n'ai pas compté les faits, c'est vrai, mais j'ai vu plusieurs fois les effets de la contagion, c'est assez pour justifier les mesures de réglementation.

M. OLLIVIER. Il faut y regarder à deux fois avant d'appliquer une pareille mesure, le plus souvent inutile, et qui a le très grand inconvénient d'entraver le cours des études d'un certain nombre d'élèves et souvent de briser des carrières en rendant impossible l'accès, en temps voulu, des grandes écoles de l'État. Je dis que cette mesure est le plus souvent inutile. La pelade, en effet, a souvent une origine nerveuse et l'isolement est dans ces cas sans objet.

M. BESNIER avait l'intention de prendre la parole, mais avant de s'engager dans cette discussion, il voudrait la voir reposer sur des conclusions fermes, qui lui paraissent manquer dans le travail de M. Ollivier. Il engage en conséquence son collègue à rédiger des propositions formelles sur lesquelles on puisse discuter.

M. OLLIVIER. Il y a un premier point à établir, c'est le degré de fréquence de la contagion.

M. FÉRÉOL a peu de compétence dans cette matière, mais il lui semble que si la pelade est contagieuse, elle l'est peu, car il a vu une famille dans laquelle un enfant avait une pelade, aucun des frères et cousins, qui vivaient avec lui, ne l'ont contractée.

M. BESNIER. C'est justement sur la prophylaxie de la pelade, au sujet de laquelle il y a quelque chose à faire, qu'il s'agit de porter le débat. Que M. Ollivier, qui nous a apporté la question, nous indique, dans sa conclusion, ce qu'il en pense.

M. BUCQUOY. Il ne faut pas nous égarer. Il y a un autre point de vue de la question qu'il faudra examiner, c'est s'il n'y aurait d'autre moyen de prévenir la contagion que celui que prescrit le règlement et dont on ne peut pas se dissimuler les inconvénients.

M. BESNIER insiste pour que M. Ollivier apporte dans un nouveau travail des conclusions fermes qui puissent servir de base à une discussion sérieuse.

M. LE FORT parle dans le même sens que M. Besnier. C'est à M. Ollivier d'apporter les bases de la discussion.

M. LARREY. Il est de l'intérêt même de la thèse que soutient M. Ollivier de formuler les conclusions qu'on lui demande.

M. BERGERON. Ce que nos collègues demandent à M. Ollivier, pourrait, ce me semble, se faire en deux lignes : établir la proposition et indiquer les mesures.

La suite de la discussion est renvoyée à une autre séance.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. PLANCHON lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales nouvelles, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

COMMUNICATIONS

Hôpital de Berck. — M. VERNEUIL propose de demander à l'administration que, sur les 300 lits qui vont être fondés à l'hôpital de Berck-sur-Mer, 100 de ces lits soient consacrés aux jeunes gens de dix-sept à vingt-cinq ans, ayant subi un traitement chirurgical demandant à être complété par le séjour au bord de la mer.

M. HORTELOUP fait observer que l'administration a été au-devant du désir formulé par M. Verneuil et qu'elle doit installer 100 lits, à Berck, pour les adultes.

M. LE FORT, au point de vue du traitement préopératoire, fait observer qu'il y aurait intérêt à conserver un certain nombre de lits de chirurgie, pour les malades destinés à subir des opérations et ayant besoin de refaire leurs forces.

M. TERRIER dit que, lorsqu'on opère des malades riches au mois d'octobre, on ne songerait pas à les envoyer à Berck. Il y aurait donc intérêt à s'assurer également des lits sur le littoral méditerranéen pour les pauvres.

M. HORTELOUP dit qu'on va établir à Banyuls un établissement dans le genre de celui que désire M. Terrier.

De la cure radicale des hernies. — M. RICHELOT demande à ramener la discussion sur le terrain primitif; il rappelle les diverses propositions qu'il a émises, à savoir, que la dissection du sac herniaire est toujours possible; qu'il est opportun d'opérer dès l'adolescence les hernies congénitales, et qu'on peut traiter, par le même procédé, les hydrocèles congénitales entraînant naturellement la persistance du conduit vagino-péritonéal.

Plusieurs objections lui ont été présentées :

M. Terrillon a d'abord parlé des hernies volumineuses qu'il n'avait pas visées plus particulièrement. M. Richelot préfère de beaucoup la dissection du sac au capitonnage préconisé par M. Terrillon, lequel exige la dissection de la partie la plus difficile du sac, c'est-à-dire de la partie supérieure.

M. Lucas-Championnière et M. Richelot sont d'accord sur le fond du sujet. Ils ne diffèrent que sur la question de savoir si l'opération est facile ou difficile. Tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir vis-à-vis du testicule, qu'il faut conserver chaque fois que cela est possible. A M. Le Fort et à M. Reclus, M. Richelot répond qu'il y a tout avantage à les opérer jeunes et à ne pas attendre qu'ils aient atteint l'âge de cinquante ans.

A M. Berger, M. Richelot fait observer qu'il est d'accord avec lui sur l'indication de ne pas opérer les enfants. Mais à partir de dix-sept ans, il pense qu'on est autorisé à proposer l'opération.

M. LE FORT proteste énergiquement contre cette assertion.

M. RICHELOT répond que l'opération étant démontrée inoffensive, elle lui paraît avoir beaucoup d'avantages sur le bandage, puisque dans la statistique de M. Berger, on trouve encore 16 p. 100 de mortalité pour des hernies congénitales étranglées, qu'on aurait évitées par l'opération de la cure radicale.

A cet argument que l'opération n'est pas bénigne, M. Richelot fait observer qu'on est arrivé à 120 cas sans un seul décès. Cela répond à cet argument.

Pour ceux qui prétendent que la récidive reste à craindre après la cure radicale, M. Richelot fait observer que cette récidive n'a rien de comparable avec la première hernie et à ses conséquences.

M. Segond ne croit pas à la cure radicale et c'est pour cela qu'il ne poursuit pas la dissection complète du sac. M. Richelot ne doute pas qu'il le ferait aussi bien que lui s'il le voulait.

En terminant, M. Richelot maintient que la cure est radicale dans un assez grand nombre de cas pour justifier l'opération.

Myxome du tibia. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. le docteur Chavasse, relative à un homme de trente-huit ans, atteint d'une tumeur située au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, dont le diagnostic présentait de grandes difficultés. Il enleva cette tumeur, après avoir eu recours à la bande d'Esmarch et à toutes les précautions antiseptiques. Les suites de l'opération furent simples.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un myxome kystique, dont le point de départ était sur les parois de la bourse séreuse prérotulienne. M. Chavasse a raison de garder de grandes réserves au point de vue de la récidive. M. Schwartz n'a pas trouvé d'autres cas analogues, sauf un appartenant à Gosselin.

Extraction d'une balle après dix-sept ans de séjour. — M. PONCET (Val-de-Grâce) présente une balle de 22 grammes, déformée, extraite du carpe gauche où elle était restée dix-sept ans. Depuis 1870, le malade présentait une saillie de la main en bas, et une impotence fonctionnelle assez étendue. En 1880, il y avait eu des accidents d'une douleur extrême, après une chute. Sentant un corps crépitant, mobile, à la région interne, entre le pisiforme et l'apophyse styloïde, M. Poncet fit une incision qui donna issue à du pus, et pénétra dans une cavité où se trouvait la balle enclavée sous le cubitus. Les os du carpe étaient dénudés et cariés : ils furent nettoyés et le blessé, au sixième jour, ne présente plus une goutte de pus par le drain qui pénètre dans l'ancienne cavité presque comblée.

Ce fait démontre la nécessité d'extraire les gros projectiles de suite : si les petites balles de revolver sont tolérées, il n'en est pas toujours ainsi des grosses balles de 30 grammes. Dans le cas particulier, si la balle avait été enlevée de suite, cet officier n'aurait pas eu douze ans d'incapacité fonctionnelle, ni cinq années de souffrances, au bout desquelles il s'est décidé à l'intervention chirurgicale. Celle-ci a été, du reste, de la plus grande simplicité.

M. RECLUS n'est pas de l'avis de M. Poncet sur l'indication de retirer ces projectiles. Il cite deux cas où il a laissé les deux balles, dont l'une à 11 millimètres, et les officiers, porteurs de ces balles, n'en sont nullement gênés.

M. PONCET croit qu'il faut distinguer les balles de fusil des balles de revolver.

M. LE FORT fait observer que l'indication de retirer cette balle n'a existé qu'à partir du jour où il y a eu des accidents. Jusque-là il n'y avait pas lieu d'intervenir.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 décembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Sauvaget, médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Pousson, Martin, Boiffin, Bastard, Guichard, Lasne, Boehler, Thoumas, Doumer, Marfan, Braine, Benoit-Jeannin, Gacon, Crozat.

— Voici les dernières questions données aux candidats de l'externat des hôpitaux de Paris :

a. Épreuve d'anatomie. — Les veines du membre inférieur.

b. Épreuve de pathologie. — 1° Des lavements; 2° De l'anthrax; 3° De la saignée; 4° Symptômes et diagnostic de la pneumonie lobaire aiguë.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Giberton-Dubreuil (de Courbevoie).

— *Erratum.* — Page 1293, 2e colonne, ligne 38, au lieu de « irritation spéciale », il faut lire « irritation spinale ».

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22106

rante-sept ans, est morte aussi d'épuisement le troisième jour. Enfin la quatrième, âgée de vingt-sept ans, mourut cinq heures après l'opération : son kyste était suppuré.

Sur ces 35 cas, M. Terrillon a eu 28 cas difficiles, avec adhérences. Dans tous ces cas il n'y a pas eu de fièvre.

Sur ces 35 cas, 14 fois M. Terrillon a enlevé les deux ovaires, en particulier chez une femme atteinte de manie qui avait un kyste ovarique du côté gauche ; l'ablation des deux ovaires chez cette malade a donné les meilleurs résultats.

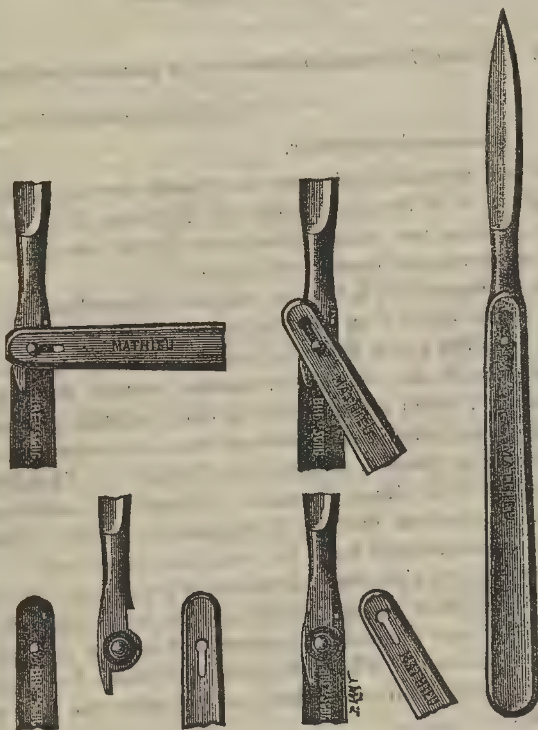
M. Terrillon emploie toujours l'eau bouillie ; il a remplacé les éponges par des éponges végétales. Il fait bouillir instruments et éponges avant l'opération. Dans toutes ses grandes opérations, il fait le lavage du péritoine avec de l'eau filtrée et bouillie ; M. Terrillon purge toutes ses malades le lendemain de l'opération.

ÉLECTIONS

M. Polaillon, vice-président, est élu président ; M. Le Dentu est élu vice-président ; M. Monod est élu premier secrétaire ; M. Pozzi second secrétaire, pour l'année 1888.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. HORTELOUP présente à la Société, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux systèmes de manches articulés, un simple, un démontant, offrant un perfectionnement très réel sur les manches actuels des instruments de trousse (bis-



touris, aiguilles, etc.) qu'il n'est pas possible de nettoyer convenablement.

Ces deux nouveaux manches présentent, sur les précédents, les avantages suivants :

1° Nettoyage et désinfection faciles, tant de la lame que de l'intérieur du manche ;

2° Fixation automatique (c'est-à-dire sans accessoires tels que coulant, ressort) et absolue de la lame, ouverte ou fermée.

Le manche articulé simple est formé de deux parties, de préférence métalliques (pour en permettre l'immersion sans inconvénient dans un liquide antiseptique quelconque). Pour ouvrir ou fermer l'instrument, il suffit d'écarter les deux côtes du manche en introduisant l'ongle du pouce dans un onglet pratiqué à l'extrémité du manche : on fait exécuter à l'une des côtes une révolution complète de gauche à droite pour ouvrir, et de droite à gauche pour fermer ; le manche et la lame se trouvent fixés en faisant entrer le têton d'une des côtes dans l'entre-deux de l'autre.

Le manche articulé démontant est le même que le précédent, mais il permet de séparer complètement l'une de l'autre les deux côtes du manche et la lame, que l'on peut ainsi nettoyer avec le plus grand soin, même à l'endroit de l'articulation. Le côté du manche portant l'entre-deux porte aussi un pivot en acier formant articulation à la lame : le talon de la lame étant entré sur ce pivot et la lame placée droite dans l'axe même du manche, on complète l'instrument par la seconde partie du manche. Celle-ci est pourvue, à l'endroit de l'articulation, d'une entaille, en forme de boutonnière ou trou de serrure, on engage le pivot dans la partie la plus large de la boutonnière, et on pousse cette partie à angle droit sur la lame avec la main droite, de manière qu'elle entre dans la rainure du tourillon. Sur ce même manche M. Mathieu a monté une aiguille de Reverdin à laquelle il a fait subir une petite modification dans le système de fermeture du chas, qui rend le nettoyage, le montage et le démontage très faciles.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine opératoire de J.-F. Malgaigne, 9e édition, par le professeur Léon Le Fort (1).

Le manuel de médecine opératoire de Malgaigne n'est plus à faire connaître, c'est la 9e édition que M. le professeur Le Fort livre aujourd'hui au public. On peut dire que l'édition actuelle lui est en grande partie personnelle : l'œuvre de Malgaigne, vieille de vingt-six années déjà, serait bien en arrière si elle n'avait été remaniée et remise au courant de la science. Il importait de faire connaître les changements nombreux opérés en chirurgie depuis cette époque. Aussi le livre primitif a-t-il doublé d'étendue. Au début de son ouvrage, M. Le Fort jette un coup d'œil rapide sur cette remarquable évolution de la science chirurgicale : il y est poussé par une revendication personnelle : voici d'ailleurs les termes mêmes de ce vigoureux réquisitoire : « Je revendique l'honneur d'avoir mis en lumière la véritable cause de la mortalité hospitalière, jusque-là si élevée, parfois si excessive ; d'avoir montré, le premier, que les épidémies quelles qu'elles soient n'existent que par la contagion ; d'avoir, le premier, prouvé, par ma pratique, comment on peut s'en garantir. » Dans les pages suivantes vient l'étude historique de cette révolution doctrinale qui bouleversa la chirurgie du XIXe siècle, et nous extrayons, de la dernière page de l'introduction, cette phrase qui nous paraît résumer la pensée de l'auteur : « Il restera cette vérité *qu'il n'y a pas d'épidémie sans contagions*, qu'il suffit de s'opposer à la contagion pour supprimer l'épidémie et pour réduire au minimum possible la mortalité des opérés. »

Il nous est impossible d'analyser ici, en détail, ce livre si classique et si connu. Nous dirons surtout que c'est le livre du chirurgien et non pas un livre d'amphithéâtre, que les procédés opératoires n'y sont pas simplement décrits, dans les différents temps de leur exécution, mais qu'ils sont étudiés, commentés, comparés les uns aux autres, qu'on en discute les indications et que si la partie technique n'est pas négligée, celle des indications opératoires de la valeur réciproque des différents procédés est particulièrement mise en relief, avec l'autorité qui s'attache au nom du professeur Léon Le Fort.

Après avoir décrit les différents procédés d'anesthésie générale et d'anesthésie locale, l'auteur, dans une première partie, étudie les éléments généraux des opérations ou opérations élémentaires, c'est-à-dire incision, cautérisation, ponction, suture, réunion des plaies, etc.

Dans la deuxième partie, sont étudiées les opérations générales ; celles qui intéressent les téguments et les couches sous-jacentes et qui s'adressent aux abcès, fistules, kystes, tumeurs, cicatrices, ongle incarné, font l'objet du premier chapitre, dans lequel nous tenons à relever l'histoire de l'autoplastie.

(1) In-12. Prix des 2 volumes : 16 francs. — Paris, Félix Alcan.

Dans le chapitre suivant se succède la description des opérations se pratiquant sur les muscles et sur les nerfs ; la section et l'élongation des nerfs font l'objet d'une étude toute particulière : puis vient l'histoire de la thérapeutique des anévrysmes, on connaît la compétence spéciale du professeur Le Fort sur cette question. Les ligatures des artères, les opérations qui se pratiquent sur les articulations, sur les os, l'étude des résections, des amputations, finissent la deuxième partie de l'ouvrage.

Enfin dans un troisième chapitre qu'on ne saurait trop consulter, se trouve l'étude de la prothèse des membres. Il ne s'agit pas seulement, en effet, pour le chirurgien de savoir retrancher un membre compromis, il faut encore donner au malade un bon moignon et des appareils utiles. S'il faut le plus souvent faire l'appareil pour le moignon, dans quelques cas c'est la prothèse qui doit commander le choix du procédé opératoire.

En un mot, la médecine opératoire ne doit pas être faite au point de vue des résultats sur le cadavre et à l'amphithéâtre, elle doit être faite au point de vue clinique, en se préoccupant de donner au malade, après sa guérison, un appareil qui diminuera le plus possible les inconvénients de la mutilation. C'est par cette étude de la prothèse, jusqu'alors trop négligée et laissée trop facilement à l'initiative des fabricants, que M. Léon Le Fort termine le premier volume de son manuel.

De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par le docteur Mundé (1).

La traduction du livre de Mundé est certainement une œuvre utile, car l'électrothérapie a besoin d'être connue et vulgarisée en France. Vantée par les uns comme l'unique panacée capable de tout guérir, dédaignée par les autres, l'électricité ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

Appliquer l'électricité à tous les cas indistinctement, c'est faire œuvre mauvaise. Le point essentiel, mais difficile, c'est de savoir reconnaître le cas où le traitement par l'électrothérapie est indiqué, et le cas où cette méthode doit être rejetée ; la question des indications primant toutes les autres. Car il ne faudrait pas s'illusionner, et prétendre connaître le mode d'action de l'électricité : de l'avis de Mundé, c'est encore un traitement empirique. Aussi, la lecture de ce livre ne doit se recommander qu'au gynécologiste consommé, sûr de son diagnostic, capable de discerner le vrai du faux, et d'apprécier en toute connaissance de cause les effets de la thérapeutique qu'il a employée. L'historique de la question, la lente vulgarisation de l'électricité, la description minutieuse des appareils, l'action variable des différents courants, la durée du traitement habituel, tels sont les points traités dans la première partie.

La seconde partie est tout entière réservée aux indications thérapeutiques.

Quoique Mundé se défende d'être électrologiste, on voit cependant dans cette deuxième partie poindre la prédilection de l'auteur pour cette méthode. Il la recommande pour l'atrophie de l'utérus, aussi bien que pour son hyperplasie par la subinvolution, aussi bien que pour la superinvolution qui peut suivre la grossesse ou l'avortement. L'aménorrhée serait également soulagée et guérie par cet agent thérapeutique ; mais l'aménorrhée n'est qu'un symptôme et ne saurait à elle seule constituer une indication. L'ovarite, la salpyngite, la cellulite, la péritonite chronique, les névralgies pelviennes, les déplacements utérins, les érosions du col, les fibromes utérins, telles sont les très nombreuses affections qui réclament à des titres divers le traitement électrique.

Mundé termine par un bien court chapitre de contre-indications : trois lignes. Ce qui nous ferait dire, si la critique nous était permise, que l'auteur voit par trop d'indications et trop peu de contre-indications.

Ajoutons que le traducteur, M. Menière, a su annoter le livre de Mundé avec de judicieuses remarques d'une grande utilité pratique.

(1) Grand in-8. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De la toux utérine, par M. le docteur P. Muller (1).

Courty disait : Quand on ne peut découvrir chez une femme malade la cause de symptômes généraux plus ou moins graves, dans les altérations d'aucun autre appareil, il faut soupçonner l'appareil génital et diriger ses recherches de ce côté.

Dans le groupe des troubles sympathiques de divers états utérins, il faut signaler la toux, réflexe rare, mais incontestable, et dont la pathogénie et la nature demeurent encore obscures.

De point de départ utérin, les accès peuvent survenir sous des influences occasionnelles variées, dont la répétition met sur la voie du diagnostic. Le plus souvent c'est une toux brève, sèche, quinteuse, de durée essentiellement subordonnée à la persistance de la cause, mais ses caractères sont loin d'être suffisamment nets pour permettre d'en faire le diagnostic. Ce diagnostic ne sera fait que si la toux est associée à d'autres réflexes utérins.

Son pronostic est rarement grave : les accès étant souvent peu intenses ; mais la fréquence et la ténacité de la toux peuvent contribuer à épuiser la malade.

Le traitement véritable consiste à s'adresser à la lésion utérine dont la guérison amènera la disparition de la toux.

A. Ricard.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Tulle, le 23 décembre 1887.

Monsieur le directeur,

Dans son assemblée générale du 25 août dernier, la *Société de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de la Corrèze,* a décidé d'ouvrir une souscription pour élever au baron Alexis Boyer un monument dans sa ville natale.

Né le 1er mars 1757, à Uzerche (Corrèze), d'une famille peu fortunée, Alexis Boyer a su s'élever par son intelligence et par un travail opiniâtre à une des plus grandes situations médicales du commencement du XIXe siècle. Ancien premier chirurgien de Napoléon Ier, il était à l'époque de sa mort, en 1833, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Légion d'honneur. Il laissait de nombreux mémoires, un excellent ouvrage d'anatomie en quatre volumes et surtout son magnifique traité des maladies chirurgicales.

Le baron Boyer n'est pas seulement une des grandes illustrations de la Corrèze, mais encore une des gloires de la chirurgie française. Élever à sa mémoire un monument dans la ville qui l'a vu naître, est une œuvre à laquelle nous vous prions de vouloir bien vous associer par votre souscription et par celles que vous pourrez recueillir.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

LES MEMBRES DE LA COMMISSION :

Docteurs : Longy, *Président de la Société des Médecins de la Corrèze;* Vergne, *Vice-Président;* Pasquet, *Secrétaire-Trésorier;* Vacher, Labrousse, Dellestable, *députés de la Corrèze.*

N.-B. — Les souscriptions seront adressées à M. le docteur Pasquet, à Uzerche (Corrèze).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 décembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

(1) In-8. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — 2e corps d'armée. — M. Lenoël, médecin aide-major de première classe, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens.

3e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Letulle, médecin des hôpitaux de Paris; Lerefait, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen.

6e corps d'armée. — M. Berbez, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

10e corps d'armée. — M. Hartmann, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur d'anatomie à la Faculté de Paris.

14e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Augagneur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; Audry, médecin de Lyon; Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Grenoble; Porteret, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Blanc, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon; Giraud, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des limites de la conservation après les traumatismes de la main, par M. VEROUDART. In-8°, 112 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Considérations pratiques sur les présentations de la face. In-8°, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22106

49

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, telles que **Hémorrhoïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal** et la **Migraine** en provenant.

Privé de tout drastique, il est d'une innocuité parfaite et **n'augmente pas la paresse des intestins, cause première de la Constipation.**

Par son action physiologique, il provoque les mouvements péristaltiques, sans amener de sécrétions anomales liquides.

Soulagement certain chez les personnes alitées ou convalescentes; les dames avant et après les couches; il peut éviter les convulsions chez les enfants, en retarder les accès et en diminuer la violence, mêmes avantages contre la congestion cérébrale des vieillards. Enfin, il est le plus doux et le plus agréable purgatif des enfants qui le prennent avec plaisir.

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

36

DRAGÉES DE T. GRAS

à l'**huile** de foie **Morue phosphatée.**

Phthisie, Scrofule, Anémie, Débilité.

6 *dragées* contiennent 0gr,60 *de phosphate de chaux.* — **Plus efficaces** que l'**Huile** de foie de **Morue seule.** — *Assimilation complète.*

Phie T. Gras, 9, r. Le Peletier, Paris.

45

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu Beslier.**

			Diamètre
Petit modèle. . . .	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supérr.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2
Grand modèle supérr.	(no 5)	pr adultes :	20 cent.
Grand modèle extra supérr.	(no 6)	pr adultes :	25 c.
Grand modèle extra supérr.	(no 7)	pr adultes :	25 c.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. Beslier, 13, *rue Sévigné, Paris* (*anciennement* 40, *rue des Blancs-Manteaux.*)

Nota. — Avoir soin de désigner chaque appareil par son numéro d'ordre.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau. 2 fr. 50

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.* 1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'Elixir de Boldo-Verne.

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

62

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros chez tous les droguistes.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

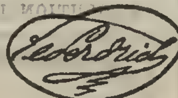
Une instruction accompagne chaque flacon.

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

18

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie,* dans *l'asthénie cardiaque,* la *dyspnée du cœur* et la *péricardite.*

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis 42, et phies.

23

PHTHISIE, BRONCHITES
ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

27

ÉPILEPSIE. HYSTERIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°. Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

15

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

47

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent de foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Académie de médecine de Paris.)

Hogg, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, Grez, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

N° 155. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE MARDI 27 DÉCEMBRE 1887. — N° 155.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Œdème de la glotte. Œsophagite, gastro-entérite aiguës, par ingestion de bouillon très chaud chez un très jeune enfant; mort prompte; autopsie (1).

Le 5 novembre dernier, on reçut, au n° 26 de la salle Saint-Augustin, un garçon de quinze mois, Émile L... que ses parents nous amenaient à la suite d'un accident, survenu le jour précédent et au sujet duquel leurs explications n'eurent pas toute la clarté désirable. D'après leur récit, l'enfant avait avalé la veille, entre quatre et cinq heures de l'après-midi, une certaine quantité de bouillon brûlant, qu'on lui faisait prendre comme aliment, mais dont on ne s'était pas donné la peine de vérifier la température avant de l'ingérer. Dans la soirée on ne tarda pas à constater un commencement de dyspnée qui, bientôt, devint inquiétant et ne fit que s'accroître pendant la nuit, tandis que la voix s'affaiblissait et s'éteignait de plus en plus. En présence de ces symptômes effrayants, on se décida à venir chercher du secours à l'hôpital.

Vigoureux et de complexion régulière, le petit L... n'avait jamais été malade jusqu'alors. Très affaibli déjà, au moment de son arrivée, il paraissait avoir perdu à peu près la notion du monde extérieur. Presque constamment assis sur son lit, il ne se soutenait et ne soulevait son thorax qu'avec peine. Je venais, à ce moment, de finir ma visite et je ne me trouvais plus dans la salle; l'interne de garde, M. Jacquinot, et plusieurs de mes externes qui n'avaient pas encore quitté l'hôpital furent frappés de la pâleur du visage, de la teinte violacée des lèvres et surtout de la gêne respiratoire qui se présentait ici avec un caractère particulier. En effet, cette gêne, fort intense, rappelait celle du croup; toutefois l'entrée de l'air dans les voies aériennes semblait s'effectuer beaucoup plus facilement que son expulsion. Depuis l'injection du liquide bouillant, aucune boisson n'avait pénétré dans les voies digestives; l'aphonie était complète. Un examen attentif démontra l'existence d'une petite brûlure à la lèvre inférieure, avec rougeur vive de la muqueuse buccale, au niveau du voile du palais, de ses piliers antérieurs, et de la paroi postérieure du pharynx, tandis que la langue ne paraissait pas avoir souffert. Les amygdales étaient décolorées; en avant de celle qui correspondait au côté droit du malade, on voyait une plaque boursouflée, œdémateuse, de couleur blanchâtre, de deux centimètres et demi de long sur un centimètre de large. Le contact du bouillon était incontestablement la cause de cette lésion.

Entré à onze heures du matin, l'enfant vécut jusqu'à dix heures du soir. La difficulté de la respiration grandit d'instant en instant, jusqu'au moment de la mort, et le petit garçon s'éteignit, sans qu'on eût pu atténuer ses souffrances. Son affaiblissement était tel qu'on ne crut pas pouvoir tenter la trachéotomie, avec quelques chances de succès. En tenant compte de la nature de la dyspnée, de l'aspect du malade, des renseignements donnés par ses parents, on pensa qu'il s'agissait d'un œdème traumatique de la glotte. Ce diagnostic devait être confirmé par l'autopsie qui fut faite avec soin par l'un de mes élèves, M. Himely, quarante heures après le décès, et révéla plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles il est utile d'insister.

Le corps était largement pourvu de tissu adipeux et bien conformé, quoique la tête fût un peu trop volumineuse par rapport au thorax et à l'abdomen. A l'extérieur, on n'apercevait aucune cicatrice et aucune plaie, si ce n'est auprès de l'orifice buccal. On ne découvrit de liquide ni dans les plèvres, ni dans le péricarde, ni dans le péritoine. Les poumons étaient congestionnés partout, mais surtout au niveau de leur partie inférieure, et un peu plus à droite qu'à gauche.

On trouva la muqueuse buccale décolorée à la face supérieure de la langue, sur le pharynx et sur les amygdales, œdématiées dans leur portion antérieure. Au-dessus et à droite de l'épiglotte, ainsi que sur le repli ary-épiglottique du même côté, on voyait une plaque saillante, blanchâtre, constituée par une infiltration locale du tissu sous-muqueux et d'un centimètre et demi de longueur. Une plaque semblable, mais plus petite, occupait la partie gauche de l'épiglotte, à très peu de distance de la base de la langue. Enfin l'on constatait des traces d'œdème sur différentes parties de la muqueuse épiglottique, au voisinage du corps thyroïde. On n'eut à noter aucune lésion de quelque importance, soit dans la partie inférieure du larynx, soit dans la trachée ou dans les bronches.

L'œsophage, au contraire, présenta, dans toute sa longueur, des traînées verticales, d'un gris clair au centre, d'un gris plus foncé sur les bords, séparées les unes des autres par des espaces au niveau desquels la muqueuse, bien qu'hyperhémiée, gardait sa consistance normale. Ces traînées, légèrement turgescentes, d'une longueur variable, d'une largeur de deux à trois millimètres, étaient visibles surtout à la partie moyenne du conduit et au voisinage du cardia. L'estomac qui contenait quelques grammes de liquide filant, d'une teinte jaunâtre, parut être très violemment congestionné le long de ses deux bords, mais surtout dans la direction de la petite courbure. L'état hyperhémique, très prononcé au voisinage de l'extrémité inférieure du canal duodénal, s'étendait aussi sur une portion des faces antérieure et postérieure de l'organe, pour disparaître, au niveau de leur partie moyenne; mais l'on observait la même altération près du pylore, ainsi que

(1) Observation rédigée par le chef de service d'après des notes fournies par M. Himely, externe des hôpitaux.

sur différents points de la surface du duodénum ou du reste de l'intestin grêle.

L'examen de la rate et des reins ne démontra rien d'anomal, il n'en fut pas de même à l'égard du foie dont la coloration semblait marbrée, au niveau de sa face supérieure. Certains espaces tranchaient par leur pâleur relative sur la substance environnante. En incisant le tissu hépatique au niveau de ces taches, on remarquait la même différence de couleur qui se prolongeait plus ou moins profondément dans la glande et paraissait être le résultat d'une anémie partielle.

L'examen microscopique démontrait donc l'existence d'une laryngite œdémateuse qui coïncidait avec une œsophagite et une gastro-entérite provoquées par le contact du liquide brûlant. Le bouillon, pénétrant à la fois dans les voies digestives et dans la partie supérieure du conduit aérien, avait occasionné, sur certains points, une désorganisation immédiate du tissu soumis à son action, sur d'autres un engorgement œdémateux de la couche sous-muqueuse, sur d'autres enfin un processus phlegmasique suraigu. La mort était survenue par asphyxie au bout de trente heures ; mais en admettant même que le liquide bouillant eût respecté le larynx, il est à peu près certain que l'enfant aurait péri, au bout d'un petit nombre de jours, par inanition, car nous pouvons affirmer, en présence des altérations profondes découvertes dans l'œsophage, l'estomac et le duodénum, qu'il eût été impossible de l'alimenter.

Les exemples de laryngite œdémateuse ou œdème de la glotte sont fort peu nombreux dans le jeune âge et se rattachent habituellement soit à une laryngite simple ou à une angine, soit à un érysipèle de la face ou à une variole, soit enfin à une maladie générale apte à faire naître les hydropisies, comme la fièvre typhoïde, la néphrite albumineuse, la scarlatine, la phthisie pulmonaire. On l'a rencontrée sur le cadavre de petits sujets morts du sclérème; enfin il y a longtemps qu'on a signalé des faits survenus par brûlure, c'est-à-dire par l'ingestion de boissons ou de substances alimentaires extrêmement chaudes : l'observation actuelle rentre complètement dans cette catégorie. De pareils faits sont trop instructifs pour passer inaperçus; ils démontrent qu'il est périlleux d'introduire, dans la cavité buccale des très jeunes enfants, des liquides à température très élevée; mais, à cet égard, les précautions indispensables sont fréquemment négligées, soit par ignorance, soit par incurie. La pénétration d'une très petite quantité de l'agent comburant dans la bouche, et surtout au delà de l'isthme du pharynx, suffit pour faire naître des accidents aussi graves que ceux qui se sont produits ici.

Pour remédier à ces accidents, il n'y a, par malheur, aucune thérapeutique générale ou locale d'une sérieuse efficacité. On ne peut, chez de très petits sujets, déchirer avec l'ongle, ou à l'aide d'un bistouri, le bourrelet tuméfié qui entoure l'ouverture de la glotte, comme on réussit à le faire chez quelques adultes; les révulsifs, en pareille circonstance, sont des palliatifs insignifiants. Quant à la trachéotomie, il vaudra presque toujours mieux s'en abstenir, puisqu'en présence d'une laryngite par brûlure, on peut être à peu près certain qu'il y a du côté des voies digestives des désorganisations de la plus haute gravité, dont la mort à courte échéance sera la suite inévitable.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Anévrisme partiel du cœur.

Un malade, âgé de quarante-quatre ans, entra le 25 octobre dernier dans son service, pour des accidents cardiaques et rénaux.

Comme antécédents, à 16 ans, rupture de l'urèthre — point de départ d'un rétrécissement fibreux, ayant nécessité dans ces dernières années deux uréthrotomies. Rhumatisme articulaire à 24 ans, sans complications sérieuses. Santé généralement bonne. Vie agitée. Vers la fin de 1886, oppressions, étouffements, épanchement pleural double pour lequel on fit cinq ponctions successives. En juillet 1887, palpitations fréquentes ; œdème des pieds et du bas des jambes ; urines rares, miction difficile.

A son entrée à l'hôpital, anasarque sans ascite; tympanisme abdominal ; foie gros, douloureux, soulevé par des battements expansifs correspondant aux pulsations cardiaques ; hypertrophie ventriculaire ; impulsion cardiaque faible cependant ; bruits sourds, réguliers ; pas de souffles ; pouls petit ; jugulaires distendues, mais sans pouls veineux vrai ; urines rares, foncées, albumineuses ; râles d'œdème dans la poitrine ; rétrécissement considérable de l'urèthre. M. Rendu pensa qu'il s'agissait d'une hypertrophie cardiaque consécutive à une néphrite interstitielle, dépendant elle-même du rétrécissement. Un purgatif drastique, la macération de digitale et le régime lacté absolu amenèrent une amélioration rapide et générale. L'examen du cœur, rendu plus facile, permit de constater ceci : absence de voussure et de frémissement cataire ; battements de la pointe du cœur dans le sixième espace ; choc faible. A la partie moyenne de la région précordiale, choc assez brusque, sorte d'ondulation succédant à la systole ventriculaire ; hypertrophie notable (longueur le long du bord droit du 14 centim. ; largeur 12 centim.). Aux deux bruits du cœur, bien frappés, se surajoute un troisième bruit manifestement *diastolique*, sec, presque métallique, produisant nettement un rythme de galop et perçu dans toute l'étendue du cœur, avec maximum au-dessus et en dedans de la pointe. Il conserva ces caractères jusqu'à la mort du malade, survenue le 14 novembre par asystolie et avec coma final.

A l'autopsie : foie muscade d'origine cardiaque, gros, congestionné; reins cardiaques hypertrophiques, avec sclérose commençante ; pas de dilatations des calices et des bassinets. Vessie à colonnes; urèthre rétréci. Le cœur est gros (poids : 640 gr.); sur la face antérieure adhérences péricardiques fibreuses, correspondant à la partie moyenne du ventricule gauche, épaisses de plus d'un centimètre, et résultant manifestement d'une péricardite proliférative circonscrite et ancienne. En ouvrant le ventricule gauche, on trouve au-dessus de la pointe une dilatation anévrysmale ampullaire, des dimensions d'un œuf de poule, creusée dans la paroi ventriculaire, très amincie, et moulée exactement sur la plaque des néo-membranes péricardiques. A l'intérieur, des caillots d'âges différents. Endocarde intact mais formant une collerette fibreuse au pourtour de la cavité anévrysmale. La paroi cardiaque, à ce niveau, est réduite à une coque fibro-cartilagineuse. Les fibres musculaires ont entièrement disparu. Valvules normales et saines. Rien dans les coronaires (troncs et ramifications). Pas d'athérome.

L'examen microscopique confirma les résultats de l'examen macroscopique.

Outre que les anévrysmes pariétaux du cœur sont rares, cette observation offre un autre intérêt.

On admet généralement que les anévrysmes partiels du cœur sont la conséquence secondaire et parfois lointaine d'une myocardite interstitielle chronique (Rokitansky, Peacock, Cruveilhier, Forget, etc.), dont les étapes anatomiques sont bien connues. Mais sa cause première l'est moins. Cruveilhier l'a rattachée à une inflammation primitive de l'endocarde, et cette opinion est généralement acceptée, même de nos jours. Dans ces dernières années, on a poussé plus loin la recherche des causes de la myocardite. Karl Huber a démontré le rôle de l'athérome et a cherché a établir la corrélation intime qui existerait entre les altérations de la paroi ventriculaire et celles des artères coronaires; mais l'observation de ce malade prouve que cette opinion ne peut être soutenue qu'avec des réserves, puisque chez lui les artères coronaires étaient absolument saines. Ici, l'anévrysme paraît avoir été la *conséquence directe de la péricardite adhésive partielle qui existait au-devant du cœur*, et qui, à chacune de ses révolutions, le tiraillait forcément dans la portion correspondant aux brides fibreuses. On comprend qu'à la longue la contractilité musculaire se soit épuisée, que les fibres musculaires aient fini par s'atrophier, tandis que la trame conjonctive interstitielle se condensait. Peut-être aussi, en plus de cette action mécanique, faudrait-il faire intervenir un certain degré d'irritation de la séreuse péricardique propagée au myo-

carde, puisque Stokes a démontré depuis longtemps l'altération formelle et structurale des muscles sous-jacents à une séreuse enflammée. Des faits cliniques (Thurnam, Pelvet, Vulpian, Saintenleygoux, Quinquaud) viennent, du reste, à l'appui de cette manière de voir.

En résumé, les anévrysmes partiels du cœur ne se forment pas tous d'après le mécanisme exclusif de la myocardite scléreuse. L'endocardite et les adhérences péricardiques (par altération des coronaires, généralement) peuvent évidemment agir, elles aussi, comme causes.

Abordons maintenant la symptomatologie des anévrysmes partiels du cœur. Ces faits sont presque toujours des trouvailles d'autopsies. Leur histoire clinique est à peine entrevue et il n'existe aucun signe caractéristique de la lésion. Ce qui semble ressortir de plus net de la comparaison des symptômes dans les rares observations publiées (Aran, Constantin Paul), c'est l'absence ordinaire, mais non constante, de bruits de souffle, coïncidant presque toujours avec les signes d'une dilatation du cœur et souvent avec ceux d'une symphyse cardiaque.

Chez mon malade, le bruit de galop constituait la caractéristique de l'auscultation du cœur. Il différait de celui de la néphrite chronique : 1° par son *rythme*, car au lieu d'être présystolique, il était diastolique ; 2° par son *timbre*, car au lieu d'être sourd, mat et comme tactile, il était clair et éclatant ; 3° par son *siège* et son *intensité*, car il avait son maximum au-dessus de la pointe du cœur et il s'entendait dans une étendue bien plus considérable que le bruit de galop rénal.

Il est évident qu'il se produisait au niveau de l'anévrysme, et, à ce titre, il offre une valeur séméiotique réelle.

On sait que, d'après M. Potain, le bruit de galop résulte de la mise en tension de la paroi ventriculaire, sous l'influence de la pénétration de l'ondée sanguine. C'est pourquoi ce choc est toujours diastolique ou présystolique, suivant le moment de la révolution cardiaque où s'achève la tension active du ventricule. « Le bruit de galop, dit M. Potain, est d'autant plus accentué que la paroi ventriculaire est plus rigide ou plus inextensible, condition qui augmente nécessairement l'intensité du choc produit par toute membrane ou paroi qui se tend. »

Or, ces diverses conditions étaient précisément réalisées dans l'observation de M. Rendu, qui confirme d'une façon saisissante la théorie de M. Potain sur le bruit de galop. Le curieux rythme de galop qui l'avait frappé comme une anomalie, s'expliquait admirablement par la lésion anévrysmale. Ce qu'il entendait après le second bruit des valvules sigmoïdes, c'était le claquement produit par la mise en tension de la poche anévrysmale.

Aussi, il croit qu'un rythme de galop semblable, si différent de celui de la néphrite interstitielle, permettra de songer à la possibilité d'un anévrysme pariétal. C'est pourquoi il tient à mettre spécialement en lumière ce signe qui n'a pas encore été signalé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 26 décembre 1887. — Présidence de M. JANSSEN.

M. LE PRÉSIDENT prononce le discours d'usage dans lequel il résume les principaux événements qui ont marqué dans l'Académie au cours de la présente année.

M. J. BERTRAND, secrétaire perpétuel, proclame les résultats des concours de 1887 que nous donnons ci-dessous en ce qui concerne la médecine et les sciences accessoires.

M. J. BERTRAND, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge historique de Stanislas-Charles-Henri-Laurent Dupuy de Lôme, membre de l'Académie des sciences, décédé en 1885.

PRIX DÉCERNÉS

I. MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2 500 francs : 1° à M. le docteur Henri Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille (*Traité de la lèpre*) ; — 2° à M. le docteur E. Motais (d'Angers) (*Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés*) ; — 3° à MM. Nocard, directeur de l'École de médecine vétérinaire d'Alfort, et Mollereau (*Sur une mammite contagieuse des vaches laitières*).

B. Trois mentions honorables (1500 francs chacune) : 1° à M. le docteur Paul Berger, agrégé de la Faculté de médecine de Paris (*Amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. — Amputation interscapulo-thoracique*) ; — 2° à MM. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Babès (*Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses*) ; — 3° à M. le docteur Auguste Ollivier, médecin des hôpitaux de Paris (*Étude de pathologie et de clinique médicales*).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Hallopeau (*Traité de pathologie générale*) ; — 2° à M. le docteur Albert Robin (*Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde*) ; — 3° à MM. les docteurs Bertrand et Fontan (*Entéro-colite chronique et endémique des pays chauds*) ; — 4° à M. le docteur L.-H. Petit (*Essais de bibliographie médicale*) ; — 5° à M. le docteur Robert (*Traité des manœuvres d'ambulance*).

Prix Bréant. — 1° Récompense de 3 000 francs à M. le docteur Galtier, professeur à l'École vétérinaire de Lyon (*La rage envisagée chez les animaux et chez l'homme au point de vue de ses caractères et de sa prophylaxie*) ; — 2° Récompense de 2 000 francs à MM. les docteurs Chantemesse et Widal (*Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde*).

Prix Godard. — Prix de 1000 francs à M. le docteur Azarie Brodeur, professeur à l'Université de Québec (*De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*).

Prix Chaussier. — Prix de 10 000 francs à M. le docteur Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1° *Études sur la phthisie* ; 2° *Clinique médicale*).

Prix Lallemand. — Prix de 1 800 francs partagé entre MM. les docteurs Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Vaillard (de Bordeaux) (*Étude anatomo-clinique des affections des nerfs périphériques*), et M. le docteur Van Lair (de Liège) (*Mémoires sur la suture et la régénération des nerfs*).

II. PHYSIOLOGIE.

Prix Montyon. — A. Prix de 750 francs à M. le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux de Paris (*Recherches relatives à l'influence du froid et de la chaleur sur les phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition*).

B. Mention honorable à MM. Augustus D. Valler et E. Waymouth-Reid (*Sur l'action du cœur excisé de mammifères*).

Prix L. Lacaze. — Prix de 10 000 francs à M. le docteur Charles Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle de Paris (*Travaux et découvertes relatifs à l'histologie et à la physiologie générale*).

Prix Serres. — Prix de 7 500 francs à M. Alexandre Kowalewsky, professeur à l'Université d'Odessa (*Travaux sur l'embryologie générale appliquée à la physiologie*).

III. PRIX DIVERS.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.* — A. 1° Prix de 500 francs à M. Victor Turquan (*Travaux relatifs à la population des communes de France*) ; — 2° prix de 500 francs, à titre exceptionnel, à MM. A. de Saint-Julien et G. Bienaymé (*Ouvrage relatif aux droits d'entrée et d'octroi à Paris*).

B. Mention très honorable à M. le docteur F. Lédé (*Travaux relatifs à la statistique du service des nourrices et à la mortalité des nourrissons*).

C. Citation honorable à M. le docteur Aubert (*Études sur le recrutement dans la Loire-Inférieure*).

PHYSIQUE. — *Prix L. Lacaze.* — Prix de 10 000 francs à MM. Henry (Paul et Prosper), astronomes adjoints à l'Observatoire de Paris (*Ensemble de travaux relatifs à l'astronomie physique*).

CHIMIE. — *Prix Jecker.* — Prix de 10 000 francs partagé entre M. Arnaud, préparateur de chimie au Muséum d'histoire naturelle

de Paris (*Recherches sur les alcaloïdes du quinquina et sur la carotine*), et M. A. Haller, professeur à la Faculté des sciences de Nancy (*Études sur les camphres*).

Prix L. Lacaze. — Prix de 10 000 francs à M. Moissan, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris (*Travaux sur le fluor*).

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse.* — Prix de 1 400 francs à M. Gorceix, directeur de l'École des mines de Ouro-Preto (Brésil) (*Découvertes géologiques et minéralogiques en Grèce et au Brésil*).

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Prix de 2 000 francs à MM. les docteurs Édouard Heckel et Fr. Schlagdenhauffen (1° *Les végétaux utiles de l'Afrique tropicale*; 2° *le Bonduc et ses graisses*; 3° *le Danaïs fragrans*; 4° *le Kola*; 5° *la galle de l'Acacia spirorbis*; 6° *le vrai et le faux Jéquirity*; 7° *du café du Soudan tiré du Clarkia biglobosa*; 8° *Recherches sur le Thapsia villosa*).

Prix Desmazières. — Prix (une médaille de 1 600 francs). Ce prix est partagé par moitié entre M. Ardissone, professeur à l'École royale d'agriculture de Milan (*Phycologia mediterranea*), et M. Dangeard, chez des travaux de botanique à la Faculté des sciences de Caen (1° *Recherches sur les organismes inférieurs*; 2° *Recherches sur la famille des Volvocinées*).

Prix Montagne. — Prix de 1000 francs à M. Boudier, ancien pharmacien à Montmorency, correspondant de l'Académie de médecine (*Mémoires sur la famille des champignons, nouvelle classification des Discomycètes charnus, connus généralement sous le nom de Pézizes*).

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny.* — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1887.

Prix Bordin. — La question proposée était, pour 1885 et 1887 : *Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du grand Océan.* Aucun mémoire n'a été adressé à l'Académie.

La question proposée pour 1887 était : *Étude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud* (mammifères et oiseaux). La commission décide qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Thore. — Le prix n'est pas décerné.

Grand prix des sciences physiques. — Prix (une médaille de la valeur de 3000 francs) à M. Raphaël Dubois, professeur de physiologie à la Faculté de sciences de Lyon (*Études sur les phénomènes de la phosphorescence chez les animaux; les Elatérides lumineux*).

IV. PRIX GÉNÉRAUX.

ARTS INSALUBRES. — *Prix Montyon.* — L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1887. Elle accorde un encouragement de 1000 francs à M. le docteur Edouard Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille (*Traitement curatif de la morue rouge*).

Prix Trémont. — Prix de 1100 francs à M. Jules Morin (*Travaux ayant un but utile et glorieux pour la France.*)

Prix Gegner. — Prix de 4000 francs à M. Valson (*Recherches en faveur du progrès des sciences positives.*)

Prix Petit d'Ormoy (*Sciences naturelles*). — Prix de 10 000 francs à M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France (*Travaux relatifs à l'histoire zoologique des animaux inférieurs, à l'embryologie générale et à la genèse de la cellule*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 9 et 23 décembre 1887. — Présidence de M. FÉRÉOL.

COMMUNICATIONS

Anévrysme partiel du cœur. — **M. RENDU** communique l'histoire d'un malade. (Voir plus haut, p. 1318.)

Un cas de farcin chronique. — **M. BUCQUOY** communique un cas de farcin chronique chez l'homme qu'il a récemment observé à l'Hôtel-Dieu. Il est étrange, dit-il, que les chevaux morveux ne communiquent pas plus souvent cette maladie si contagieuse aux hommes qui sont en rapport avec eux. Ces faits de transmission sont, en effet, relativement très rares. Peut-être y a-t-il des cas où la maladie est méconnue chez l'homme et prise pour une infection purulente. On ne peut être bien fixé sur la nature de la maladie qu'après en avoir nettement établi l'origine et après l'expérimentation sur les animaux et les recherches bactériologiques.

Dans l'observation présentée aujourd'hui par M. Bucquoy et qui se rapproche beaucoup d'une observation analogue qu'il a communiquée en 1884 à l'Académie, il s'agit d'un homme de quarante-six ans qui entre à l'Hôtel-Dieu le 26 septembre avec deux abcès, l'un sur la face interne de la jambe gauche, l'autre sur la partie moyenne de la cuisse droite. L'origine de ces abcès était assez récente; antérieurement, il en avait eu deux, l'un sur la cuisse gauche, l'autre dans l'aisselle droite. La santé générale n'était pas altérée; depuis quinze jours à trois semaines seulement, l'état général parut atteint. La première idée qui se présenta à l'esprit était que ce malade était affecté d'infection purulente; cependant M. Bucquoy n'ayant rien trouvé dans les viscères pensa qu'il y avait un élément particulier à chercher, et soupçonna le farcin. Le malade était charretier, M. Leblanc voulut bien charger de l'enquête administrative M. Laquerière, vétérinaire. L'écurie du propriétaire du cheval que conduisait ce charretier avait contenu plusieurs chevaux manifestement atteints de morve.

M. Nocard voulut bien faire, dans son laboratoire, des inoculations et des recherches bactériologiques sur les produits des abcès du malade qui ne laissaient aucun doute sur la nature farcino-morveuse de ces abcès. Ce malade succomba le 29 novembre et l'autopsie permit de confirmer encore le diagnostic.

M. Bucquoy fait observer que, comme symptômes, ce malade a présenté tous les caractères de l'infection purulente. Il fallait rechercher le farcin. Toutefois, cet homme présentait, sur la muqueuse pharyngo-laryngienne, une vaste ulcération qui ressemblait absolument aux ulcérations qu'on trouve dans les fosses nasales des chevaux atteints de morve.

M. FÉRÉOL a, dans ce moment, dans son service, un malade qu'il croit atteint de farcin. Il a des abcès exclusivement cutanés. M. Féréol a fait appel également à M. Nocard et fera connaître le résultat de ses expériences. Ce malade est un bourrelier qui se rappelle avoir essayé des harnais sur des chevaux malades.

Goître et leucocythémie. — **M. HAYEM** communique l'observation d'une malade de soixante-deux ans qui a joui jusqu'à présent d'une bonne santé, et qui a présenté depuis quelque temps une hypertrophie du corps thyroïde. M. Hayem a examiné le sang de cette malade déjà cachectique, et a trouvé une augmentation considérable des globules blancs. En dehors de son hypertrophie thyroïdienne, cette malade ne présente aucun des autres caractères de la leucocythémie. On sait qu'il y a des cas de généralisation des goîtres; cette généralisation se fait par la moelle osseuse; or, la moelle osseuse peut donner lieu à de la leucocythémie dite myélogène.

M. Hayem consulte ses collègues sur la conduite à tenir. Il craindrait que les injections iodées n'amenassent des chances de suffocation.

M. BUCQUOY ne croit pas qu'il y ait cet inconvénient à craindre et pratiquerait, dans ce cas, les injections, telles que les a conseillées M. Duguet.

M. CHAUFFARD propose les injections interstitielles de liqueur de Fowler qui ont donné de bons résultats dans les lymphadénomes.

Angiocholite suppurée. — **M. FERRAND** présente les fragments du foie d'un homme qui a succombé à une angiocholite. D'après les symptômes, M. Ferrand avait pensé qu'il s'agissait d'un ulcère simple de l'estomac avec hépatite de voisinage. Ce malade a rapidement succombé et M. Ferrand a été très frappé de rencontrer un foie rempli de cavernes purulentes. Il n'y avait aucun calcul.

M. RENDU croit qu'on peut admettre plutôt ici une intoxication qu'une angiocholite suppurée. Ces lésions, en effet, présentent l'aspect d'infarctus septiques.

M. FERRAND ne croit pas que ce soient des abcès métastatiques, à cause de la disposition des abcès, de la qualité du pus mélangé de bile qu'ils contiennent, etc.

ELECTIONS

M. Siredey vice-président passe président, M. Cadet de Gassicourt est élu vice-président.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Histoire des Grecs**, par Victor Duruy. — II. **Nouvelle géographie**, par Élisée Reclus. — III. **Nos grandes Écoles**, par Louis Rousselet. — IV. **Bibliothèque des merveilles**. — V. **A travers un siècle**, par Léon Dufour. — VI. **Venins et poisons**, par M. Coutance. — VII. **Précis de pétrographie**, par de Lasaulx. — VIII. **Manuel de conchyliologie**, par Fischer.

Tous les ans, à pareille époque, nous consacrons une petite revue aux livres que les éditeurs nous prient de signaler à l'attention de nos lecteurs. Nous le faisons avec d'autant plus de plaisir que nous savons répondre ainsi à un besoin. On aime à savoir quels sont les livres que leur mérite réel peut faire recommander. C'est aujourd'hui un véritable fil conducteur que le lecteur exige. Jamais les livres illustrés ne se présentent plus nombreux à notre choix, mais combien y en a-t-il qui méritent le bruit qui se fait autour d'eux? Ils paraissent et disparaissent. Nous ne nous en occupons pas. Il en est d'autres encore — et ce sont ceux qui nous intéressent — qui doivent rester et faire l'ornement de nos bibliothèques.

Aux premiers rangs nous plaçons les publications de cette maison Hachette à laquelle nous rattache tant de précieux souvenirs. Que d'œuvres considérables sortent de cette magnifique usine de la pensée!

I. Nos lecteurs ont apprécié, lors de leur apparition, les volumes si remarquables que M. Duruy a consacrés à l'*Histoire des Romains*. L'œuvre est complète; année par année, les volumes paraissaient et cette histoire est toujours un des plus beaux cadeaux qu'un père puisse faire à ses enfants. Mais si l'œuvre est terminée, son éminent auteur ne se repose pas. Le voici qui nous apporte maintenant la nouvelle édition de son *Histoire des Grecs* (1). Des deux volumes parus, l'un nous fait assister à la formation du peuple grec, et contient 808 gravures, 9 cartes et 5 lithographies; l'autre nous conduit depuis les guerres médiques, jusqu'au traité d'Antalcidas, et pour ne pas le céder à son aîné, il contient 736 gravures, 4 cartes, 5 chromolithographies et 2 planches tirées hors texte. Cette simple énumération montre le luxe de cette illustration, dont les éléments sont empruntés à tout ce que nous a laissé l'antiquité. Musées, collections, tout a été fouillé avec soin; les trouvailles les plus récentes ont été mises à profit et l'une des chromolithographies reproduit une des briques émaillées rapportées par un voyageur célèbre dont le nom est porté avec tant de distinction par un de nos confrères. Quel charme pour nous de revivre cette vie grecque dont notre jeunesse a été bercée et comme nos enfants, avec cette richesse de gravures, de statues, de médailles, de monuments, comprennent plus facilement ces grandes époques de l'histoire.

II. De son côté, M. Elisée Reclus — encore un nom cher à la médecine — continue le magnifique monument qu'il élève à la géographie. Le treizième volume de la « Nouvelle géographie universelle, *la Terre et les hommes* (2) » est consacré à l'Afrique méridionale. Sous l'habile direction de ce guide, nous faisons un voyage aux îles de l'Atlantique austral; nous visitons la Gabonie, le Congo, Angola, le Cap, Zambèse, Zanzibar et la côte de Somaï. Et quand nous avons parcouru ce volume, nous connaissons parfaitement non seulement tous les détails géographiques, mais les coutumes, les mœurs, les religions, l'ethnographie dans ses détails les plus complets: la politique y tient sa place, et l'économie sociale y est traitée de main de maître. Si nous ajoutons que le volume contient 5 cartes en couleur tirées à part, 190 cartes intercalées dans le texte, et 78 vues ou types gravés sur bois, nous aurons montré que toutes les exigences de l'ami de la géographie, des sciences anthropologiques et naturelles, ont reçu ample satisfaction. Il est inutile d'insister pour que l'on comprenne l'importance d'une œuvre semblable et pour inviter les retardataires à placer sur leurs rayons un livre aussi remarquable à tous points de vue.

(1) In-8° jésus. Prix du volume : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8 jésus. Prix du volume : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.

III. Mais, si l'instruction, sous ces formes savantes et artistiques, mérite tous nos éloges, que dire d'une publication qui présente à nos enfants, sous une forme à la fois sérieuse et gaie, humoristique et exacte, les grandes écoles de notre patrie, — but suprême des travaux et des aspirations de la jeunesse. En écrivant *Nos grandes écoles militaires et civiles* (1), M. Louis Rousselet a fait une œuvre saine et morale. Il nous était bien arrivé parfois, en feuilletant l'excellent *Journal de la jeunesse*, que l'on trouve sur toutes les tables de nos demeures, de sourire à certaines indiscrétions sur nos écoles ou militaires ou civiles, mais nous ne nous attendions pas à la surprise que nous ménageait la publication du livre de M. Rousselet. Les articles se sont groupés: les études se sont complétées: ce n'est plus une école ou même deux; ce sont toutes nos écoles.

D'abord l'*École navale*, cette pépinière de notre belle marine. Le jeune *Bordachien* à peine arrivé écrit à son pauvre camarade, demeuré au lycée, ses impressions. Et peu à peu nous assistons à cette vie nouvelle: et nous en voyons les heures sérieuses ou gaies; et nous vivons de la vie du futur marin et celui qui, dans un coin de son cœur, pensait déjà à la mer, sent son aspiration se développer, grandir; encore un coup de collier et, lui aussi, arrivera au *Borda*, et, lui aussi, comprendra les grands mots: honneur et patrie, qui seront la devise de sa conduite pendant toute sa vie. Quand on les a vus gravés sur la dunette, on ne les oublie jamais.

Puis, Saint-Cyr, d'où sortiront un jour nos futurs généraux, avec les brimades, les études forcées, la vie sévère, rigoureuse. Mais attendez le jour des sorties et vous verrez la tenue martiale, élégante du jeune saint-cyrien. Comme ceux qui les suivent les regardent avec orgueil et, comme, à la revue de la Fête nationale, les applaudissements couvrent leur défilé.

Voici l'X, la première de nos Écoles par les difficultés qu'éprouvent, non pas à y entrer, mais à s'y maintenir, ceux qui fourniront à l'État les ingénieurs, les artilleurs et le génie sous toutes ses formes, et même un Président de la République. L'École polytechnique n'a pas de secrets pour nous, avec le livre de M. Rousselet: mais, à l'X, les formules ne sont pas éternelles et M. Rousselet aura bien des éditions à publier — ce que nous lui souhaitons de tout cœur — pour se tenir au courant du langage imagé de nos Écoles.

L'École centrale, l'École des Beaux-Arts, l'École de droit, l'École forestière nous livrent, à leur tour, les secrets de leur vie intérieure: et quand on a lu ces charmantes lettres, on n'a plus que l'embarras du choix d'une carrière. Combien devront à ce livre le choix de la route qui sera celle de leur vie?

Nous avons réservé notre chère École de médecine. L'élève arrive, le voilà s'installant près du Boul'-Mich': il est présenté au doyen; il prend son inscription, et le voilà livré aux travaux pratiques. Nous assisterons au cours: l'huissier est bien beau portant le verre et les battoirs me semblent formidables, il est vrai que l'amphithéâtre est bien vide. Mais rassurez-vous, il est des cours où il sera plein. Les illustrations vous plairont, vous retrouverez des figures connues. En tête le massier: le professeur — n'a pas posé mais il a été croqué — est très ressemblant et vous n'aurez aucune peine à mettre son nom sous son portrait. Voilà l'examen; plaignons le candidat, mais plaignons les juges aussi! à moins qu'ils

(1) Gr. in-8. Prix : 7 francs. — Paris, Hachette et Cie.

ne soient de cette race qui se croient des chats devant une souris Voici l'amphithéâtre et puis la thèse. — Et notre jeune docteur part pour son pays, le cœur joyeux et rempli de reconnaissance pour *ses maîtres.*

Et maintenant, jeunes élèves — comme on nous disait jadis au lycée — voilà toutes les routes ouvertes, à vous de choisir. Mais, le choix fait, gardez un bon souvenir pour M. Rousselet, qui vous a tracé, d'une manière si agréable, les diverses écoles que chacun de vous devra traverser, avant de fixer sa carrière.

IV. *La Bibliothèque des Merveilles* (1) nous offre cette année « les Papillons » de M. Maindron, « le Pétrole » de M. de Fonvielle ; « Ninive et Babylone » de M. Menant, enfin des « Merveilles de l'Horlogerie » de MM. Portal et de Graffigny.

L'éloge de ces petits livres n'est plus à faire ; on sait quel moment agréable leur lecture nous donne. Courts, substantiels, illustrés avec soin, ils donnent toujours une idée très juste et très nette d'un point circonscrit de la science.

V. Nos lecteurs retrouveront avec plaisir sous le titre *Souvenirs d'un savant français — à travers un siècle* (2), le mémorial que nous avons publié du savant éminent qui, de 1780 à 1865, honora et la médecine et les sciences naturelles. M. Léon Dufour méritait le témoignage d'admiration que nous lui avons payé ici même. Mais beaucoup de nos lecteurs désiraient réunir ces feuillets publiés au jour le jour, et c'est pour répondre à ce désir que M. J. Rothschild a édité avec luxe ces souvenirs. Un portrait très ressemblant de l'auteur et des vignettes font de cette publication un livre digne d'être présenté à nos lecteurs.

VI. On nous permettra de ne pas quitter M. Rothschild sans attirer l'attention sur les *Venins et poisons* (3), qu'un des savants professeurs aux écoles de médecine navales, M. Coutance, vient de publier. Après avoir défini le poison, montré ce qu'on entend par virus, ferments, miasmes, l'auteur étudie la nature de la toxicité. Il étudie alors le poison dans le monde minéral, dans le monde vivant, à l'aurore de la vie ; dans le règne animal, il le suit depuis les insectes, jusqu'aux animaux supérieurs ; puis chez les reptiles. Le venin, l'envenimation forment les sujets d'intéressants chapitres. Le monde des serpents, puis le poison dans le monde végétal et dans le règne humain complètent ce travail et l'auteur conclut : le poison est partout ; il y a des poisons autorisés ; comment, enfin, le poison tue. Ce livre, très savant par le fond, revêt une forme aimable et se lit, non seulement avec intérêt, mais avec plaisir.

VII. Signalons enfin le petit *Précis de Pétrographie* (4), traduction de M. de Lasaulx, professeur à l'Université de Bonn. L'élégante traduction de M. Forir nous rend familière cette introduction à l'étude des Roches. Petit livre, mais livre excellent à consulter et à conserver sur la table du naturaliste.

VIII. Nous ne voulons pas clore cette simple causerie sans adresser nos plus vifs remercîments à l'éminent aide-naturaliste au Muséum, M. Fischer. Grâce à lui, la science française s'est enrichie cette année d'un livre considérable qui marquera dans l'histoire scientifique de notre époque.

Le *Manuel de Conchyliologie et de Paléontologie conchyliologique* (5) nous retrace l'histoire naturelle des mollusques vivants et fossiles. Destiné d'abord à n'être qu'une édition nouvelle du célèbre traité de Woodward, ce manuel a pris immédiatement un développement considérable et M. Fischer a pris rang parmi nos plus grands écrivains spéciaux. Nous ne parlons ainsi qu'après avoir eu, pendant des mois, un commerce journalier avec cet excellent livre. On ne saurait dire trop haut la valeur de cet ouvrage : depuis longues années, la science française laissait l'Allemagne s'emparer du mouvement scientifique ; nous étions convaincus que notre Muséum vivait trop sur ses souvenirs ; qu'il devait rompre un trop long silence. L'œuvre de M. Fischer répond à ces désirs : et c'est avec une fierté patriotique que nous saluons ce travail de premier ordre.

(1) In-16. Prix du volume : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8. Prix : 6 francs. — Paris, J. Rothschild.
(3) In-8. Prix : 10 francs. — Paris, J. Rotschild.
(4) In-8. Prix : 4 francs. — Paris, J. Rothschild.
(5) In-8. Prix : 35 francs. — Paris, F. Savy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 décembre 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Marchoux, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par arrêtés ministériels, en date des 13, 20 et 23 décembre 1887, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

I. — *Épidémies cholériques de* 1884-1885. — Médailles d'argent : MM. Dotti et Firmy, infirmiers à l'hôpital du Pharo, à Marseille. — Leduc, infirmier à Marseille et à Manosque.

Médailles de bronze : MM. Combe et Tommasini, pharmacien à Marseille, Sawas, infirmier à l'hôpital du Pharo.

II. — *Épidémie de suette miliaire de* 1887 (mission sanitaire envoyée dans les départements contaminés). — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Thoinot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de la mission ; Chantemesse, médecin des hôpitaux de Paris ; Descouts, chef des travaux de médecine légale, à la Faculté de médecine de Paris ; M. Wallich, interne des hôpitaux de Paris, en mission dans l'Indre (arrondissement du Blanc), déjà titulaire de deux médailles de bronze et d'argent pour le choléra de 1884-1885, à Marseille.

Médailles d'argent : MM. Démelui, Hontang, Louis, Parmentier et Pozzi, internes des hôpitaux de Paris, en mission dans la Vienne.

Médaille de bronze : M. Pressat, étudiant en médecine de la Faculté de Paris ; a apporté un concours dévoué à la mission.

Indre. — Médaille d'argent : M. le docteur Dion, médecin des épidémies de l'arrondissement du Blanc.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Doncet, médecin au Blanc, et Levavasseur, médecin de l'hôpital du Blanc.

Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Bernard, médecin à Persac ; Contancin, à Montmorillon, médecin des épidémies de l'arrondissement ; Desroseaux, médecin à Montmorillon.

Haute-Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Dunoyer, médecin au Dorat ; Perrier, médecin à Bellac ; Thoumas, au Dorat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bellac.

Médailles d'argent : MM. Lavillauroy et Skalscki, internes des hôpitaux de Limoges.

Épidémies diverses. — Bouches-du-Rhône. — Mention honorable : M. Fantoni, infirmier à l'hôpital de la Conception, à Marseille ; s'est acquitté de son service avec zèle et dévouement lors de l'épidémie variolique de 1886.

Seine. — Médaille d'argent : M. Guérin, attaché depuis plus de trente-quatre ans au service des hôpitaux de Paris ; n'a cessé de donner des preuves de zèle et de dévouement au cours des diverses épidémies qui ont sévi.

— Le concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, s'est terminé samedi soir, 24 décembre 1887. La médaille d'or est décernée à M. Girode.

Les questions données pour les épreuves orales ont été : *a.* Médecine : Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; *b.* Chirurgie : Hématocèle de la tunique vaginale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le jury du concours des prix Civrieux a décidé de décerner ce prix : soit une médaille de ver-

meil et une somme de 400 francs à M. Appert. La question mise au concours était : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis-Marie Caradec, ancien médecin de la marine, décédé à Brest le 30 novembre 1887, dans sa soixante-huitième année; Lafont, médecin du bureau de bienfaisance du XIII[e] arrondissement de Paris, et Lefebvre de (Jeumont).

— La Société de biologie ne tiendra pas séance le samedi 31 décembre et reprendra le cours de ses travaux hebdomadaires le samedi 7 janvier 1888.

— M. le docteur F. Jousseaume est chargé d'une mission à l'effet d'étudier sur les bords de la mer Rouge et du golfe d'Aden la faune malacologique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22131

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion de la pelade a tourné court. Malgré les propositions apportées par M. Ollivier, et les nouvelles informations données par MM. Besnier, Bucquoy, Fournier, ou plutôt à cause même de ce qui en est ressorti de vague et d'incertitude sur les points principaux de la question, savoir, non pas si la pelade est ou n'est pas contagieuse, sa transmissibilité n'étant pas contestée, mais jusqu'à quel point, sous quelle forme et dans quelles conditions elle l'est et dans quelle mesure il serait possible d'atténuer le système préventif reconnu trop rigoureux, de l'exclusion temporaire des peladeux de l'école ou du lycée, l'Académie s'est reconnue pour le moment incapable de prendre une décision.

Un premier point s'impose à une recherche et à une étude sérieuse : la pelade est-elle une affection bien nettement définie et étiologiquement identique dans tous les cas? Ou bien procède-t-elle d'origines différentes? Y a-t-il une pelade parasitaire et une pelade nerveuse, comme incline à le penser M. Ollivier? Auquel cas le problème prophylactique se trouverait dédoublé comme le problème pathogénique lui-même? C'est par là, nous semble-t-il, que devrait être reprise la question. Toujours est-il que, pour le présent, elle est ajournée par le renvoi à une commission spéciale dont on trouvera la composition dans le compte rendu.

A été également renvoyé à la section d'hygiène pour nouvel examen, le rapport que M. Ollivier a lu au commencement de la séance concernant l'isolement des élèves atteints de maladies contagieuses dans les lycées, question qui semblerait devoir comprendre implicitement celle de la pelade.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Hystérie et suggestion. II. De la révulsion dans les maladies inflammatoires.

I. La jeune hystérique à propos de laquelle je vous ai fait ma dernière leçon sur les névroses avec ou sans lésion matérielle, c'est-à-dire avec ou sans sclérose, était, à son arrivée à l'hôpital, plongée dans une prostration profonde, elle était aussi muette, aphone, ne pouvant prononcer aucun son, aphasique et de plus anesthésique et analgésique, les révulsions faites sur elle ne provoquant aucune douleur. D'où je conclus qu'il y a à la fois paralysie des cordons antérieurs (motilité) et des cordons postérieurs (anesthésie).

Jusqu'à dimanche matin, cette jeune femme était restée dans le même état que vendredi dernier, c'est-à-dire toujours avec le même mutisme et la même aphonie. Cependant l'intelligence était conservée, la malade comprenait nos questions quoiqu'elle n'y pût pas répondre. Bref, les accidents dataient déjà de huit jours quand, dimanche matin, nous avons essayé de la traiter par la suggestion.

L'hypnotisme ne lui a pas donné le sommeil, mais pendant l'état hypnotique mon interne, M. Duthil, lui a persuadé que le soir elle aurait recouvré la parole, qu'elle pourrait parler. Elle entendait et comprenait très bien ce que nous lui disions. — Or, par une coïncidence bizarre et sans qu'il y ait eu aucune entente préalable, un des élèves de M. Charcot ayant eu l'occasion de la voir et de l'examiner quelques instants plus tard, lui dit exactement la même chose, à savoir qu'elle parlerait dans la soirée de ce même jour.

Or, sous l'empire de cette suggestion renouvelée, elle a, le soir même et pour ainsi dire à l'heure fixée, elle a recouvré la double faculté de parler très correctement. Il y a donc eu persuasion, la chose est des plus évidentes; on lui a suggestionné — je ne dis pas suggéré — de parler et elle a parlé.

En ce moment, cette jeune fille, qui hier respirait parfaitement, est en ce moment dyspnéique. Sa dyspnée est donc d'ordre nerveux, dépendant des pneumogastriques qui émergent du bulbe. Sa moelle est donc prise ainsi que sa moelle allongée, c'est-à-dire son bulbe, et les pneumogastriques dans tel ou tel de leur département. Ainsi guérie dimanche de son mutisme par suggestion, elle est aujourd'hui reprise par son pneumogastrique respiratoire. Nous essaierons de nouveau, chez elle, la suggestion pour faire disparaître la dyspnée.

Quoi qu'il en soit, l'hystérie dont elle est atteinte est sérieuse et a une certaine tendance à récidiver avec la plus grande facilité.

Cette malade présente en plus, aujourd'hui, une anesthésie absolue du fond de la gorge; car, tandis qu'elle a guéri de son anesthésie périphérique en même temps que son

mutisme cessait, elle a conservé un peu de dureté de l'ouïe du côté gauche, ainsi que la perte de la sensibilité gustative et de la sensibilité réflexe du fond de la gorge.

II. Je vous ai parlé, dans ma dernière leçon, des heureux résultats obtenus dans les névroses des révulsions appliquées au début, aujourd'hui je veux aussi vous dire quelques mots des bons effets dans certaines maladies inflammatoires.

Ainsi lundi soir arrivait dans nos salles, un homme atteint de pleuropneumonie dont le début remontait à 24 heures seulement, sa température était de 39°4. Dès le lendemain matin, mardi, on lui appliqua cinq ventouses scarifiées et le soir trois autres. Or le matin ayant encore 39°2, il aurait dû avoir 39°4 au moins, eh bien! sous l'influence de la médication la température était tombée à 38°2.

Le lendemain matin, le thermomètre nous donnait 39° degrés nous avons fait appliquer un vésicatoire; le soir la température retombait de nouveau à 38°8. Enfin hier matin nous trouvions 38°2 le matin et 39 degrés le soir; puis ce matin 37 degrés seulement. En même temps, le pouls est peu fréquent, la peau est chaude mais halitueuse; en un mot, grâce aux moyens employés (ventouses et vésicatoires), cet homme est actuellement en voie de guérison.

Cette amélioration des plus notables nous est, d'ailleurs, démontrée aussi par l'auscultation, ainsi que par l'expectoration dont les crachats sont de bon augure. Bref dès le sixième jour nous sommes en pleine défervescence au lieu du septième ou du huitième jour. Mais même n'aurions-nous pas gagné un jour ou deux sur la durée du mal, ne serait-il pas déjà très avantageux d'avoir obtenu une diminution de la fièvre, une respiration meilleure et du sommeil? Aussi j'avoue que l'on nous la baille belle quand on nous parle de maladie cyclique devant fatalement parcourir un cycle déterminé, pour en arriver à guérison, car il est loin d'être indifférent que la fièvre tombe plus tôt que plus tard, il n'est pas indifférent qu'un malade soit plus promptement soulagé, qu'on diminue ses souffrances et qu'on arrête l'évolution de son mal.

Or ce que je dis de la pneumonie, je le dirai également de la variole, de la rougeole, de la scarlatine dont on doit combattre la symptomatologie en ce qu'elle présente de dangereux, de douloureux, etc., et dont on doit s'efforcer d'abréger la durée. Aussi je ne saurais trop insister sur la nécessité d'intervenir d'une façon rationnelle.

Au numéro 5 de notre salle des hommes, est entré, hier jeudi, un jeune garçon, malade depuis dimanche. Il souffrait d'une douleur vive et continue dans la fosse iliaque droite, dans la région du cæcum. Néanmoins il a continué à travailler de son état de maçon lundi et mardi. Mais mercredi il a été forcé de prendre son lit et hier on nous l'a amené à la consultation avec une douleur vive dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, un certain degré de ballonnement du ventre, une température de 40°2, des douleurs de tête, de l'insomnie, et une constipation datant de dimanche.

S'agissait-il d'une dothiénentérie ou d'une typhlite avec pérityphlite et péritonite tendant à se généraliser? Nous lui avons prescrit immédiatement de l'eau de Sedlitz, laquelle a déterminé cinq selles.

Aujourd'hui la douleur abdominale rayonne vers la partie médiane, la typhlite de dimanche a progressé si bien que nous avons aujourd'hui une pérityphlite et une péritonite rayonnante. Cependant, grâce à l'eau de Sedlitz, le mal est un peu moindre aujourd'hui; en effet la température, qui hier était à 40°2 est tombée ce matin à 39°2, soit une diminution d'un degré; le pouls est à 104. Mais la peau est chaude, sèche, la région abdominale droite très douloureuse, avec un certain degré d'empâtement. Ce que voyant, nous avons prescrit pour aujourd'hui l'application de six sangsues au niveau de la fosse iliaque droite. Demain nous ferons appliquer un vésicatoire sur la même région cæcale.

En résumé si l'affection dont notre malade est atteint peut guérir sans aucune émission sanguine, non seulement sa durée sera de trois semaines à un mois, mais encore la guérison se fera avec production de fausses membranes de sorte que l'intestin, par suite, se trouvera fonctionner mal, plus difficilement. Il pourra même arriver dans quelques années que le malade succombe à quelque étranglement intestinal déterminé par la présence des brides pseudo-membraneuses.

D'où je conclus que nous devons, sans aucune hésitation, combattre l'inflammation locale par les sangsues et par les révulsifs.

Ce malade est le quatrième cas de pérityphlite que nous avons en ce moment dans les salles, en y comprenant celui d'une femme qui a succombé et dont je vous ai parlé dans une précédente leçon.

Nous avons, en effet, au numéro 6 de notre salle des femmes, une malade qui nous est arrivée avec une pérityphlite datant de trois mois. Aujourd'hui on voit, à la palpation de l'abdomen, un vaste gâteau induré qui gêne les mouvements de l'intestin, surtout dans la fosse iliaque droite. Chez elle la maladie est d'origine tuberculeuse. Or, si, au début, on l'avait traitée comme nous le faisons en ce moment pour le jeune garçon dont je viens de vous parler, l'empâtement n'existerait pas; les fausses membranes et l'exsudat sont le siège de productions tuberculeuses récentes que très probablement nous aurions pu éviter.

Voici donc trois cas; le quatrième est celui d'une jeune femme venue au commencement de son mal. Dès son entrée nous lui avons prescrit sangsues et vésicatoires, si bien qu'aujourd'hui elle est guérie et ne présente plus qu'une légère induration qui, dans une huitaine de jours aura aussi certainement disparu.

En résumé, dans les maladies inflammatoires, lorsque vous serez appelés au début, n'hésitez pas à prescrire les révulsions sanglantes et les vésicatoires, vous abrégerez ainsi la durée de la maladie, vous diminuerez l'intensité des phénomènes morbides, enfin vous empêcherez la production des fausses membranes et, par suite, vous éviterez des troubles fonctionnels graves.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Hystérie chez l'homme; accès de léthargie et de somnambulisme spontanés; insuccès de l'électricité statique et de l'hydrothérapie.

Par M. le docteur Moricourt,
Ancien chef de clinique du docteur V. Burq.

Étant donnée la prétention qui s'affiche chaque jour davantage de guérir l'hystérie exclusivement par l'hydrothérapie, l'électricité statique ou la suggestion, nous pen-

sons qu'il n'est pas inutile de mettre, de temps en temps, sous les yeux du public médical, un fait qui lui montre les échecs auxquels expose l'emploi de ces procédés, et en même temps le moyen de les éviter par la mise en pratique des principes de la métallothérapie, établis par le docteur Burq et sanctionnés par la Société de biologie. Tel est le but de l'observation que nous publions aujourd'hui.

M... quatorze ans et demi, ciseleur sur cuivre, qui vint nous consulter le 5 décembre 1886, faillit un jour être écrasé. Quelques mois après, le 6 février 1886, début de sa maladie, par des douleurs d'oreille et de la surdité pendant douze jours.

Déjà, huit mois avant sa peur, il avait le sommeil agité et avait été atteint d'accès de somnambulisme. Il parlait souvent en dormant; plus d'une fois, il lui est arrivé de faire ses devoirs, pendant la nuit, sans en avoir gardé le souvenir à son réveil.

Il était sujet à des crises nerveuses d'une heure de durée, qui se répétaient jusqu'à vingt fois par jour au début, et qui se trouvèrent plus tard réduites à deux, l'une vers midi, et l'autre vers six heures. Il eut une fois une contracture des paupières. Sa mère l'endormait rien qu'en le regardant.

Lorsqu'il est entré à la Salpêtrière, le 8 avril 1886, il était hémianesthésique à droite. Il y fut traité par l'hydrothérapie et l'électricité statique.

Dans le courant du mois de mai, son anesthésie gagnait le côté gauche et devenait bilatérale.

Le 6 août, à la suite d'une attaque de nerfs, il eut une contracture de la langue qui dura vingt-quatre heures. Le 8 août, il lui survint une contracture des jambes pendant dix minutes; une autre fois, une contracture des deux bras qui dura le même temps; une autre fois encore, une contracture du bras droit qui persista pendant une demi-heure.

Le 15 novembre, après sept mois de séjour, il quittait la Salpêtrière avec une anesthésie totale.

État actuel. Les accès de somnambulisme sont remplacés par des accès de léthargie qui durent dix minutes et se reproduisent tous les quinze jours. Mais sa mère ne peut plus l'endormir. Il éprouve de fréquents maux de tête.

Au dynamomètre, il donne 36 kilogrammes de pression des deux côtés.

L'analgésie est totale sauf au bord libre des paupières et à l'extrémité des doigts. La montre est entendue, de chaque côté, à 8 centimètres.

Le goût et l'odorat sont très développés. Mais il y voit à peine de l'œil droit. Voies digestives bonnes.

Examen métalloscopique. Quatre disques de cuivre sont appliqués sur chaque avant-bras. Presque immédiatement des fourmillements dans la main gauche, puis dans la droite, et bientôt de l'engourdissement dans les deux bras.

La force musculaire monte de 1 kilogramme de chaque côté. La sensibilité de piqûre a gagné de l'extrémité des doigts jusqu'à la deuxième phalange.

Traitement. Avant chacun des deux principaux repas, une pilule de sulfate de cuivre de deux milligrammes; augmenter d'une pilule par jour jusqu'à six par jour. Application en permanence, sur les quatre membres et autour du corps, d'armatures de cuivre, en ayant soin de changer chaque jour la hauteur.

10 décembre. M... n'a pas eu d'attaques depuis cinq semaines. Les plaques ont dû être retirées plusieurs fois dans le jour, parce qu'elles le brûlaient autour du cou; la sensation était plus forte à droite.

La sensibilité remonte jusqu'au coude. Elle s'est développée également autour de l'œil, du cou et de la taille.

L'esthésiomètre est senti à 2 centimètres d'écartement à droite, et à 4 centimètres à gauche.

M... a bien supporté ses pilules, sauf hier, où il a rendu son déjeuner.

Des plaques d'or sont appliquées sur chaque avant-bras. Il n'y a pas de phénomènes subjectifs. Mais, au bout de quelques minutes, la pression monte de 3 kilogrammes à droite et de 1 kilogramme à gauche, et après l'enlèvement du métal, à 41 kilogrammes à droite et 39 kilogrammes à gauche. La sensibilité devient plus vive.

Donc sensibilité : 1 Cuivre. 2 Or.

Traitement. Trois pilules de chlorure d'or de 1 milligramme, matin et soir, de deux jours l'un. Alterner avec les pilules de cuivre. Continuer les applications externes de ce dernier métal.

10 avril 1887. J'apprends, par un malade qu'il m'envoie, que M... se trouve tout à fait bien.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend :

1° Des lettres du ministre du commerce transmettant des documents relatifs à la statistique annuelle de la France;

2° Une lettre du ministre de la marine demandant du vaccin pour le Congo français et le Gabon.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Pierret, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, demandant à être inscrit au nombre des candidats au titre de correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Riban qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de physique et chimie médicales;

3° Des lettres de remerciements des lauréats du dernier concours de l'Académie.

LECTURES

Hypertrophie des amygdales. — M. R. BLACHE donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Aperçu clinique sur l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal.*

Guérison de la chorée par l'analgésine. — M. LEGROUX, étant admis que l'analgésine ralentit les oxydations nerveuses et agit directement sur le système nerveux, — ainsi qu'il ressort des travaux de MM. G. Sée, Robin, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Chouppe, — a été conduit à l'expérimenter systématiquement, dans le traitement de la chorée à l'hôpital Trousseau. Il communique six observations de chorée classique, guéries en un temps si court et si radicalement, que l'affirmation du succès thérapeutique semble échapper à toute critique.

Ces six observations me paraissent suffisantes, dit-il, pour me permettre de dire que l'analgésine est un des moyens les plus rapides, les plus sûrs, les plus inoffensifs dans le traitement de la chorée.

Il nous a fallu six jours au moins, vingt-sept jours au plus pour guérir une maladie qui, traitée par les moyens ordinaires, est toujours longue et d'une durée moyenne de soixante-neuf jours, d'après M. Germain Sée et M. Roger, de quatre-vingt-dix jours pour M. Cadet de Gassicourt.

J'ajouterai que le traitement est simple. 1 gramme d'analgésine purifiée est disssous dans 20 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères, et est administré avec ou sans addition d'eau. Il nous a fallu, chez tous nos enfants choréiques, arriver à la dose de 3 grammes dans les vingt-quatre heures, pour obtenir des effets thérapeutiques.

RAPPORT

Durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées atteints de maladies contagieuses. — M. OLLIVIER lit sur ce sujet le rapport suivant :

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine le 25 novembre dernier, M. le ministre de l'instruction publique demandait s'il n'y aurait pas lieu de modifier la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées atteints de maladies contagieuses. Cette lettre a été renvoyée à la section d'hygiène qui a adopté les conclusions suivantes :

Les considérations qui avaient motivé le rapport de 1882, élaboré par une commission, n'ont en aucune manière été infirmées. Il paraît résulter cependant de l'observation attentive des faits que les conséquences pratiques qu'on en a tirées, relativement à la durée de l'isolement des enfants atteints de rougeole, ne sont plus entièrement justifiées. Les faits datant d'une époque déjà éloignée, qui démontrent la transmission de cette maladie, n'ont pas été contredits jusqu'à ce jour. Mais depuis 1882, on s'est un peu plus occupé du moment précis auquel se produit, d'habitude, la contamination. Tout le monde admet que c'est surtout pendant l'invasion et l'éruption, périodes auxquelles correspondent les hypersécrétions catarrhales des muqueuses.

Le danger de transmission diminue vers la fin de la période de desquamation, c'est-à-dire à partir du quinzième jour.

Dans les conditions actuelles, la durée de l'isolement est de 40 jours. Ce laps de temps est réellement trop étendu.

La section croit également qu'il serait bon de modifier les procédés de désinfection et de compléter les précautions hygiéniques recommandées en 1882.

En conséquence, elle vous propose de conserver en grande partie les dispositions antérieurement prescrites et d'apporter simplement, dans les paragraphes 2, 3, 4 et 5, des changements légers, mais suffisants pour donner satisfaction à tout le monde. Dans ces conditions, le texte de 1882 serait transformé de la manière suivante :

1° Les élèves atteints de varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphthérie, seront strictement isolés de leurs camarades ;

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) ; elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons ;

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales ;

4° Les vêtements devront être passés dans une étuve à vapeur ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ;

5° La chambre devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles lavés avec une solution de sublimé ; les objets de literie et matelas également désinfectés ;

6° L'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus.

Après une courte discussion dans laquelle est signalée notamment l'absence de la coqueluche dans l'énumération des maladies contagieuses, le rapport de M. Ollivier est renvoyé à la section d'hygiène.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la pelade.

La parole est à M. Ollivier pour la lecture de ses conclusions.

La pelade et l'École. — **M. OLLIVIER** soumet les mesures hygiéniques qui pourraient permettre de maintenir dans les établissements d'instruction publique les élèves atteints de pelade. Voici l'exposé de ces mesures :

1° Les élèves des établissements d'instruction primaire ou secondaire atteints de pelade seront soumis, aussitôt après la découverte de la maladie, à une enquête médicale approfondie permettant d'en fixer la nature et les origines. Un examen microscopique minutieux fera nécessairement partie de cette enquête ;

2° Les pelades développées immédiatement à la suite de traumatismes, d'affections générales graves, d'ébranlements nerveux, ne doivent pas être considérées comme des causes d'exclusion ou même d'isolement ;

3° Lorsqu'il sera prouvé par des témoignages sérieux que la pelade remonte à plusieurs mois, que l'enfant a vécu au milieu d'autres enfants, sans qu'aucun d'eux ait été contaminé, la maladie ne pourra encore donner lieu à aucune mesure d'isolement ;

4° En dehors des conditions prévues par les paragraphes précédents, les enfants peladeux pourront être conservés dans les établissements d'instruction publique à la condition toutefois que les parents admettent qu'ils soient soumis aux précautions suivantes ;

a. Les pensionnaires coucheront soit à l'infirmerie, soit dans une partie spécialement désignée et isolée du dortoir. Il sera recommandé au surveillant de veiller à ce que les autres élèves n'emploient ni la coiffure, ni les peignes ou brosses des peladeux.

b. A l'étude et aux classes, les peladeux garderont la tête couverte et seront placés à une table ou sur des sièges à part.

Il sera recommandé spécialement aux enfants de ne pas enlever leur coiffure, ni surtout de l'échanger avec leurs camarades.

c. La suppression des mesures d'isolement n'aura lieu que sur l'avis motivé du médecin de l'établissement.

d. Il est bien entendu que, dans le cas d'impossibilité de mettre en vigueur les mesures précédemment indiquées, le proviseur pourrait, soit ne recevoir que comme externe un élève auparavant pensionnaire, soit prononcer l'exclusion temporaire, telle qu'elle se pratique aujourd'hui.

5° Ces dispositions ne sont pas applicables aux écoles maternelles ni aux dernières classes des écoles communales, et cela parce qu'étant donné l'âge des enfants, une exclusion temporaire n'a pas les mêmes inconvénients que plus tard et qu'en outre l'application des mesures précédemment indiquées serait impossible pour la même raison.

M. BESNIER commence par faire remarquer que, en proposant pour sujet de l'un des prix « Des pelades », et en remettant la délivrance de ce prix à l'année 1890, l'Académie a voulu dire à la fois que le terme de pelade s'applique à plusieurs affections, et que l'état actuel de la science sur ce point a besoin d'être revisé à l'aide d'études nouvelles réclamant le concours du temps.

En entrant ensuite dans l'examen de la question, M. Besnier considère que la contagion de la pelade a des degrés divers et des formes variées, mais qu'elle ne saurait être révoquée en doute, et il en existe des exemples probants observés par lui soit à l'hôpital Saint-Louis, soit dans sa pratique particulière. Il termine son discours par les conclusions suivantes :

1° Quels que soient les doutes élevés sur l'identité de toutes les alopécies dites pelades, il est hors de contestation que certaines de ces affections, au moins, peuvent se transmettre d'un individu malade à l'individu sain.

Par conséquent, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer comme un droit son admission dans un asile, une école, un lycée, une caserne, etc. Cette admission reste subordonnée à la décision du médecin particulier à chacune de ces agglomérations.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ce médecin, ou bien si ce médecin décline la responsabilité à encourir, la question sera portée devant une commission spéciale déléguée à cet effet par l'autorité supérieure et composée de médecins pris dans tous les hôpitaux où sont traitées les affections teigneuses.

2° Les médecins des établissements publics ou les membres de la commission déléguée s'attacheront avec le plus grand soin à examiner chaque cas particulier, et à ne prononcer l'exclusion que dans la mesure nécessitée par l'intérêt général, et dans la majorité des cas, à l'exception des asiles de la première enfance et des écoles primaires, il sera presque toujours possible de concilier tous les intérêts.

Premièrement pour tous les externats de lycées, les peladeux pourront être admis aux classes et aux cours ; on interdira seulement la récréation et l'étude en commun, ils restent soumis à la surveillance du médecin de l'établissement.

Pour les internats, écoles supérieures, régiments, la surveillance individuelle pouvant être exercée plus utilement encore par le médecin attaché, on ne prononcera l'exclusion temporaire et seulement pour les cas où la maladie est à la période de début ; mais il sera possible de conserver la plupart des sujets atteints et arrivés à la période d'état ou de réparation à la condition de les soumettre à une médication locale et à des ablutions quotidiennes

appropriées, en même temps que l'on instituera les mesures de précaution nécessaires.

Cette tolérance sera continuée aussi longtemps qu'il ne se sera pas développé de cas nouveau autour de ceux qui sont en surveillance; elle cesserait aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraînerait l'élimination immédiate de tous les malades.

M. OLLIVIER se félicite que les conclusions de M. Besnier se rapprochent des siennes. M. Besnier, dit-il, a relevé dans mon travail une observation qui lui a paru peu favorable à ma thèse. Il s'agit de trois enfants qui ont pris la pelade les uns des autres. La maladie, dans ce cas, est due à une influence commune, ayant agi sur ces trois enfants, l'émotion. J'en ai cité beaucoup d'autres semblables.

En somme, je ne nie pas absolument la contagion de toutes les pelades; mais je suis convaincu que le plus souvent elle n'est pas due à une contagion, et qu'elle ne mérite pas les rigueurs imposées aux élèves qui en sont atteints.

M. BUCQUOY. Ma longue expérience de médecin d'un établissement d'instruction me fait considérer la pelade comme rare. Quand une épidémie de ce genre surgit, la dissémination ne se produit pas de malade à sujet sain; c'est par l'intermédiaire d'une tondeuse ou d'un peigne banal. Je suis d'avis que par des mesures simples, qu'une commission serait chargée de formuler, on pourrait traiter sans danger les peladeux dans les lycées et collèges.

M. FOURNIER. La cause est entendue. Ce serait inutilement qu'on prolongerait une discussion sans issue, comme l'a très bien fait remarquer M. Besnier. On a invoqué d'excellentes observations pour et contre la contagiosité. En somme, il me paraît qu'il y a pas mal de faits qui tendent à démontrer que si la pelade est contagieuse, elle ne l'est que d'une certaine façon et peut-être à une certaine phase de son évolution. Par contre, il est des cas où elle s'impose incontestablement. D'un autre côté, je suis loin de trouver, comme M. Bucquoy, que la pelade est fort rare; elle me paraît, au contraire, devenir de plus en plus commune. Ne pourrait-on pas nommer une commission permanente pour étudier tous ces points de la question?

A la suite de cette discussion, M. le président consulte l'Académie. Il y a deux propositions: l'une de M. Besnier dont on a entendu les conclusions et qui désire qu'elles soient soumises à l'examen d'une commission, la seconde de M. Fournier qui serait d'avis qu'on nommât une commission permanente de la pelade.

M. LE FORT ne voit aucune utilité à ce qu'on constitue une commission permanente; il n'y a que trop de commissions permanentes; il appuie la proposition de M. Besnier.

La proposition de M. Besnier est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT désigne comme membres de cette commission: MM. Besnier, Hardy, Bucquoy, Cornil, Ollivier et Fournier.

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes, pour l'année 1888. Voici les noms des membres élus:

Épidémies. — MM. Nocard et Ollivier.
Eaux minérales. — MM. Proust et Robin.
Remèdes secrets. — MM. Prunier et Marty.
Vaccine. — MM. Trasbot et Laboulbène.
Hygiène de l'enfance. — MM. Charpentier et Roussel.
Comité de publication. — MM. Legouest, Empis et Gariel.

L'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix proposés.

Les questions mises au concours par l'Académie des sciences pour les prix à décerner, en ce qui concerne la médecine et les sciences accessoires, sont les suivantes:

1° POUR L'ANNÉE 1888.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.*

CHIMIE ORGANIQUE. — *Prix Jecker.*

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique ou dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la cryptogamie.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe, et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Montagne. — Décerné aux auteurs de travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou la description des cryptogames inférieurs.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Thore.* — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Savigny. — Fondé par M[lle] Letellier. — Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

Prix da Gama Machado. — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon.* — Médecine et chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon.* — Physiologie expérimentale.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon.* — Arts insalubres.

Prix Cuvier. — Destiné à récompenser l'ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Prix Trémont. — Destiné à tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Gegner. — Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives.

Prix Delalande-Guérineau. — Destiné au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science.

Prix Jérôme Ponti. — Décerné à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

2° POUR L'ANNÉE 1889.

PHYSIQUE. — *Prix L. Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique.

CHIMIE. — *Prix L. Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la chimie.

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse.* — Décerné à l'auteur d'un travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

BOTANIQUE. — *Prix de la Fons Mélicocq.* — Destiné à récompenser le meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Grand prix des sciences physiques.* — Étude complète de l'embryologie et de l'évolution d'un animal, au choix du candidat.

Prix Bordin. — Étude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud (mammifères et oiseaux).

PHYSIOLOGIE. — *Prix L. Lacaze.* — Destiné à récompenser l'auteur du meilleur travail sur la physiologie.

Prix Pourat. — Recherches expérimentales sur les contractions musculaires.

Prix Martin-Damourette. — Prix de physiologie thérapeutique.

GÉOGRAPHIE PHYSIQUE. — *Prix Gay.* — Déterminer par l'étude comparative des faunes et des flores les relations qui ont existé entre les îles de la Polynésie et les terres voisines.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Petit d'Ormoy.* — Sciences naturelles.

3° POUR L'ANNÉE 1890.

Géologie. — *Prix Fontanes.* — Décerné à l'auteur de la meilleure publication paléontologique.

Physiologie. — *Prix Serres.* — Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Médecine. — *Prix Dusgate.* — Destiné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

4° POUR L'ANNÉE 1891.

Médecine. — *Prix Chaussier.* — Destiné à des travaux importants de médecine légale et de médecine pratique.

Prix généraux. — *Prix Jean-Reynaud.* — Destiné à l'auteur du travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 décembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, Jeanson et Fleury. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Morigny, Lafontaine, Basset, Sifflet, Boissier, Butsch, Renard, Moulin et Waline.

— Par décret, en date du 24 décembre 1887, M. Rousselin, aide-médecin, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 26 décembre 1887, le programme des concours pour les emplois de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, annexé au décret du 25 juillet 1885, est modifié ainsi qu'il suit :

« Leçon orale, de trois quarts d'heure de durée, sur une question de matière médicale (mêmes conditions). »

— Par décret, en date du 26 décembre 1887, M. Perrens, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 décembre 1887, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

— Le jury du concours du prix Chateauvillard a décidé de partager ce prix, d'une valeur de 2000 francs, de la manière suivante : 1° un prix de 1200 francs à M. le docteur L.-H. Petit pour son livre intitulé : *Essais de Bibliographie médicale* ; 2° un prix de 800 francs à M. le docteur Ozanam pour son ouvrage intitulé : *La circulation et le pouls.*

La Faculté a également décidé de décerner les deux prix Jeunesse ainsi qu'il suit : 1° prix d'hygiène et une somme de 1200 francs à MM. les docteurs Chantemesse et Widal pour leurs *Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde ;* une récompense de 300 francs à M. le docteur Berthod pour son travail intitulé : *Couveuse et gavage à la Maternité de Paris* ; 2° prix d'histologie et une somme de 750 francs à M. Lesage, interne à l'hôpital Saint-Louis pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de la diarrhée verte chez les enfants.*

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 6 février 1888, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration depuis le mardi 3 janvier 1888, jusqu'au lundi 28 janvier inclusivement de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Blanquinque est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Laon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscription du deuxième semestre de l'année scolaire 1887-1888, sera ouvert le jeudi 5 janvier 1888. Il sera clos le samedi 21 janvier à trois heures de l'après-midi. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant; de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12 et vendredi 13 janvier;

2° Inscriptions de troisième et de quatrième années d'officiat, les samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 janvier.

La quatrième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (Physiologie).

Les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribuées qu'à partir du vendredi 13 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne et d'externe, pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1887-1888. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— M. le docteur Armand Després reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 11 janvier 1888, à neuf heures un quart, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis*, service de M. Ernest Besnier, année 1888. — Mardi, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies diverses. — Vendredi, consultation externe. — Samedi, clinique.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1886, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau, le docteur C. Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de Pharmacie et de Thérapeutique. — 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur De Valcourt. — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Écoles préparatoires de*

médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22131

29

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien 165, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

22

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.*

« Professeur BOUCHARDAT. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res, 16, r. Parc-Royal, Paris et ph^ies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEE-TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)** Dépôt G^ral : Ph^ie C^le F^g Montmartre, Paris.

71

LES CAPSULES DE ROUSSEAU
AU VALERIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0^gr,10 de Valérianate cristallisé. Ph^n 54, rue de Rome, Paris.

91

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.**

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

96

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doi à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

41

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Boubon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

190

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boite sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, s^t guéris p^r les **TUBES LEVASSEUR, O. ✻✻.** Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et del'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix de la boîte : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } créosotées.

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph^ie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n°* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Ph^ie LEROY, 2, r Daunou, et toutes ph^ies.

29

VIN DU DOCTEUR CABANES

(KINA CABANES)

AU LACTOPHOSPHATE DE CHAUX ET DE FER

ET AU QUINQUINA TITRÉ

Contre *Dyspepsie, Anémie, Chlorose, Convalescences, Inappétence, Formation des jeunes filles, Menstruations difficiles et douloureuses.*

DOSE : Un verre à madère avant chaque repas. — Se trouve dans toutes les ph^ies

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

44

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

67

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 milligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Ph^ie, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 157. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1887. 60e ANNÉE SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1887. — N° 157.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

De l'ulcère simple de l'œsophage,

Par E. BERREZ.

Dans une série de communications faites à la Société médicale des hôpitaux, M. Debove signalait récemment une affection rarement observée et à peu près inconnue : *l'ulcère simple de l'œsophage*. C'est cette maladie dont on chercherait vainement la description dans nos classiques, que nous nous proposons d'étudier dans ce travail. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas à l'hôpital Andral dans le service de M. Debove, et, sur le conseil de notre maître, nous avons recherché à cette occasion les faits semblables épars dans les archives médicales de France et de l'étranger. Ils ne sont pas nombreux ; toutefois, si le vieil adage *non numerandæ observationes sed perpendendæ* n'est pas une vaine formule, on ne saurait leur refuser une certaine valeur, et ils méritent, croyons-nous, d'être publiés collectivement. Cette reproduction forme la première partie de notre étude. Dans la seconde nous avons essayé d'esquisser l'histoire de la maladie. Elle offre des lacunes, nous ne nous le dissimulons pas ; mais, en appelant l'attention des observateurs sur ce point encore obscur de la science, nous aurons du moins fait œuvre utile et préparé, dans la mesure de nos forces, les bases d'un travail plus complet.

I

« Les fonctions subalternes de l'œsophage, dit Luton, ne le dispensent aucunement des maux nombreux qui atteignent les autres viscères. Du reste, sa structure assez compliquée, qui comprend à peu près les mêmes éléments que les autres sections du tube digestif, doit le faire admettre *a priori* et implique tous les cas pathologiques possibles (1). »

L'œsophage peut être, comme l'estomac et le duodénum, nous ajouterions volontiers comme l'intestin grêle et le gros intestin (1), le siège de la lésion décrite par Cruveilhier sous le nom d'ulcère simple. Mais tandis que l'ulcère simple de l'estomac et celui du duodénum ont été l'objet de nombreux travaux et tiennent une place importante dans les traités classiques, l'ulcère simple de l'œsophage au contraire est passé complètement sous silence dans les manuels de pathologie ou d'anatomie pathologique même les plus récents. Faut-il en voir la raison dans la rareté de la maladie et dans l'absence de symptômes caractéristiques de la lésion ? Nous pensons plutôt, avec notre maître, « que la rareté en est seulement apparente et doit surtout être attribuée à ce que l'attention des auteurs n'a pas été suffisamment attirée sur ce sujet (2) ». Ainsi en fut-il de l'ulcère stomacal, avant les travaux de Cruveilhier, cette affection, aujourd'hui si commune, échappait aux médecins qui la confondaient avec le cancer ou la gastrite chronique comme on confond aujourd'hui dans la pratique l'ulcère simple de l'œsophage avec le cancer de cet organe.

Mais Cruveilhier, qui a fait une étude magistrale de l'ulcère simple de l'estomac, ne parle point de celui de l'œsophage.

Mondière (3) se demande s'il peut se former dans l'œsophage de ces perforations spontanées que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, d'offrir des bords noirs et taillés à pic, et il répond qu'on n'en connaît aucun exemple.

Valleix (4) toutefois pense qu'il faut être un peu moins exclusif que cet auteur, car, dans une observation rapportée par Bouillaud, il existait une perforation de la grandeur

(1) *Nouv. Dict de méd. et de chir. pratiques*, art. ŒSOPHAGE.

(1) Les faits ne manquent pas à l'appui de cette assertion ; il est regrettable qu'on n'ait pas encore songé à les réunir en corps de doctrine : « L'ulcère chronique de l'intestin est en tout point l'analogue de celui de l'estomac, seulement sa fréquence est beaucoup moins grande. » Lebert, à qui nous empruntons cette citation, en rapporte, d'après son expérience personnelle, huit cas dans lesquels la lésion siégeait à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, dans le côlon, dans le cæcum ou dans le rectum (*Anat. path.* vol. II, p. 206). Il en existe nombre d'autres dispersés dans la littérature médicale :

Lépine, Ulcération annulaire des intestins, perforation de l'intestin grêle, rétrécissement du gros intestin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1870, p. 27).

Chouppe, Ulcération simple et rétrécissement du gros intestin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1870, p. 322).

James Olivier, Acute perforating ulcer of the ascending colon (*The Lancet*, 1885, t. I, p. 424, etc.).

(2) M. Debove, Soc. méd. des hôp., 9 octobre 1885.

(3) Notes sur quelques maladies de l'œsophage (*Arch. gén. de médecine*, 1833, 2e série, t. III, p. 50).

(4) *Guide du médecin praticien*, 1844, t. IV, p. 466.

de l'ongle semblable aux perforations spontanées qu'on trouve dans l'estomac.

Vigla (1) admet formellement l'existence dans l'œsophage de ces ulcères « appelés simples et plus particulièrement perforants, d'après leur tendance si bien signalée par Cruveilhier à la destruction successive de toutes les couches élémentaires de la paroi d'un organe creux ».

Reeves (2), Flower (3), Part (4) ont entrevu cette forme spécifique d'ulcération, et c'est dans ce sens qu'ils interprètent certains cas de perforation de l'œsophage.

Rokitansky (5), après avoir énuméré les différentes ulcérations de l'œsophage, dit qu'on rencontre à la partie inférieure de ce conduit un ulcère semblable à l'ulcère perforant de l'estomac, mais « c'est un phénomène excessivement rare ».

Trier (6) le mentionne à peu près dans les mêmes termes.

Pour Birch-Hirschfeld (7), les prétendus cas d'ulcère perforant de l'œsophage ne sont, selon toute apparence, que des ulcérations cancéreuses.

Zenker et Ziemssen (8) estiment qu'aucune des observations publiées ne résiste à une critique sévère, et ils se prononcent catégoriquement contre l'existence de cette affection.

La sévérité de ce jugement est peut-être excessive. Quoi qu'il en soit, et sans nous arrêter ici à une discussion rétrospective des observations condamnées par les deux auteurs allemands, nous arrivons aux cas rapportés par Quincke et dans lesquels l'examen microscopique fait par Langhans, « c'est-à-dire dans des circonstances qui rendent une erreur peu vraisemblable (9) » a démontré d'une manière évidente que les altérations de la paroi œsophagienne n'étaient pas de nature carcinomateuse. La lésion ne fut, à vrai dire, qu'une trouvaille d'autopsie et en dehors de la question de pathogénie qu'il traite assez longuement et sur laquelle nous aurons à revenir plus loin, le professeur de Kiel n'entre dans aucun détail sur les symptômes et la marche de la maladie. Aussi, quelque intéressantes qu'elles fussent, ses trois observations auxquelles il en joignit bientôt une quatrième, et celle de Zahn qui, suivant son auteur, « ressemblait jusque dans ses moindres détails aux précédentes », restèrent lettre morte dans les recueils.

Morell Mackenzie (10) n'en tient aucun compte : il admet l'existence de la maladie, mais il reproche aux cas anciens d'être trop incomplets et aux faits récents de manquer de la sanction de l'examen microscopique.

Le mérite d'avoir attiré de nouveau l'attention des médecins sur l'ulcère simple de l'œsophage revient à M. Debove, qui en a observé deux cas dont les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* ont publié la relation. Ses observations sont d'autant plus démonstratives qu'elles possèdent une histoire clinique ; le diagnostic a été fait au lit du malade et non sur une table d'amphithéâtre ; le rétrécissement consécutif à l'ulcération a été dilaté avec succès ; enfin l'une d'elles est munie du contrôle nécroscopique. Et si, comme il le reconnaît lui-même, le mémoire de Quincke lui a été précieux pour l'interprétation des faits et le choix du traitement, il n'en reste pas moins vrai que c'est au savant médecin de l'hôpital Andral que nous devons la première étude clinique de l'affection qui nous occupe.

(1) *Union médicale*, 19 juin 1855.

(2) Clinical illustrations of some diseases of the œsophagus (*Association med. journ.*, 1853, p. 867).

(3) A case of perforating ulcer of the œsophagus (*Association méd. journ.*, 1853, p. 722).

(4) Ulceration of the œsophagus communicating with the right bronchial tube (*Transact. path. Soc. Lond.*, 1857, p. 191.)

(5) *Lehrbuch d. Path. Anat.*, 1861, t. III, p. 130.

(6) *Gaz. hebd.*, 1864, p. 475. Nous n'avons pas eu entre les mains le travail de Trier qui a paru à Copenhague en 1863.

(7) *Lehrbuch d. Path. Anat.*, 1876, p. 821.

(8) Handbuch d. spec. Path. *Krankheiten d. Œsophagus*, t. VII, p. 158.

(9) Debove, Soc. méd. des hôp., 13 avril 1883.

(10) *A Manual of diseases of the throat and nose*, t. II, p. 38.

Il semble dès lors que l'éveil est donné, et, comme toute maladie devient plus fréquente à mesure qu'elle est mieux connue, aux cas que nous venons de signaler s'en ajoutent plusieurs autres dans l'intervalle d'un petit nombre d'années. A l'aide de tous ces documents, nous essayerons de démontrer :

Que l'ulcère simple de l'œsophage doit prendre place dans le cadre nosologique des maladies de cet organe et mérite, comme celui de l'estomac ou du duodénum, un chapitre dans la pathologie du tube digestif ; que, s'il ne présente aucun signe pathognomonique permettant de faire le diagnostic pendant la vie, cependant son existence peut être soupçonnée et parfois même affirmée ; enfin, que si la terminaison en est malheureusement trop souvent fatale, il est des cas où il se cicatrise, donnant lieu ultérieurement à des rétrécissements « qu'il importe au plus haut point de ne pas confondre avec les rétrécissements par épithélioma, attendu qu'ils sont curables si on pratique la dilatation (1) ».

II

Observations (2). — Nous plaçons en première ligne, bien qu'elles ne soient pas les premières en date, les deux observations de M. Debove qui ont été le point de départ et comme le fond de notre travail ; pour les autres, nous suivons l'ordre chronologique.

Observation I (3). — Un homme de cinquante-quatre ans, sans antécédents héréditaires particuliers, non syphilitique, ayant fait de grands excès alcooliques, entre à Bicêtre le 18 novembre 1882. A la fin de 1870, il avait éprouvé de vives douleurs vers la pointe et vers la partie supérieure du sternum ; il avait une grande difficulté à boire et à manger. Ces opérations étaient extrêmement douloureuses et accompagnées de régurgitations. Le 5 mars 1871, il eut trois vomissements de sang noir. Épuisé, ne pouvant plus manger, il entra à l'hôpital de Provins où on lui passa une sonde, après quoi il put manger facilement. En 1871, 1872 et 1878, vomissements fréquents de sang couleur marc de café. Pendant toute cette période, le malade souffrit cruellement de douleurs vives derrière le sternum et entre les deux épaules quand il essayait d'avaler. Depuis plusieurs années les douleurs sont moins vives. A son entrée à Bicêtre, on constate l'existence de deux rétrécissements de l'œsophage, situés l'un au voisinage du cardia, l'autre, plus prononcé, au niveau de la fourchette sternale.

En résumé, maladie de l'œsophage remontant à plus de dix ans, ayant présenté deux périodes distinctes : la première caractérisée par des hématémèses et une dysphagie due à la douleur, la seconde par une dysphagie due à un rétrécissement. On ne peut mettre en cause le cancer, le traumatisme ou la syphilis. L'hypothèse la plus probable paraît être celle d'un ulcère simple de l'œsophage ayant amené un rétrécissement.

Obs. II (4). — Un homme de cinquante-cinq ans, d'habitudes

(1) Debove, Soc. méd. des hôp., 5 août 1887.

(2) Nous n'en donnons ici qu'un résumé, elles paraîtront *in extenso* prochainement dans notre thèse inaugurale.

(3) Debove, *Rétrécissement primitif de l'œsophage* (Soc. méd. des hôp., 13 avril 1883).

(4) Debove, *De l'ulcère simple de l'œsophage et du rétrécissement consécutif de cet organe* (Société médicale des hôpitaux, 9 octobre 1885 et 5 août 1887).

peu tempérantes et sans antécédents héréditaires connus, entre à l'hôpital Andral le 29 juin 1885. Sauf quelques pituites matinales, sa santé était bonne, quand en 1869, il eut le même jour deux hématémèses abondantes; elles entraînèrent un tel état de faiblesse qu'il dut garder le lit quinze jours. En 1879, nouvelle hématémèse à la suite de laquelle les digestions devinrent plus difficiles, et les vomissements assez fréquents après le repas. Il s'affaiblit et maigrit. En 1882, hématémèses abondantes qui durèrent quatre jours, il entra à la Pitié où on lui fit des lavages de l'estomac : la sonde œsophagienne passait sans rencontrer d'obstacle. Il sortit de l'hôpital très amélioré, continua ses lavages pendant six mois, puis cessa tout traitement pendant trois mois. Au bout de ce temps, il commença à sentir des douleurs dans l'épigastre et dans la région vertébrale au niveau de la huitième vertèbre dorsale, s'irradiant vers l'épaule. Il voulut reprendre l'usage de la sonde, mais elle ne passait plus. L'alimentation devint difficile : la soupe et le poisson étaient seuls tolérés, les bouchées de pain s'arrêtaient dans l'œsophage d'où elles étaient rejetées par régurgitation. Le malade se mit au régime lacté exclusif à la fin de 1883. L'année suivante la déglutition même des liquides devint de plus en plus difficile. Le 28 juin 1885, hématémèse abondante. Les liquides n'étaient ingérés qu'avec une grande difficulté et provoquaient de vives douleurs au niveau de l'appendice xiphoïde. Le 6 juillet, on constata un rétrécissement infranchissable à la partie inférieure de l'œsophage. La faiblesse et l'amaigrissement furent bientôt très prononcés, la mort par inanition était à craindre. Il ne pouvait être question d'un rétrécissement dû à l'ingestion de substances caustiques; d'autre part, la longue durée de la maladie faisait rejeter le diagnostic de rétrécissement cancéreux; il s'agissait vraisemblablement d'un rétrécissement consécutif à quelque ulcération spontanée de l'œsophage. Ce diagnostic posé, on eut recours à la dilatation forcée, et le 11 août le malade put avaler du pain, de la viande. Depuis cette époque, il continua à bien manger et il reprit des forces; seulement il était obligé de se sonder matin et soir. Au commencement d'août 1887, il succomba très rapidement avec des phénomènes de collapsus et d'algidité dus à une perforation par ulcère de l'estomac. Il n'avait eu dans les deux dernières années que des troubles gastriques peu importants.

A l'autopsie, on trouva l'estomac perforé; la perforation située à la face antérieure de cet organe se présentait sous son aspect le plus classique. Dans l'œsophage, à cinq centimètres au-dessus du cardia, existait une cicatrice circulaire, d'un demi-centimètre de hauteur, présentant quelques irradiations fibreuses vers la partie supérieure et inférieure de la muqueuse. Ce point était peu rétréci, car il laissait facilement passer l'index.

Obs. III (1). — E. B..., âgée de quarante et un ans, mère de sept enfants, devint enceinte de nouveau vers la fin de juillet 1876. Dès le mois suivant, son ventre augmenta notablement de volume; en octobre il commença à être douloureux. Cet état s'accentuant de jour en jour, elle entra à l'hôpital le 21 décembre. Elle était pâle et maigre, et respirait difficilement. L'abdomen était distendu par un épanchement considérable, et l'on sentait dans l'épigastre une tumeur saillante. On porta le diagnostic de carcinome du péritoine. Le 24 décembre, la malade fut prise de vomissements incoercibles et rejeta une grande quantité d'un liquide rouge brun renfermant des hématies : on crut alors qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac. Le 26, on fit une ponction qui donna issue à 3^{lit},7 de liquide; les vomissements cessèrent bientôt, mais l'épanchement ne tarda pas à se reformer et l'avortement eut lieu le 30. La malade s'affaiblit de plus en plus et mourut le 4 janvier 1877. L'autopsie (professeur Langhans) révéla un carcinome qui avait débuté par les ovaires et envahi le rectum, le péritoine et les glandes rétro-péritonéales, la plèvre et la rate. La surface interne de l'estomac était saine. Dans l'œsophage, un vaste ulcère avait détruit la muqueuse à partir du cardia jusqu'à la hauteur de la bifurcation de la trachée. L'examen microscopique établit avec certitude l'absence de tout élément cancéreux ou cancériforme sur les bords et à la base de l'ulcère.

Obs. IV (1). — M. St..., âgée de soixante-six ans, entre le 14 février 1878, à la clinique gynécologique de Berne pour une tumeur de l'ovaire droit datant de six ans. Le 26, on lui fit une ponction, car depuis quelques jours elle avait des vomissements noirâtres; les selles elles-mêmes étaient colorées en noir. Quatre heures après, elle fut prise subitement de dyspnée et succomba rapidement. A l'autopsie (professeur Langhans), outre une tumeur cystoïde de l'ovaire, on trouva dans la plèvre droite un liquide brun noirâtre : c'était le contenu de l'estomac qui y avait pénétré par une perforation de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Cette ouverture, située sur la paroi antéro-latérale gauche, avait 4^c,5 de longueur sur 2^c,5 de largeur; sur ses bords on remarquait de légères adhérences pleurales et pulmonaires. L'estomac était normal. Absence d'éléments cancéreux.

Obs. V (2). — Jean St..., âgé d'environ cinquante ans, vint à la clinique médicale de Berne en automne 1878. Les signes accusés par le malade et fournis par le cathétérisme plusieurs fois répété firent reconnaître l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage à la hauteur du cardia. En raison de l'âge du sujet on pensa qu'il s'agissait d'un carcinome. Le malade mourut avec les phénomènes ordinaires de dysphagie croissante et de cachexie progressive. A l'autopsie, on constata sur la paroi postérieure de l'estomac, à huit centimètres du cardia, l'existence d'une cicatrice linéaire de trois à quatre centimètres, qui plissait fortement la muqueuse. Une deuxième cicatrice siégeait dans la partie inférieure de l'œsophage; elle avait un demi-centimètre de long et envoyait dans l'estomac quelques prolongements rayonnés. Le rétrécissement avait un centimètre environ de circonférence et était formé de tissus blanchâtres fibreux. Un peu plus haut, un autre rétrécissement, qui paraissait dû à une hypertrophie de la tunique musculaire, atteignait presque le degré du premier. L'examen microscopique démontra l'absence de toute altération cancéreuse. Si l'on avait reconnu pendant la vie la nature du rétrécissement, on aurait entrepris la dilatation qui vraisemblablement eût été suivie de succès.

Obs. VI (3). — H. S..., âgé de quarante-deux ans, souffrait de l'estomac depuis dix ans. En mai 1878, les vomissements augmentèrent de fréquence, les matières vomies étaient comparables à du marc de café. Au mois d'avril suivant, il entra à l'hôpital. Il se plaignait surtout de douleurs qui siégeaient au niveau de l'appendice xiphoïde et le prenaient par accès pendant les repas ou durant la nuit. Outre les symptômes de l'ulcère stomacal, il présentait des accidents de rétrécissement œsophagien, rétrécissement à soupape puisque l'estomac évacuait facilement son contenu par le vomissement, et que d'autre part les aliments et la sonde œsophagienne tantôt passaient sans difficulté, tantôt rencontraient dans le voisinage du cardia un obstacle infranchissable. Le malade mourut en novembre 1879. L'autopsie (professeur Heller) révéla, outre un commencement d'atrophie granuleuse des reins et quelques autres altérations peu importantes, une dilatation considérable de l'estomac et deux grands ulcères calleux de cet organe. L'un d'eux entourait le cardia et intéressait la partie supérieure de l'œsophage sur une surface annulaire de un centimètre et demi de hauteur. Il se terminait insensiblement en haut; en bas il était profond et limité par la muqueuse gastrique comme par un rempart. Il se prolongeait du côté de la petite courbure et formait un cul-de-sac avec la muqueuse. C'est dans cette poche, située un peu à droite du prolongement de l'axe de l'œsophage que les aliments et le bec de la sonde s'étaient logés si souvent. Il n'existait pas de rétrécissement proprement dit, ce qui explique la facilité avec laquelle s'effectuaient les vomissements.

(1) Quincke, Ulcus œsophagi ex digestione (*Deutsch. Archiv. f. klin. medicin.*, 1879, t. XXIV, p. 72).

(1) Quincke, *loc. cit.*, p. 75.

(2) Quincke, *loc. cit.*, p. 77.

(3) Quincke, Klappenbildung an der Cardia (*Deutsch. Archiv. f. klin. médicin*, 1882, t. XXXI, p. 408).

Obs. VII (1). — Un homme de quarante-six ans, ayant depuis quelques années fait grand abus de spiritueux, entre à l'hôpital cantonal le 31 octobre 1881. Il avait perdu peu à peu l'appétit, il souffrait de violentes douleurs épigastriques et vomissait tout ce qu'il mangeait. Depuis six semaines, il avait des hématémèses de plus en plus abondantes et répétées. Au moment de son admission, il était amaigri et avait le teint jaune paille. Pas de tumeur appréciable à l'épigastre. Sous l'influence du traitement son état s'améliora, les vomissements cessèrent et il put quitter l'hôpital le 15 novembre. Rentré chez lui, il recommença son ancienne vie et tous les accidents : douleur, vomissements, etc., ne tardèrent pas à reparaître. Il mourut le 23 décembre. Le nombre des globules rouges étant tombé à 950 000, on avait porté le diagnostic d'anémie pernicieuse. L'autopsie révéla, outre un ulcère rond du duodénum, un ulcère simple de l'extrémité inférieure de l'œsophage comprenant toute la circonférence de l'organe et remontant à huit centimètres au-dessus du cardia.

Obs. VIII (2). — Le comte de Chambord était âgé de soixante-trois ans, son oncle le duc d'Angoulême était mort d'un cancer de l'estomac. Sa santé, jusque-là excellente, avait commencé à s'altérer il y a deux ou trois ans : l'appétit avait diminué et les digestions ne se faisaient pas toujours très bien. Vers le 15 juin, il fut pris presque soudainement de troubles graves des voies digestives : anorexie complète, nausées et vomissements répétés, douleurs abdominales qu'exaspérait l'ingestion des aliments et des boissons. Ces symptômes augmentèrent d'intensité les jours suivants ; les vomissements se reproduisaient presque à chaque moment, les matières vomies étaient muqueuses et alimentaires, ne contenant ni sang pur ni sang modifié ; l'ingestion d'une cuillerée de liquide causait une vive souffrance au niveau de l'épigastre et la moindre pression exercée sur cette région provoquait une violente douleur. Après dix ou douze jours, ces accidents se calmèrent laissant une absence totale d'appétit avec aversion pour la viande et intolérance de l'estomac pour les aliments. Vers le milieu de juillet, le malade était très amaigri, il avait le facies un peu cachectique et un léger œdème des membres inférieurs. A la région épigastrique, on sentait une tumeur résistante, douloureuse à la pression. La déglutition se faisait bien, mais avec une sensation pénible, et les vomissements ne se produisaient qu'un certain temps après l'ingestion des aliments et des boissons. Les médecins portèrent le diagnostic : cancer de l'estomac. Après quelques alternatives, une aggravation survint qui fit de constants progrès et la mort eut lieu le 24 août. L'autopsie ne put être faite et l'on dut se borner à examiner les parties mises à découvert pendant l'opération de l'embaumement. La tumeur était constituée par le mésentère très épaissi. L'estomac, un peu dilaté, avait l'aspect du catarrhe gastrique. Toute la partie supérieure de l'œsophage était saine ; dans la partie inférieure, au contraire, on voyait plusieurs ulcérations de forme arrondie, régulière ou irrégulière, de couleur gris noirâtre, à bords généralement taillés à pic. L'intestin ne présentait aucune altération notable. Le foie était normal, les reins légèrement atrophiés et granuleux, les poumons sains, l'aorte athéromateuse, et le myocarde avait subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Obs. IX (3). — Un homme de soixante-six ans, sans antécédents héréditaires particuliers, ayant toujours été bien portant et n'ayant jamais fait d'excès alcooliques, entre à l'hôpital de Melbourne, le 20 août 1884. Il avait le teint jaune, était amaigri et paraissait anémié. Depuis six semaines, il ne pouvait prendre d'aliments solides et l'ingestion de liquides était immédiatement suivie de vomissements. Les matières vomies étaient comparables à du marc de café. Après les repas ou les vomissements, il ressentait vers la partie supérieure du sternum une douleur vive, brûlante, plus intense à droite et s'irradiant au-dessus des mamelons. Le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut le 30 septembre. A l'autopsie, on trouva l'estomac et l'intestin absolument normaux, l'aorte légèrement athéromateuse, le ventricule gauche hypertrophié, les reins et le foie un peu atrophiés et granuleux. L'œsophage présentait dans le tiers inférieur un petit ulcère rond à peu près de la grandeur d'une pièce de trois *pence* (environ 16 millimètres).

(1) Zahn, Ulcères simples de l'œsophage et du duodénum (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1882, p. 144).

(2) Vulpian, La dernière maladie de M. le comte de Chambord (*Gaz. hebd.*, 14 sept. 1883).

(3) Robertson, Case of œsophageal ulcer simulating gastric ulcer (*Austral med. journ.*, 1884).

Obs. X (1). — Une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'ictère depuis un mois, fut opérée d'une hernie étranglée à la clinique du professeur Gussenbauer. Les trois premiers jours se passèrent sans accident notable ; le quatrième, les vomissements se reproduisirent et la malade se plaignit de douleurs dans la moitié inférieure du corps. Elle s'affaiblit de plus en plus et mourut sept jours après l'opération. L'autopsie révéla une péritonite purulente par perforation du canal cholédoque qu'un calcul biliaire volumineux avait détruit dans une grande étendue. Au point où siégeait l'étranglement intestinal, le feuillet viscéral du péritoine était épaissi et ecchymosé. Le cœur était atteint de dégénérescence graisseuse et les poumons de pneumonie lobulaire ; les reins étaient légèrement atrophiés. L'estomac et la moitié supérieure de l'intestin grêle absolument sains renfermaient du sang mêlé au contenu intestinal acholique. La moitié inférieure de l'œsophage offrait un vaste ulcère. Nettement tranchée vers le cardia, la perte de substance diminuait insensiblement de profondeur de bas en haut. Le fond était inégal et parsemé de lambeaux de tissu noirâtre tels qu'on en voit dans l'ulcère gastrique. L'examen microscopique fait avec soin et principalement au point de vue du cancer et de la tuberculose, ne donna que des résultats négatifs.

Obs. XI (2). — L..., âgé de quarante ans, ouvrier, avait toujours été bien portant lorsqu'il fut pris, à la fin de l'année 1879, de violentes douleurs épigastriques et de vomissements fréquents. Au bout de quatre mois environ, son état s'améliora notablement. Mais au printemps de 1882, les mêmes accidents se reproduisirent, et, en décembre, le malade entra à l'hôpital. Il présentait à peu près les symptômes de l'ulcère rond de l'estomac : douleurs à l'épigastre avec retentissement dans le dos au niveau des dernières vertèbres dorsales, vomissements alimentaires, hématémèses, melæna. Après une courte période d'amélioration, survinrent des phénomènes de rétrécissement du cardia et le malade mourut au mois d'avril 1883. A l'autopsie (professeur Heller), on trouva l'estomac absolument sain ; mais il existait un vaste ulcère annulaire de l'extrémité inférieure de l'œsophage, avec perforation en entonnoir dans la direction du foie. Il ne s'agissait nullement d'un cancer, mais d'une simple altération semblable à celle de l'ulcère stomacal et due sans doute aussi à l'action du suc gastrique.

Obs. XII (3). — Un enfant d'un an, atteint de paralysie infantile, meurt de dysentérie. A l'autopsie, on trouve dans la paroi latérale gauche de l'œsophage à un pouce (26 millimètres) au-dessus de l'orifice du cardia, un ulcère rond d'un demi-pouce de diamètre, qui avait absolument l'aspect de l'ulcère stomacal. Il existait une inflammation du tissu connectif périœsophagien, du péricarde et de la plèvre gauche, sans que l'enfant eût présenté pendant la vie les signes afférents à ces diverses lésions.

III

Dans son mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac, Cruveilhier s'exprime en ces termes : « Cette maladie ou plutôt cette lésion dont l'anatomie pathologique pouvait seule donner la détermination, je l'ai désignée sous le nom d'*ulcère simple* de l'estomac, pour indiquer d'une part sa nature ou plutôt sa forme ulcéreuse, d'une autre part sa

(1) Chiari, Zur Lehre von den durch die Einwirkung des Magensaftes bedingten veränderungen in den Œsophaguswand (*Prager med. Wochenschr.*, 1884, nº 28).

(2) Reher, Beiträgue zur Casuistik der Œsophaguserkrankungen (*Deutsch. Arch. f. Klin. medicin*, 1885, t. XXXVI, p. 454).

(3) Janeway, Case of perforating ulcer of the œsophagus (*Med. News*, Philadelphia, 28 mars 1855).

curabilité, sa bénignité par opposition avec l'incurabilité, la malignité de l'ulcère cancéreux (1). »

Ces lignes s'appliquent de tous points à notre sujet et nous ne saurions mieux dire. Ce nom d'ulcère simple, après M. Debove, nous le donnons à la variété d'ulcération qui nous occupe, parce que nous la considérons comme absolument identique à l'ulcère stomacal de Cruveilhier; et, jusqu'à ce que la lumière soit faite sur l'étiologie de la lésion, nous l'adoptons à l'exclusion de tout autre, car il ne préjuge pas le processus pathologique et désigne l'affection dans son ensemble au lieu de répondre suivant le cas à telle ou telle particularité anatomique ou clinique de son histoire.

Anatomie pathologique. — L'*ulcère simple* de l'œsophage ressemble à celui de l'estomac ou du duodénum par l'ensemble de ses caractères anatomiques, par l'état de ses bords et de son fond, par sa tendance à la destruction en profondeur des parois de l'organe qui en forment la base. Aussi, le décrirons-nous brièvement, en signalant surtout les particularités qu'il présente.

La perte de substance a d'ordinaire la forme d'un anneau, d'un cylindre de hauteur variable occupant toute la circonférence du canal œsophagien; elle est arrondie ou ovalaire lorsqu'elle est petite; quelquefois elle est irrégulière. Elle est plus ou moins profonde suivant la durée du travail pathologique, le processus ulcéreux envahissant successivement les tuniques muqueuse, cellulo-fibreuse et musculaire pour aboutir à la perforation. Vue de la face interne de l'œsophage, elle représente un cône creux dont la base répond à la muqueuse et possède un diamètre plus grand que le sommet. Les bords sont nettement coupés, taillés comme à l'emporte-pièce, selon l'expression consacrée. Le fond, inégal, est pâle, grisâtre et recouvert d'une couche en voie de destruction moléculaire; on peut y voir aussi des orifices vasculaires. Il est formé par les tissus muqueux ou sous-muqueux, comme dans les ulcères récents, par les fibres musculaires intactes, épaissies ou érodées, ou bien par les organes voisins faisant office de paroi.

Les dimensions de l'ulcère varient de quelques millimètres à plusieurs centimètres : le plus petit (Obs. XII) est à peu près de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, le plus grand (Obs. VII) comprend toute la circonférence de l'œsophage sur une hauteur de 8 centimètres. Faut-il supposer que cette étendue considérable résulte de la confluence de deux ou plusieurs ulcérations? L'ulcère, en effet, n'est pas toujours unique : on en rencontre quelquefois plusieurs (Obs. VIII), et dans ce cas ils peuvent ne pas être du même âge : à côté d'ulcérations anciennes ou en voie de réparation, on en trouve de récentes. Il n'est pas rare de voir avec un ulcère de l'œsophage coexister une lésion analogue de l'estomac ou du duodénum (Obs. II, V, VII). Quant aux altérations de la muqueuse au pourtour de l'ulcération, elles ont peu d'intérêt : tantôt elle présente des traces d'inflammation, tantôt elle est saine. L'œsophage est en général dilaté dans la partie correspondant à la perte de substance, et, à ce niveau, le tissu péri-œsophagien est quelquefois épaissi, sclérosé; enfin, il peut s'établir des adhérences entre l'œsophage et les organes avoisinants.

L'ulcère simple de l'œsophage a pour siège de prédilection le tiers inférieur de ce canal. Situé dans le voisinage du cardia auquel il est parfois contigu, empiétant même sur l'estomac, il peut en être distant de 6, 8 et même 10 centimètres. Lorsqu'il n'intéresse pas la circonférence tout entière du conduit, il occupe l'une ou l'autre des parois latérales et surtout la droite. On peut se demander s'il y a une raison physiologique de cette localisation en apparence limitée. Quincke la voit dans l'action toute spéciale du suc gastrique qui se ferait sentir en sens rétrograde absolument comme elle s'exerce dans le duodénum. Cette explication, qui n'est en réalité qu'une hypothèse, est insuffisante, puisque l'ulcère simple peut naître sur toute la longueur du tube digestif.

(1) Acad. des sciences, 21 janvier 1856.

Les terminaisons sont celles de l'ulcère de l'estomac : ou bien le travail destructeur s'arrête et la cicatrisation s'opère; ou bien il progresse jusqu'à ce que les désordres qu'il détermine provoquent la mort, ou que le malade soit enlevé par une affection intercurrente. La cicatrisation n'est pas rare : dans les douze observations que nous avons recueillies, elle se rencontre trois fois. Il est permis de croire qu'elle s'effectue d'après le mécanisme indiqué par Cruveilhier, c'est-à-dire par rapprochement des bords de la solution de continuité et froncement radié du pourtour de la cicatrice, ou bien par production de toutes pièces d'un tissu fibreux cicatriciel. Dans le premier cas, la guérison est complète, autant au point de vue symptomatiqne qu'au point de vue anatomique : le processus ulcéreux n'ayant intéressé que les couches les plus superficielles de l'organe, la perte de substance se répare sans entraîner de troubles fonctionnels appréciables. Mais le fait ne doit pas être considéré comme ordinaire. Dans le second cas, qui est le plus fréquent, la guérison est incomplète : il y a aussi réparation de la perte de substance, mais soit que l'ulcération ait été profonde, soit que superficielle elle ait eu une large étendue, le tissu inodulaire réparateur amène par sa rétraction une diminution progressive du calibre de l'œsophage, qui empêche le passage des aliments et produit une dilatation du segment placé au-dessus du rétrécissement. La lésion anatomique est guérie, mais le malade ne l'est pas : il est exposé à mourir d'inanition.

Les cicatrices peuvent-elles, comme il arrive dans l'estomac, se rompre, s'ulcérer? Nous le pensons, mais l'observation nous fait défaut à cet égard. Il est probable aussi qu'elles ne sont pas recouvertes par la muqueuse et ne présentent ni glandes, ni revêtement épithélial. Un procédé de conservation défectueux et la détérioration rapide après la mort de la pièce que nous avons eue entre les mains, ont rendu toute recherche micrographique impossible.

Le travail de désorganisation, gagnant peu à peu en profondeur, peut atteindre des vaisseaux, et alors des hémorrhagies ont lieu, dont l'abondance et la gravité sont en rapport avec le volume de l'artère ou de la veine ulcérée. L'hémorrhagie foudroyante, rare dans l'ulcère de l'estomac, n'a pas été relevée dans l'ulcère de l'œsophage, sans doute, en raison de la pauvreté de la vascularisation de cet organe; mais on conçoit la possibilité de cette terminaison fatale. Les observations ne mentionnent que des hémorrhagies capillaires plus ou moins abondantes et répétées.

Un dernier mode de terminaison de l'ulcère est la perforation. Elle n'est malheureusement pas rare, si l'on s'en rapporte aux faits connus : sur douze cas, elle se rencontre quatre fois. Elle est le résultat d'un travail analogue à celui qui a créé l'ulcère, mais, « poursuivi jusqu'aux dernières limites de la résistance des parois et quelquefois au delà (1) ».

(1) Luton, *loc. cit.*

Suivant le siège de la lésion, elle s'effectue dans le tissu conjonctif péri-œsophagien, ou bien elle est oblitérée par un des organes avec lesquels l'œsophage est en rapport. Le travail ulcératif continue dans le tissu même de ces parois accidentelles, et peut amener des communications entre le conduit œsophagien et la trachée, les bronches, la plèvre, le péricarde, etc.

Etiologie. — L'étiologie de l'ulcère simple de l'œsophage est complètement inconnue. On ne doit pas s'en étonner si l'on songe que l'histoire des causes de l'ulcère stomacal, relativement si commun et depuis si longtemps étudié, reste enveloppée dans une obscurité profonde.

Les faits que nous avons pu réunir sont trop peu nombreux pour prêter à une généralisation; cependant, leur analyse fournit, sinon des notions étiologiques précises, du moins quelques données intéressantes dont nous croyons qu'il faut tenir compte.

L'ulcère simple de l'œsophage est le plus rare de tous les ulcères simples du tube digestif. Comme celui du duodénum et à l'inverse de celui de l'estomac, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme : sur les douze cas que nous venons de signaler, trois seulement appartiennent au sexe féminin. C'est surtout une affection de l'âge mûr : les malades avaient de quarante à soixante-cinq ans. Exceptionnellement, on peut l'observer chez des enfants (Obs. XII).

En dehors de ces causes individuelles, nous devons signaler l'influence de l'alcoolisme : plusieurs observations, en effet, relatent les antécédents du sujet et ses habitudes, et nous relevons trois ou quatre fois l'abus des spiritueux.

Enfin, dans la plupart des autopsies, il est fait mention de l'état des reins, du cœur et des vaisseaux. La coïncidence fréquente de lésions de ces organes avec l'ulcère de l'œsophage nous a frappé. Mais que faut-il en conclure ? En ressort-il un rapport de cause à effet ? Il nous paraît impossible de répondre.

Pathogénie. — L'ulcère simple de l'œsophage et celui de l'estomac ou du duodénum sont des affections identiques : la similitude parfaite des lésions et parfois leur coexistence le démontrent. Il nous paraît donc juste d'appliquer à la pathogénie de l'un les théories par lesquelles on a cherché à expliquer la formation de l'autre. « Elles sont aussi nombreuses que variées ; toutes cependant partent de ce principe, qu'une modification dans la nutrition de la muqueuse, suivie d'ulcération, semble nécessaire à sa digestion par le suc gastrique, libre alors de pénétrer dans les couches profondes et d'y exercer ses ravages (1). »

Mais quel que soit le mécanisme par lequel a lieu l'effraction de la tunique protectrice de l'estomac : stase veineuse (Rokitansky), oblitération artérielle (Virchow), inflammation ulcéreuse (Cruveilhier), — et pour être classiques, ces théories n'en sont pas moins des hypothèses insuffisamment démontrées, — quelle que soit, dis-je, la modification première qui amoindrit la vitalité de la muqueuse, tous les auteurs s'accordent à admettre, après Engel, que l'ulcère simple n'a rien de spécifique à l'origine ; que ce qui lui donne son caractère spécial, c'est l'action du suc gastrique qui fait disparaître l'aspect primitif de la lésion, et lui impose secondairement une physionomie toujours la même.

Est-ce par un processus analogue qu'il faut expliquer l'ulcère simple de l'œsophage ? Quincke n'hésite pas à l'affirmer : « On a dit plusieurs fois que l'action du suc gastrique

(1) Perret, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1887.

pouvait déterminer des ulcères dans l'œsophage comme dans l'estomac ; j'ai eu à Berne l'occasion de faire quelques observations qui me paraissent démontrer l'existence de semblables lésions. » Ce sont les premières lignes de son mémoire. « Il attribue l'ulcère de la partie inférieure de l'œsophage aux sucs digestifs qui auraient sans doute pu remonter jusque dans ce conduit, et il consacre cette théorie par la dénomination de *Ulcus œsophagi ex digestione* qu'il applique à cette variété d'ulcère (1). » Et du même coup se trouve expliquée la rareté de la maladie, attendu que le suc gastrique ne pénétrerait que par exception dans l'œsophage, à la faveur d'une dilatation ou d'une parésie secondaire de son extrémité. Lorsque les ulcérations siègent au cardia ou dans son voisinage immédiat, on comprend que le suc gastrique puisse avoir un rôle dans leur production ; mais lorsqu'elles siègent plus haut, il nous paraît difficile d'admettre l'action des sucs digestifs. L'argument s'impose. Qui pourrait croire en effet, dit fort justement M. Debove, que le suc gastrique remonte dans l'œsophage et va le corroder à une distance de 5 centimètres du cardia ?

Et d'autre part, comment expliquer avec cette théorie les ulcères simples de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, du côlon, du rectum ? Dans son trajet depuis l'estomac jusqu'au gros intestin, la composition du suc gastrique doit être notablement modifiée par les sécrétions intestinales. Cette objection à laquelle on n'a pas encore répondu, MM. Rendu et Chassaignac la soulevaient déjà en 1872 contre M. Th. Anger qui, dans une présentation à la Société anatomique, invoquait pour expliquer une perforation du cæcum l'action des acides gastriques.

« De pareils ulcères sont contraires à la théorie de l'ulcère stomacal par autodigestion, théorie que nous admettons faute d'en pouvoir donner une autre plus satisfaisante, alors que nous savons très bien que l'ulcère a quelque chose de spécifique et que les traumatismes et pertes de substance de la muqueuse stomacale ne peuvent produire l'ulcère rond ni chez l'homme ni chez les animaux, dans des circonstances qui paraissent cependant singulièrement favorables à l'autodigestion (2). »

Enfin, puisqu'il est démontré, depuis Gerhardt, que l'alcool augmente l'acidité du contenu stomacal, comment comprendre que l'ulcère chez les alcooliques ait « une évolution lente, un processus destructeur peu profond et n'expose presque jamais aux accidents redoutables qui se rencontrent dans les cas d'ulcères dits idiopathiques » (3) ?

« Quand le fait qu'on rencontre, a dit excellemment Cl. Bernard, est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci soutenue par de grands noms est généralement adoptée (4). »

Il faut donc renoncer, dans l'état actuel de nos connaissances, à formuler une théorie pathogénique de l'ulcère simple et avouer que la cause première de la maladie nous échappe (5). De nouvelles recherches sont nécessaires sur

(1) Debove, *loc. cit.*

(2) Debove, Soc. médic. des hôp., 5 août 1887.

(3) Leudet, Des ulcères de l'estomac à la suite des abus alcooliques (*Actes du congrès de Rouen*, 1863, p. 104).

(5) *Introduction à la médecine expérimentale*, p. 287.

(5) Nous avons entendu un de nos maîtres les plus distingués émettre l'opinion que l'ulcère simple était analogue à l'herpès circiné, et d'après Boettcher (*Dorpater med. Zeitschr*, vol V, 2 Heft, 1874) il serait dû à des microcoques qu'il a constatés en très grande quantité dans les parties avoisinantes et sur les bords de la perte de substance.

ce point : de plus habiles et de plus expérimentés les entreprendront peut-être.

Symptomatologie. — Nous arrivons maintenant à la partie sans contredit la plus importante de notre tâche.

« Les maladies de l'œsophage sont en général assez mal connues ; elles ne se révèlent guère que par un petit nombre de symptômes et en conséquence échappent aux moyens d'investigation ordinaires (1). » L'ulcère simple de cet organe ne fait pas exception à la règle commune. Dans la plupart des cas, en effet, il n'a pas été soupçonné, le hasard seul l'a fait découvrir à l'autopsie, et si l'identité de la lésion est établie par un scrupuleux examen anatomique, la description clinique au contraire fait défaut ou renferme de nombreuses lacunes. Aussi n'avons-nous pas la prétention de tracer un tableau complet de la maladie ; nous tenterons seulement d'en ébaucher la physionomie, en attendant que de nouveaux faits viennent réparer les omissions inévitables des rapides résumés que nous possédons et permettre d'asseoir la symptomatologie sur des bases définitives.

Le début de l'ulcère simple de l'œsophage est très imparfaitement indiqué dans les observations : il semble marqué par des troubles digestifs légers, sans caractère spécial. Puis, après des semaines ou des mois, apparaissent les symptômes fondamentaux : ce sont la douleur, la dysphagie, les vomissements et les hématémèses.

La douleur occupe le creux épigastrique ou la partie supérieure de la poitrine. Il n'y a pas de rapport entre le siège de l'ulcère et le point où le patient accuse la souffrance. Elle s'accompagne souvent d'irradiations entre les deux épaules, au-dessus des mamelons, vers les hypochondres, et retentit dans le rachis au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières vertèbres lombaires. Elle est vive, brûlante. La pression sur le creux de l'estomac l'exaspère. Généralement elle revient par crises : elle n'existe pas si le malade observe la diète, ce n'est qu'au moment où il essaye d'avaler qu'elle se réveille. Lorsqu'elle est continue, elle augmente après l'ingestion des aliments ou des boissons.

A cette douleur s'ajoute une dysphagie plus ou moins grande qui s'accentue graduellement. Elle se manifeste d'abord dans la déglutition des aliments solides, puis la déglutition même des liquides devient de plus en plus difficile et parfois impossible. L'œsophage irrité se contracte et rejette par régurgitation bouchées par bouchées, gorgées par gorgées, les substances alimentaires qui pénètrent dans sa cavité. On conçoit toute la gravité de cet état : les malades dans l'impossibilité de rien ingérer perdent de jour en jour leurs forces et maigrissent à vue d'œil ; cette diète forcée les conduit à l'inanition et, selon l'expression pittoresque de l'un d'eux, « ils meurent de faim dans la terre de l'abondance ».

Les vomissements alimentaires ne sont pas les seuls, on observe en outre des hématémèses. C'est un symptôme habituel de l'ulcère de l'œsophage, il est très rare qu'il fasse défaut. Le sang est rendu seul ou mêlé aux aliments. Il est liquide, rouge ou rouge brun, s'il est vomi au moment où l'hémorrhagie se produit. Il peut pénétrer dans l'estomac et en être rejeté dans cet état caractéristique qui l'a fait comparer à du marc de café : c'est le vomissement noir ; quelquefois il passe en partie dans l'intestin et les selles sont épaisses et noirâtres comme du goudron.

Les autres phénomènes observés dans le cours de l'ulcère n'ont rien de spécial : ce sont des troubles digestifs divers, perte de l'appétit, dégoût pour la nourriture, soif, etc., qui peuvent être plus ou moins prononcés. En l'absence d'hémorrhagie abondante ou de complication intestinale, la constipation est la règle, puisque le malade ne mange pas.

Quant à l'état général, après tout ce qui précède, il est à peine besoin de l'indiquer : le défaut d'alimentation, les hémorrhagies amènent rapidement une anémie profonde, le dépérissement et la cachexie.

Cette description s'applique à la grande majorité des cas. Mais l'ulcère ne se présente pas toujours avec le même cortège de symptômes, il arrive parfois qu'il évolue silencieusement ou qu'il ne provoque aucun trouble fonctionnel de l'organe affecté.

La durée de la maladie varie de quelques mois à plusieurs années.

La marche est irrégulière, quelquefois rapide, ordinairement lente, avec des alternatives d'aggravation ou d'amélioration plus ou moins parfaite.

La guérison peut être complète, mais nous ne saurions dire dans quelle proportion, car bien des cicatrices ont dû échapper à l'observation. Elle est le plus fréquemment incomplète : l'ulcère se cicatrise et il se produit consécutivement une sténose du conduit œsophagien. La maladie entre alors dans une phase nouvelle, mieux connue que la précédente et dont l'étude est étrangère à notre sujet.

La mort survient en général par épuisement ; les hémorrhagies, la perforation avec les accidents qu'elle entraîne peuvent aussi la déterminer.

Il résulte de cet exposé que le pronostic est grave mais non fatal.

Diagnostic. — La question toujours délicate du diagnostic est ici particulièrement difficile à résoudre. De tous les symptômes fonctionnels auxquels l'ulcère simple de l'œsophage donne lieu, il n'en est aucun de pathognomonique, et les signes physiques échappent à l'observation directe. Sa rareté même fait qu'on n'y songe pas quand par hasard on a l'occasion de le rencontrer.

Il n'est donc pas étonnant qu'il soit resté si longtemps ignoré et que la plupart des cas n'aient été reconnus qu'à l'autopsie.

Chez certains malades, l'ulcère reste latent et l'on peut croire à une anémie pernicieuse.

Quelquefois il empiète sur l'estomac et il nous paraît impossible de le distinguer de l'ulcère gastrique.

Lorsqu'il est limité à l'œsophage et qu'il évolue d'une façon régulière, si la dysphagie et la régurgitation dénoncent clairement une maladie de cet organe, les hématémèses et le melæna appartiennent également à l'ulcère simple et au cancer. Il s'agit d'établir les caractères qui séparent ces deux affections. Le cathétérisme pourrait sans doute ramener quelques débris dont le microscope reconnaîtrait la nature, mais c'est un moyen de diagnostic dangereux. En fait, il faut recourir exclusivement à l'étude clinique du malade. Si aux troubles déjà indiqués viennent se joindre les conditions d'hérédité, la dyspnée, la toux et l'altération de la voix, le cancer sera suffisamment caractérisé ; la présence des ganglions sus-claviculaires, l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens* permettront d'en affirmer l'existence plus sûrement encore.

L'ulcère simple a une marche moins progressive, une durée plus longue ; il présente des rémissions, des intermittences et ne s'accompagne point de troubles de la respi-

(1) Damaschino, *Maladies des voies digestives.*

ration ou de la voix; enfin les patients n'ont pas la teinte jaune paille du cancer.

S'il est difficile et parfois impossible de formuler un diagnostic au début de la maladie ou à sa période d'ulcération, il n'en est plus de même à la période cicatricielle marquée par les signes ordinaires du rétrécissement œsophagien. En se reportant aux commémoratifs et en procédant par voie d'exclusion, c'est-à-dire en éliminant la syphilis, le traumatisme, l'ingestion de substances caustiques, on arrive à une somme de probabilités, voisine de la certitude : « Je crois, dit M. Debove, qu'il existe deux caractères assez probants, autorisant à diagnostiquer le rétrécissement simple de l'œsophage : la longue durée de l'affection et la marche des accidents (1). »

Traitement. — Il nous reste à ajouter quelques mots du traitement. Il varie avec les périodes de la maladie.

Période d'ulcération. — Nous avouons sur ce point notre extrême embarras : l'observation, l'expérience des maîtres ne nous donnent aucun enseignement et nous sommes obligés de raisonner par analogie avec ce qui se fait dans l'ulcère simple de l'estomac.

L'étiologie étant inconnue, nous n'avons pas à nous préoccuper de l'indication causale. L'ulcère simple de l'œsophage ne fournit que des indications symptomatiques, dont la douleur, la dysphagie, l'hémorrhagie, sont les principales sources. Ainsi, calmer la souffrance, supprimer le travail fonctionnel et les mouvements de l'organe qui sont pour l'ulcère une cause d'irritation, enfin, assurer l'alimentation du sujet, tel est, à notre sens, le but à atteindre. Nous ne pouvons, faute de données, entrer dans plus de détails à cet égard. « C'est surtout alors que la sagacité du praticien doit briller, ce n'est souvent que par des tâtonnements qu'il parvient à trouver un remède qui soulage le malade (2). »

Période de rétrécissement. — Le traitement est chirurgical : il faut s'efforcer de rétablir le calibre de l'œsophage, et pour cela pratiquer la dilatation forcée suivant la méthode de M. Debove.

UN CAS DE NIGRITIE DE LA LANGUE

Par M. le docteur C. Verner, médecin-adjoint à l'asile Saint-Luc, à Pau.

La nigritie, ou coloration noire de la langue, est une affection peu commune, et dont l'origine est encore controversée.

Un des premiers, Gubler avait soupçonné l'origine parasitaire. M. Raynaud a découvert, dans la matière noire, outre des vibrions et des bactéries, la présence de spores libres ou adhérentes aux cellules épithéliales. Ces spores se rapprocheraient de la teigne tonsurante et de l'herpès circiné. M. Vallin a vu la nigritie coïncider avec un herpès tonsurant de la barbe. Toutefois il ne put constater la présence de spores, et conclut à une exagération de la structure normale de l'épithélium.

M. Féréol, dans ses recherches microscopiques, n'a pas trouvé de parasites, mais des cellules épithéliales accolées, et formant des sortes de poils. Bertrand de Saint-Germain, qui a rencontré cette affection chez quatre sujets, la croit due à une sécrétion de pigment, sans appuyer son opinion d'aucune preuve anatomique.

Antérieurement, Eulenburg avait constaté que la coloration noire de la langue était due à des corpuscules pigmentaires entourant les cellules épithéliales.

Enfin le docteur Dessois, dans sa thèse sur la glossophytie (Paris, 1878), admet que la coloration noire de la langue, avec hypertrophie des papilles, coëxiste toujours avec la présence d'un parasite végétal, qu'il appelle : glossophyton.

Nous avons étudié sur nous-même un cas de nigritie de la langue, survenu dans les circonstances suivantes :

Le 22 octobre 1887, se déclare une angine avec fièvre, courbature, malaise généralisé, insomnie. La langue est étalée, blanche, couverte d'un enduit épais.

Rougeur et picotement de la luette et des amygdales. Purgatif salin, gargarisme émollient, sinapismes aux jambes.

24 octobre. Même état saburral des voies digestives : nouveau purgatif salin : boissons et gargarisme émollients.

25. Atténuation des symptômes : la déglutition est moins pénible, le gonflement diminue, la langue reprend une teinte rosée.

27. Recrudescence de l'angine, gonflement considérable du voile du palais et des piliers, surtout à droite. Même traitement local.

28. Apparition sur la langue d'une coloration noirâtre, très foncée à la région médiane, et s'atténuant sur les bords.

Au premier aspect, nous croyions à un enduit spécial, à une teinte passagère déterminée par quelque aliment ou boisson. Mais la coloration persiste malgré le raclage, les frottements répétés, une expectoration fréquente.

1er novembre. L'angine est à son maximum d'acuité. Le gonflement inflammatoire a envahi une partie de la voûte palatine, les piliers sont fortement œdématiés ; l'écartement des maxillaires ne peut s'effectuer que dans une étendue de deux centimètres. La face supérieure de la langue a pris une teinte entièrement noire : les papilles sont hypertrophiées, hérissées.

État saburral.

3 novembre. Diminution des symptômes inflammatoires. Gargarisme au borax.

4. Apparition de plaques blanchâtres, arrondies, au nombre de trois à quatre sur chaque pilier. Collutoire boraté.

5. Même nigritie de la langue : anorexie. Purgatif salin.

6. Les vésicules d'herpès, qui se sont multipliées, rendent la déglutition assez pénible. Même coloration linguale. Gargarisme au chlorate de potasse.

7 au 9. La santé générale s'améliore, l'appétit reparaît. Encore quelques vésicules herpétiques sur les piliers.

La nigritie est moins accentuée ; la tache noire, piriforme, qui occupait presque toute la surface de la langue, perd de son intensité. Ses bords se fondent insensiblement avec les bords rosés de cet organe.

12. Augmentation de la coloration noire, coïncidant avec la production, à la base du pilier droit, de vésicules nouvelles, visibles quand on déprime fortement la langue. Il existe encore un peu d'hyperesthésie.

13. Quelques vésicules se montrent à l'arrière de la voûte palatine : application de poudre d'alun.

15. Disparition progressive des vésicules herpétiques. La langue ne présente plus qu'une tache gris foncé, d'une étendue moindre que les jours précédents.

16. La déglutition est presque indolore, l'état général est bon. Teinte gris cendré de la muqueuse linguale. Même traitement local.

17. La nigritie a presque entièrement disparu. Plus de vésicules d'herpès, retour à l'état normal des muqueuses palatine et gutturale.

25 novembre. Il ne reste aucune trace de coloration anomale.

Ce cas de nigritie de la langue, survenue dans le cours d'une angine herpétique, s'accentuant avec la production de nouvelles vésicules, et disparaissant avec elles, semble plaider en faveur de la doctrine parasitaire. Cependant, l'examen microscopique des papilles linguales, fait à diverses périodes de l'affection, nous a révélé simplement la

---

(1) *Loc. cit.*

(2) Cruveilhier, *Arch. gén. de méd.*, 1838, t. I, p. 480.

présence de corpuscules pigmentaires accolés aux gaines épithéliales, sans aucune trace d'éléments parasitaires.

Malgré ces résultats négatifs, nous ne nous croyons pas autorisé à conclure en faveur de l'une ou l'autre des théories émises jusqu'à ce jour, sur la nature de cette affection.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1887. — Présidence de M. POLAILLON

COMMUNICATIONS

Éponges antiseptiques. — **M. TERRILLON**, à l'occasion du procès-verbal, donne de nouveaux détails sur la gaze éponge dont il se sert pour les ovariotomies et sur le lavage du péritoine avec l'eau bouillie. Il attribue en grande partie à l'emploi de ces moyens rigoureusement antiseptiques les succès qu'il a obtenus.

M. TERRIER n'emploie pas l'eau bouillie parce que jusqu'ici M. Pasteur admettait qu'elle ne contenait plus de germes, mais qu'elle contenait encore des spores. Il a plus de confiance dans un autoclave pouvant donner une température de 120°. Toutefois du moment que M. Pasteur admet que l'eau bouillie ne contient plus de microbes, il n'y fait plus d'objections.

M. KIRMISSON croit que les coussinets de gaze employés par M. Terrillon présentent de grands avantages. Il les a vu proposer dans le service de Billroth, qui les considère comme absolument aseptiques.

M. POZZI fait observer qu'un chirurgien allemand a étudié tous les objets de pansement dits antiseptiques, et y a toujours trouvé des microbes tant que ces objets n'ont pas été soumis à une température de 100 degrés, car cette température a été démontrée suffisante. Aussi M. Pozzi croit-il que le lavage du péritoine à l'eau bouillie, surtout dans les cas où il y a du pus, présente de grands avantages.

Coup de soleil électrique. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une communication de M. Defontaine (du Creuzot), relative au coup de soleil électrique. M. Defontaine ayant assisté à des expériences de soudure des métaux par l'arc électrique, a pu observer sur plusieurs individus les accidents déterminés par cette lumière extraordinairement intense, accidents qui ont été décrits sous le nom de coup de soleil électrique. Ils sont de deux sortes : ils consistent tantôt en un érythème cutané apparaissant sur les parties découvertes, tantôt dans l'ophthalmie dite électrique. Ces deux sortes d'accidents se rencontrent souvent sur le même individu. Ils disparaissent généralement après quelques jours.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Bras artificiel

Par M. le docteur GRIPOUILLEAU (de Montlouis).

M. Léon Le Fort vient de présenter à l'Académie de médecine un bras artificiel, inventé par M. Gripouilleau, appliqué à une désarticulation de l'épaule. M. Gripouilleau est depuis longtemps connu par l'invention d'un bras artificiel qui est le type des appareils méritant le nom de prothèse du pauvre. L'appareil ne cherche en aucune façon à masquer la mutilation, mais il permet à l'amputé de bêcher, piocher, charger et traîner une brouette, même de faucher et, ce qui a son importance, son prix ne dépasse pas 40 francs.

L'appareil, applicable à la désarticulation de l'épaule, est basé sur les mêmes principes; il est construit en bois, en zinc et en tole. Il est destiné à rendre les plus grands services aux journaliers ayant subi la perte totale du bras.

Les photographies, présentées à l'Académie par M. Le Fort, montrent l'amputé fendant du bois, bêchant, chargeant, puis portant une manne.

Aucun autre appareil n'a pu, jusqu'à présent, permettre des manœuvres de force. C'est un nouveau service rendu par M. Gripouilleau.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des limites de la conservation après les traumatismes de la main, par M. Albert VEROUDART (1).

« La main est un organe si important, qu'il convient au plus haut degré d'en ménager les parties affectées de lésions traumatiques », ainsi s'exprime M. Verneuil dans le premier volume de ses mémoires de chirurgie. Nul ne peut aujourd'hui contester la justesse de cette appréciation; mais c'est surtout lorsqu'on s'occupe de la classe ouvrière que la main acquiert une importance de premier ordre. Une main, si mutilée soit elle, peut encore être utile et, dans la chirurgie de la main, la fonction prime la forme.

Le travail de M. Véroudart est un recueil de faits des plus intéressants observés dans la région si industrielle du Nord; principalement dans la pratique de M. Guermonprez. De nombreuses figures, fort claires et fort bien faites (112), contribuent à donner au texte la plus grande précision et le plus grand intérêt.

Nous ne pouvons suivre l'auteur à travers tous les cas nombreux qu'il étudie dans son livre, mais nous croyons être utile au lecteur en résumant rapidement les conclusions qu'on peut tirer de ce consciencieux mémoire :

Il ne faut jamais, après les traumatismes de la main, opérer de régularisation primitive, on doit attendre de quinze à trente jours pour juger avec sûreté de l'étendue des lésions.

Pour tous les os de la main, il vaut mieux amputer dans la continuité que désarticuler, dût-on sectionner l'os immédiatement au-dessus ou au-dessous d'un interligne articulaire.

Au pouce, il faut toujours conserver le plus possible, en évitant de laisser une tête articulaire sous la cicatrice terminale.

A *l'auriculaire* on doit suivre constamment la règle d'amputer au corps des os. Pour la première phalange, l'amputation sera bonne s'il existe de la peau palmaire entre le pli métacarpien et le premier pli inter-phalangien, sinon, il faudra amputer dans la continuité du métacarpien.

Pour *l'index*, l'amputation sera bonne si le moignon descend notablement au-dessous du premier pli palmaire, sinon il faudra faire systématiquement le sacrifice, non seulement du reste de la phalange mais aussi de la plus grande partie du métacarpien, dans le but de sauvegarder l'ampleur et l'intégrité fonctionnelle du premier espace inter-métacarpien.

Pour *le médius et l'annulaire* le manque de peau palmaire doit faire sectionner les métacarpiens dans la partie étroite de la diaphyse, et cela, dans le but de rapprocher les doigts voisins, d'assurer leur parallélisme et d'éviter le chevauchement de leur extrémité unguéale dans la flexion.

Les résections ont donné de bons résultats aux quatre derniers doigts; mais il n'en est pas de même relativement à l'exossation, c'est une opération bien aléatoire et on peut appliquer à cette opération cette phrase de Farabeuf : « Qu'importe un doigt de plus ou de moins, surtout un mauvais doigt? »

D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil, par M. Gustave PANEL (2).

M. Panel présente dans sa thèse un appareil simple et peu coûteux permettant en quelques secondes de photographier le fond de l'œil, et d'en reproduire une image suffisamment agrandie.

Le médecin avec quelques notions de photographie arriverait facilement à fixer l'image de la lésion et pourrait ainsi soumettre

(1) In-8. Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

(2) In-8. Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

à des confrères, plus spécialement instruits, les cas pour lesquels il éprouverait quelques embarras dans le diagnostic ou la thérapeutique.

Traumatisme et névropathie, par le docteur Ch. BATAILLE (1).

Dans ce travail fort consciencieux, M. Bataille étudie les rapports que peuvent avoir les maladies du système nerveux avec le traumatisme ; il reconnaît et il prouve avec de nombreux faits à l'appui, que le traumatisme peut provoquer le développement de certaines affections nerveuses à lésions constantes, comme la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, qu'on peut le trouver à l'origine de l'aliénation mentale, de l'épilepsie, l'éclampsie, la chorée, l'hystérie et la paralysie agitante.

Mais dans la plupart de ces affections quel est le rôle du traumatisme ? Il n'agit le plus souvent que comme cause occasionnelle chez un individu dont la prédisposition peut être démontrée par l'étude des antécédents.

Le traumatisme peut avoir une action funeste sur la marche de la névropathie, il en précipite la marche et en exagère les symptômes. En un mot, chez les névropathes comme chez les autres diathésiques, le rôle du traumatisme est celui d'un excitant qui réveille et met en action des affections éteintes ou jusqu'alors latentes.

Si le médecin dirige d'une façon suffisante son attention sur les antécédents, il reconnaîtra le bien fondé de cette opinion, et il continuera à admettre comme vraie cette doctrine, d'après laquelle l'étiologie des affections nerveuses est dominée par les lois de l'hérédité.

Si le traumatisme réveille ou exagère les états nerveux, les maladies nerveuses, par contre, influencent peu l'évolution du traumatisme. Il n'y a guère que celles qui sont susceptibles de provoquer des troubles trophiques, comme l'ataxie locomotrice et la paralysie générale, qui peuvent avoir une influence sur l'évolution des lésions traumatiques.

A. RICARD.

Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur, par J.-R. LUZON (2).

M. J.-R. Luzon a été envoyé par le gouvernement de l'île Maurice, pour étudier à Paris la méthode de prophylaxie de la rage après morsure, par la méthode de Pasteur. On trouvera rassemblés dans ce travail, placé sous l'invocation même de Pasteur, l'historique et la description de la rage chez le chien, le chat et l'homme; les diverses communications de M. Pasteur ; la technique suivie par lui ; les résultats statistiques obtenus, le rapport de la commission anglaise et l'exposé des résultats obtenus à l'étranger. C'est un chaud plaidoyer en faveur de la méthode des inoculations préventives.

Albert MATHIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

50. M. DUFESTEL. Des maladies simulées chez les enfants. — 51. M. ROULLÉ. Résection du sternum. — 52. M. BAYOUX. Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales. — 53. M. BARBOT. Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales. — 54. M. LAPAYE. Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. — 55. M. CHALEIX. Des névralgies vésicales. — 56. M. YTHIER. Lavage du péritoine dans la laparotomie. — 57. M. MOURET. Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse.

(1) In-8. Prix : 4 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.
(2) In-8. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Farabeuf est dispensé, du 1er janvier au 31 octobre 1888, du service des examens. M. Alard est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Chabrié, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs E. Monod et J. Courtin.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thezée, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie végétale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Bertherand, directeur de la *Gazette médicale de l'Algérie*, et de M. le docteur Lemaître (de Lorrez-le-Bocage).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1888, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien,* par le professeur TROUSSEAU, le docteur C. PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical,* par M. le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral,* par M. DELPECH, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de Pharmacie et de Thérapeutique. — 4° *Code médical et professionnel,* par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger,* par le docteur DE VALCOURT. — *Plus, un calendrier à deux jours par page,* la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale,* avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — No 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — no 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — no 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — no 4, en maroquin, 7 fr.; — no 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement, par M. le docteur A. Étienne, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (prix de l'Académie 1886). Un volume in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 22143

TABLE DES MATIÈRES

1887

A

B

C

D

E

F

O

P

Q

R

S

T

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1887

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 22043.